

DESEMPENHO DE OPERAÇÕES E EFETIVIDADE DA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS PÚBLICOS

Maria Clara Lippi

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, COPPE, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Orientador: Heitor Mansur Caulliraux

Rio de Janeiro
Março de 2016

DESEMPENHO DE OPERAÇÕES E EFETIVIDADE DA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS PÚBLICOS

Maria Clara Lippi

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DO INSTITUTO ALBERTO
LUIZ COIMBRA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DE ENGENHARIA (COPPE)
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS
REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
CIÊNCIAS EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO.

Examinada por:

Prof. Heitor Mansur Caulliriaux, D.Sc.

Prof. Francisco José de Castro Moura Duarte, D.Sc.

Prof. Adriano Proença, D.Sc.

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL
MARÇO DE 2016

Lippi, Maria Clara

Desempenho de operações e efetividade da prestação de serviços públicos / Maria Clara Lippi. - Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2016.

XIII, 297 p.: il.; 29,7 cm.

Orientador: Heitor Mansur Caulliraux

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/COPPE/Programa de Engenharia de Produção, 2016.

Referências Bibliográficas: p.208-222.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Gestão em Saúde. 3. Operações em Saúde. 4. Políticas Públicas. I. Caulliraux, Heitor Mansur II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, Programa de Engenharia de Produção. III. Título.

Resumo da Dissertação apresentada à COPPE/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências (M.Sc.)

DESEMPENHO DE OPERAÇÕES E EFETIVIDADE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS

Maria Clara Lippi

Março/2016

Orientador: Heitor Mansur Caulliraux

Programa: Engenharia de Produção

Este trabalho investiga como ocorre a operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios. Este propósito considera que (a) o modelo vigente dos sistemas de saúde encontra-se em crise; (b) no Brasil as políticas públicas, o sistema e os serviços de saúde são de responsabilidade do Estado; (c) a Estratégia Saúde da Família é uma estratégia priorizada pelo governo para orientar a Atenção Básica e o Sistema Único de Saúde; e (d) a operacionalização de políticas públicas de saúde é um problema para os gestores públicos. Diante disso, uma revisão na literatura e na legislação foi procedida com o intuito de entender o Sistema de Único de Saúde e como a ESF é inserida naquele; e investigar se e como o objetivo de pesquisa é abordado na literatura. Para atender os objetivos da pesquisa, realizou-se estudos de caso exploratórios em municípios do Estado do Rio de Janeiro visto que o método de estudo de casos é uma investigação empírica recomendada para auxiliar na compreensão de fenômenos sociais complexos, na qual busca-se explorar, descrever, explicar e/ou prever tais fenômenos. O modelo de Bárbara Starfield para analisar a capacidade de sistemas de serviços de saúde foi selecionado para conduzir o estudo. Os resultados encontrados permitiram verificar como a operacionalização da ESF ocorre na prática e analisar como estas condições foram e são interpretadas e implantadas pelos gestores locais.

Abstract of Dissertation presented to COPPE/UFRJ as a partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science (M.Sc.)

OPERATIONS PERFORMANCE AND EFFECTIVENESS PUBLIC SERVICES

Maria Clara Lippi

March / 2016

Advisor: Heitor Mansur Caulliraux

Department: Production Engineering

This research investigates how does the implementation of the Family Health Strategy (FHS) in municipalities. This purpose believes that (a) the current model of health systems is in crisis; (b) in Brazil public policy, system and health services are state responsibility; (c) the Family Health Strategy is a strategy prioritized by the government to guide the Primary Care and Brazilian Health System; and (d) the implementation of public health policies is a problem for public managers. Thus, a literature review and legislation was proceeded in order to identify how the research objective is contemplated. To meet the research objectives was held exploratory studies in municipalities in the state of Rio de Janeiro as the case study method is a recommended empirical research to help understand complex social phenomena, which seeks to explore, describe explain and / or predict such phenomena. Results allowed to verify how the operation of the ESF occur in practice and analyze how some conditions were and are interpreted and implemented by local managers.

<<Trouver une forme d'association qui défende et protège
de toute la force commune la personne et les biens de
chaque associé, et par laquelle chacun, s'unissant à tous,
n'obéisse pourtant qu'à lui-même, et reste aussi libre
qu'auparavant.>>

Tel est le problème fondamental dont le Contrat social
donne la solution.

JEAN-JACQUES ROUSSEAU

(DU CONTRAT SOCIAL, OU PRINCIPES DU DROIT POLITIQUE.
Chapitre VI - Du Pacte Social)

Sumário

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	OBJETO DE PESQUISA	2
1.2	OBJETIVO DE PESQUISA	6
1.3	RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA	7
1.3.1	RELEVÂNCIA PRÁTICA	7
1.3.2	RELEVÂNCIA TEÓRICA	11
1.4	ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	A CRISE CONTEMPORÂNEA VIVENCIADA PELOS SISTEMAS DE SAÚDE	15
2.2	AMPLIANDO O CONCEITO DE SAÚDE: O PAPEL DA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE	26
2.3	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	32
2.3.1	CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	37
2.3.2	DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	50
2.4	SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA E CARACTERÍSTICAS DE SUA OPERACIONALIZAÇÃO	62
2.5	CARACTERÍSTICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	73
2.5.1	CONCEPÇÕES E PRESCRIÇÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	76
2.5.2	PROBLEMAS E DESAFIOS IDENTIFICADOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	88
3	MÉTODO	91
3.1	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	91
3.2	MÉTODO DE TRABALHO	92
3.3	REVISÃO DA LITERATURA	93
3.4	MODELO TEÓRICO DE ANÁLISE	96
3.5	ESTUDO DE CASO	99
3.5.1	SELEÇÃO DAS UNIDADES	99
3.5.2	COLETA E ANÁLISE DE DADOS E INFORMAÇÕES	101
3.5.3	PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO	103
4	ESTUDO DE CASO	104
4.1	ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE MAGÉ	104
4.1.1	ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	105
4.1.2	PESSOAL	110
4.1.3	INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	113
4.1.4	DELINEAMENTO DA POPULAÇÃO ELETIVA PARA RECEBER OS SERVIÇOS	116
4.1.5	GERENCIAMENTO E COMODIDADES	118
4.1.6	VARIEDADE DE SERVIÇOS OFERECIDOS PELAS INSTALAÇÕES	123
4.1.7	ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS	127

4.1.8	MECANISMOS PARA OFERECER CONTINUIDADE DA ATENÇÃO	129
4.1.9	MECANISMOS PARA OFERECER ACESSO AO ATENDIMENTO	130
4.1.10	ARRANJOS PARA FINANCIAMENTO	133
4.2	ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE PIRAÍ	134
4.2.1	ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	136
4.2.2	PESSOAL	138
4.2.3	INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	141
4.2.4	DELINEAMENTO DA POPULAÇÃO ELETIVA PARA RECEBER OS SERVIÇOS	145
4.2.5	GERENCIAMENTO E COMODIDADES	147
4.2.6	VARIEDADE DE SERVIÇOS OFERECIDOS PELAS INSTALAÇÕES	155
4.2.7	ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS	157
4.2.8	MECANISMOS PARA OFERECER CONTINUIDADE DA ATENÇÃO	159
4.2.9	MECANISMOS PARA OFERECER ACESSO AO ATENDIMENTO	162
4.2.10	ARRANJOS PARA FINANCIAMENTO	166
4.3	ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS ESTUDADOS	168
4.3.1	ASPECTOS CONVERGENTES DOS CASOS ESTUDADOS	169
4.3.2	ASPECTOS DIVERGENTES DOS CASOS ESTUDADOS	173
4.3.3	PARTICULARIDADES DO MUNICÍPIO DE MAGÉ	183
4.3.4	PARTICULARIDADES DO MUNICÍPIO DE PIRAÍ	187
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	192
5.1	SÍNTESE DA PESQUISA	192
5.2	PERCEPÇÕES SOBRE O MODELO TEÓRICO DE ANÁLISE EMPREGADO	194
5.3	PERCEPÇÕES SOBRE OS CASOS ESTUDADOS	196
5.4	PERCEPÇÕES SOBRE A OPERACIONALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	202
5.5	CONTRIBUIÇÕES, LIMITAÇÕES DA PESQUISA E POSSÍVEIS ESTUDOS FUTUROS	205
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	208
7	APÊNDICES	223
8	ANEXOS	263

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Características da Rede de Atenção de Saúde	2
Figura 2: Unidades de Saúde da Família.	5
Figura 3: Objeto de pesquisa situado no SUS.....	5
Figura 4: Correlação entre controle glicêmico inadequado e o risco de complicações do diabetes	9
Figura 5: Perdas de renda em percentuais do PIB por doenças cardiovasculares e diabetes (2005 – 2015)	10
Figura 6: Estrutura do referencial teórico.....	15
Figura 7: Evolução das causas de mortalidade no Brasil	20
Figura 8: Acumulação epidemiológica.....	21
Figura 9: As lógicas de atenção às condições agudas e crônicas	22
Figura 10: Fatores que contribuem para dificuldade de gerenciamento de produtores de serviços de saúde	24
Figura 11: Principais transformações previstas nas agendas de reformas de sistemas de saúde.	26
Figura 12: Abordagens práticas de promoção da saúde	30
Figura 13: Redes temáticas de atenção à saúde prioritárias do Ministério da Saúde	32
Figura 14: Composição da demanda na atenção primária à saúde	36
Figura 15: Organização do tópico 2.3 “Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde”	37
Figura 16: Movimentos de transformação da atenção primária	39
Figura 17: Equilíbrio da estrutura da demanda e da estrutura da oferta na atenção primária.....	40
Figura 18. Estrutura do modelo teórico-conceitual da construção social da atenção primária à saúde	41
Figura 19: Prevalência de enfermidades e as fontes de atendimento à saúde em uma comunidade.....	41
Figura 20. Perfis de demanda e oferta na atenção primária em razão das respostas sociais.....	45
Figura 21: Adaptação do modelo de DONABEDIAN (2003) para atenção primária.	46
Figura 22: Desvios dos sistemas de saúde em relação aos valores centrais da atenção primária à saúde	50
Figura 23: Modelo de impactos do NHS	51
Figura 24: Modelo hierárquico multidimensional da percepção de qualidade de serviço.....	58
Figura 25: Efeitos de gastos sobre o crescimento econômico e a distribuição de renda.....	64
Figura 26: Objetivos e setores da política social no Brasil.....	65
Figura 27: Políticas sociais e seus programas/ações	66
Figura 28: Níveis de assistência do SUS.....	71
Figura 29: Funções da atenção básica para funcionamento das redes de atenção à saúde.	77
Figura 30: Sistemas de informação utilizados na atenção básica.....	79
Figura 31: Síntese das principais especificidades da Estratégia Saúde da Família.	81
Figura 32: Descentralização dos gastos em saúde	83
Figura 33: Evolução dos recursos investidos pelo Ministério da Saúde na média e alta complexidades e nos PAB fixo e variável, Brasil período 1998 a 2009	84
Figura 34: Projeto arquitetônico de Clínica da Família	86
Figura 35: Método de trabalho	92
Figura 36: Etapas utilizadas para seleção de referencial bibliográfico	93
Figura 37: Processo de seleção do modelo teórico de análise	96

Figura 38: Regiões e microrregiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro.....	100
Figura 39: Estrutura do protocolo de estudo de caso	103
Figura 40: Mapas do município de Magé extraídos do <i>GoogleMaps</i> ®.....	105
Figura 41: Mapa de cobertura do PSF no município de Magé.....	106
Figura 42: Farmácia popular do município de Magé.....	109
Figura 43: Fotografia da sala de acolhimento e de atendimento de enfermagem de uma das USF visitadas no município de Magé.....	114
Figura 44: Arquivo de uma USF visitada no município de Magé.	115
Figura 45: Requisição de materiais para a Secretaria Municipal de Magé.....	119
Figura 46: Extrato de marcação de consultas emitido pelo sistema	122
Figura 47: Fluxo genérico do atendimento especializado referenciado	128
Figura 48: Fotografia da entrada de uma das USF visitadas no município de Magé	132
Figura 49: Despesas em saúde e total de despesas do município de Magé nos anos de 2013 a 2015.	134
Figura 50: Mapas do município de Piraí extraídos do <i>GoogleMaps</i> ®	135
Figura 51: Autoclave da CME de uma das USF de Piraí.	143
Figura 52: Exemplo de sala reservada para trabalho da equipe de saúde.	144
Figura 53: Horta desenvolvida em uma comunidade atendida por USF em Piraí.	145
Figura 54: Estoque local de medicamentos de uma das USF visitadas no município de Piraí.	148
Figura 55: Mapa padrão de solicitação de materiais.	149
Figura 56: Protocolos de dengue fixados no balcão de atendimento de uma das USF visitadas.....	151
Figura 57: Artefato próprio de controle e rastreabilidade desenvolvido e utilizado por uma das USF visitadas	152
Figura 58: Tela da intranet com acesso para os sistemas utilizados pelas USF em Piraí.	153
Figura 59: Ambiente de protocolos clínicos e assistenciais disponibilizados na intranet.....	154
Figura 60: Organização das rotas entre ACS da USF	157
Figura 61: Instrumento de comunicação entre agentes e equipes de saúde acerca das demandas da USF (desenvolvido pela própria equipe).....	158
Figura 62: Mapa de cobertura de uma USF em Piraí.	164
Figura 63: Carro utilizado para visita domiciliar e transporte de pacientes.	164
Figura 64: Agenda semanal de utilização do carro para visita domiciliar.	165
Figura 65: Despesas em saúde e total de despesas do município de Piraí nos anos de 2013 a 2015.	168
Figura 66: Aspectos convergentes dos casos estudados	173
Figura 67: Aspectos divergentes dos casos estudados	183
Figura 68: Particularidades do município de Magé.....	187
Figura 69: Particularidades do município de Piraí	191
Figura 70: Estrutura das considerações finais da pesquisa.....	192
Figura 71: Incidência dos aspectos emergentes da análise dos casos no modelo teórico.....	195
Figura 72: Contribuição da operação das USF para a ESF	198
Figura 73: Exemplo de indicadores aferidos e pactuados com o Governo do Estado no período 2008-2014 dos municípios estudados	199
Figura 74: Despesas em saúde dos municípios de Magé e Piraí no período 2013-2015.....	200
Figura 75: Porcentagem alocada para despesas de saúde em relação às despesas totais nos municípios de Magé e Piraí no período 2013-2015	201
Figura 76: “Despesas per capita” em saúde nos municípios estudados no período de 2013-2015.....	201

Figura 77: Síntese da problemática da operacionalização da ESF nos casos estudados 203

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estrutura da dissertação.....	13
Tabela 2: Questões que caracterizam a complexidade de gestão do setor de saúde	16
Tabela 3: Diferenciação de condição aguda de condição crônica	18
Tabela 4: Motivos de consulta mais frequentes na atenção primária à saúde	43
Tabela 5: Elementos que compõem a estrutura enquanto oferta.....	47
Tabela 6: Elementos que compõem o processo enquanto oferta	48
Tabela 7: Proposta de Sala & Mendes (2011) de indicadores da atenção primária à saúde	53
Tabela 8: Proposta de Almeida, Fausto e Giovanella (2011) de indicadores da atenção primária à saúde.....	54
Tabela 9: Pilares da qualidade saúde propostos por Donabedian.....	56
Tabela 10: Aspectos diagnosticados junto ao usuário acerca do atendimento em USF.....	59
Tabela 11: Aspectos inerentes à estrutura e ao processo que determinam a qualidade do atendimento	59
Tabela 12: Atributos da Atenção Primária à Saúde	61
Tabela 13: Responsabilidades das esferas gestoras em atenção básica	73
Tabela 14: Descrição dos espaços mínimos das Clínicas da Família.....	86
Tabela 15: Classificação da pesquisa	91
Tabela 16: Tópicos que emergiram do resultado de “saúde da família” e respectivas quantidades de textos vinculados.....	93
Tabela 17: Tópicos que emergiram do resultado de “saúde da família” e “gestão”, e respectivas quantidades de textos vinculados.....	95
Tabela 18: Tipos de texto considerados para seleção do modelo de análise	97
Tabela 19: Modelo teórico de análise selecionado	98
Tabela 20: Características dos municípios estudados.....	101
Tabela 21: Cronograma de entrevistas	102
Tabela 22: Consecução dos objetivos intermediários da pesquisa.....	193

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1: Sistematização dos modelos da literatura e seus elementos de análise	223
APÊNDICE 2: Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ..	230
APÊNDICE 3: Protocolo de estudo de caso	232
APÊNDICE 4: Síntese do caso do Município de Magé	239
APÊNDICE 5: Síntese do caso do Município de Pirai	245
APÊNDICE 6: Aspectos convergentes dos casos estudados	254
APÊNDICE 7: Aspectos divergentes dos casos estudados	256

1 INTRODUÇÃO

“Uma política é um curso de ação de duplo sentido: é o curso de ação deliberadamente concebido e o curso de ação efetivamente seguido. Não só o que o governo diz e quer fazer. Também o que realmente faz e implementa, por si próprio ou em interação com os atores políticos e sociais, além de suas intenções” (VILLANUEVA, 1992, p.25).

Em termos de direitos, não há nenhum rol mais universal e fundamental às pessoas do que os direitos humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). A saúde é considerada “como expressão de direito humano e uma meta social mundial” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1978, p. 14). No entanto, o setor da saúde, responsável por produzir este direito, encontra-se em um cenário de crise e as organizações produtoras de serviços de saúde estão suscetíveis a uma diversidade de fatores que dificultam seu gerenciamento e que lhes são próprios (CHRISTENSEN et al., 2009; HERZLINGER, 2007; NETO; MALIK, 2012; PEDROSO; MALIK, 2007; PORTER, 2010; STARFIELD, 2002).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015). No caso brasileiro, o Estado é responsável por promover acesso equânime ao direito à saúde, sendo este um dever constitucionalmente atribuído. Políticas, programas, ações e serviços públicos são formas de efetivar estes direitos à população (BRASIL, 2008), devendo gerar resultados transformadores à mesma (ANDREWS; ENTWISTLE, 2010; HEINRICH, 2002; SILVA; LIPPI; CAULLIRAUX, 2014). Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família¹ é assumida como estratégia prioritária do Estado para organizar a Atenção Básica à Saúde e, conseqüentemente, possibilitar que os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde brasileiro sejam efetivados.

Por outro lado, operacionalizar políticas públicas e gerar tais resultados é uma tarefa complexa. Gestores públicos de diferentes esferas encontram inúmeras dificuldades em seu trabalho (ALMEIDA JÚNIOR, 2013; D’ASCENZI; LIMA, 2013;

¹ O emprego do termo “Estratégia Saúde da Família” segue a nomenclatura oficial dada pelo Governo. Não há intenção por parte da autora de fazer qualquer relação às terminologias de gestão estratégia e afins.

GRAHAM, 2010; LIPPI, 2009; SOARES, 2012; VILLANUEVA, 1992), em especial, os gestores locais (LIPSKY, 2010; LOTTA, 2010). Diante deste contexto, esta dissertação busca compreender como este processo de operacionalização ocorre nos municípios tomando, especificamente, o caso da Estratégia Saúde da Família.

1.1 Objeto de pesquisa

Agenda de reformas nos sistemas de atenção à saúde são direcionadas por dois movimentos inter-relacionados: a organização do sistema e a gestão da saúde. Estes dois conceitos, de integralização do cuidado e gestão da saúde focada nos fins, são viabilizados por um terceiro, o de Rede de Atenção de Saúde (RAS), que apresenta as características indicadas na Figura 1.

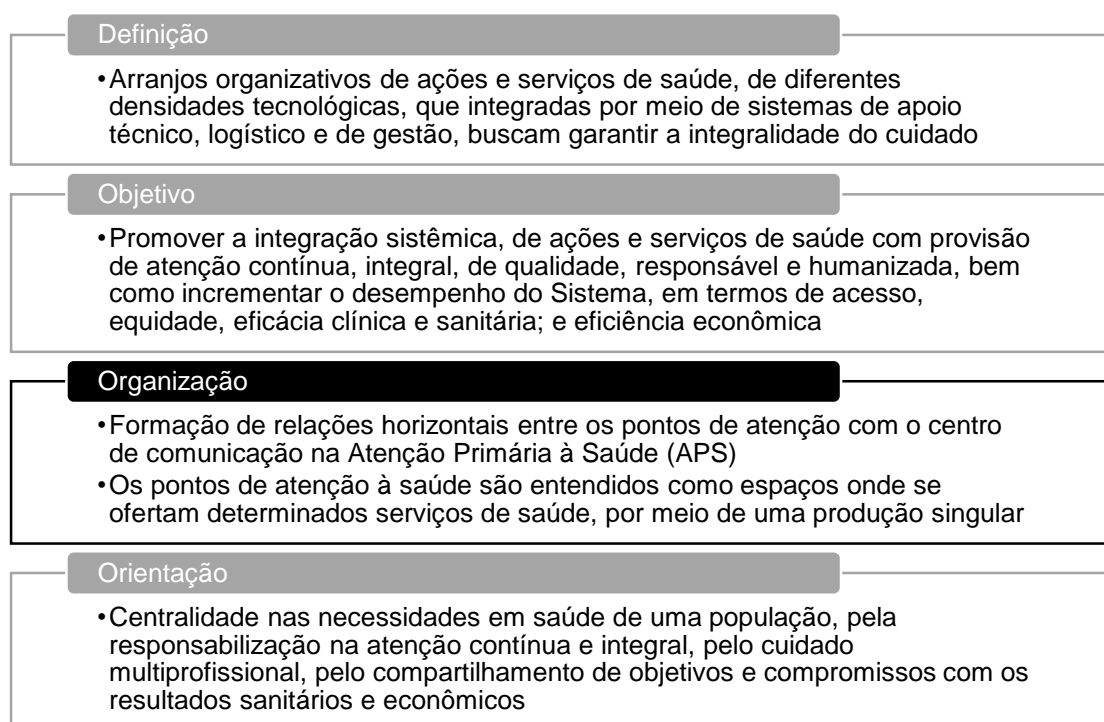


Figura 1: Características da Rede de Atenção de Saúde²

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010)

No intuito de delimitar o objeto de pesquisa, destaca-se, na Figura 1, o caráter organizativo da Rede de Atenção à Saúde, tal qual preconizado pelo

² Atenção humanizada refere-se ao conceito de humanização na saúde: “humanização significa uma mudança da forma de trabalhar e também das pessoas, que deve conciliar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de executar a assistência incorporando a história do indivíduo, a partir de seu diagnóstico até a realização da intervenção. O trabalho em saúde consegue se humanizar a partir do momento que combine a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade para os usuários”. (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009, p.827)

Ministério da Saúde, que se refere à formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS).

“[a RAS] fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. ” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a)

Nesse sentido, a APS é entendida como a porta de entrada do SUS, responsável por coordenar o cuidado e viabilizar o fluxo do usuário na rede. Este tipo de arranjo traz consigo uma série de benefícios aos sistemas orientados pela atenção primária, reconhecidos nacional e internacionalmente (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BODENHEIMER; GRUMBACH, 2006; CAMPOS, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2015; GHOROB; BODENHEIMER, 2012; MENDES, 2011; NETO; MALIK, 2012; ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1978; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008; RODRIGUES et al., 2014):

- São mais adequados, pois se organizam a partir das necessidades de saúde da população
- São mais efetivos, pois são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população
- São mais eficientes, pois apresentam menos custos e reduzem o número de procedimentos mais caros
- São mais equitativos, pois discriminam positivamente grupos de regiões³

³ Quando se fala em discriminação positiva de grupo, a literatura se refere aos critérios norteadores da determinação das subpopulações para determinação de territórios de cobertura de equipes de saúde. Estes critérios se referem aos riscos socio sanitários, aos riscos estratificados por situação de saúde, grau de vulnerabilidade da população, e outros eventuais fatores epidemiológicos e sociais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2011, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; NETO; MALIK, 2012)

- Apresentam maior qualidade, pois colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque oferecem tecnologias mais seguras

No Brasil, o conceito de APS é incorporado aos princípios do SUS sob a denominação de Atenção Básica em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Ou seja, neste trabalho, assim como na maioria dos trabalhos sobre assunto, entende-se que Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são sinônimos. (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2015; GIL, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

O escopo da Atenção Básica abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde apresentadas pela população de um território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Para tal o Governo Federal adotou a Estratégia Saúde da Família como prioridade para transformação do modelo assistencial do SUS e orientador/organizador da atenção básica. Pretende-se, com isso, expandir, qualificar e consolidar a atenção básica por meio de reorientação dos processos de trabalho e, assim, ampliar a resolutividade e impacto na condição de saúde das pessoas e coletividades, com relação custo-efetividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a). Nesse sentido, o centro da atenção à saúde se desloca para a família, fazendo com que a visão do processo saúde-doença seja para além do viés biologizante e curativo (BENATTI, 2008; BRAVO et al., 2012). A execução das ações inerentes à estratégia operante é de competência municipal, cabendo às demais esferas prestar apoio institucional, técnico, político e financeiro aos municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Estes são a política e o programa públicos estudados. Mais além, uma vez que se pretende compreender o processo de operacionalização destes, o objeto da pesquisa é situado onde a própria operacionalização ocorre, ou seja, nos governos municipais e nas Unidades de Saúde da Família (USF), local no qual os serviços de saúde dentro deste escopo são prestados à população. A título ilustrativo, a Figura 2 apresenta fotos de algumas unidades visitadas durante a pesquisa.



Figura 2: Unidades de Saúde da Família.⁴

Em síntese, o objeto de pesquisa e o modo como o mesmo encontra-se situado no SUS é indicado na Figura 3.

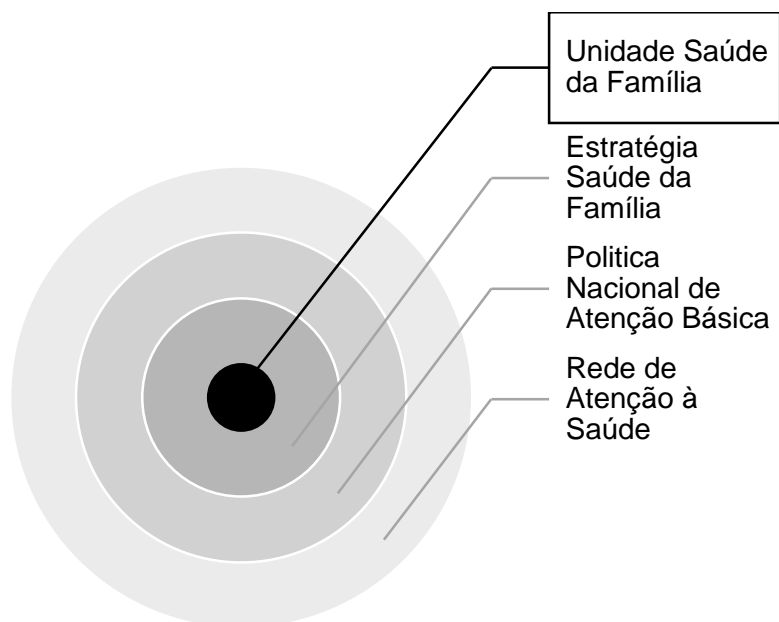


Figura 3: Objeto de pesquisa situado no SUS

O objeto de pesquisa é, portanto, a Estratégia Saúde da Família, partindo do referencial da relação entre municípios e Unidades Saúde da Família.

⁴ Fotografias tiradas e reproduzidas pela autora mediante autorização de entrevistados participantes da presente pesquisa.

1.2 Objetivo de pesquisa

Considerando que:

- O modelo dos sistemas de saúde vigente encontra-se em crise
 - A situação de saúde prevalente é de tripla carga de doença⁵
 - O cuidado provido pelo sistema é fragmentado e não atende a esta nova situação de saúde
- No Brasil, as políticas públicas, o sistema e os serviços de saúde são de responsabilidade do Estado.
- As Redes de Atenção à Saúde, orientadas pela Atenção Primária à Saúde, são consideradas nas pautas de reforma como solução aos problemas. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família foi instituída pelo Estado como forma de por os propósitos da Atenção Primária à Saúde em prática.
- A operacionalização de políticas públicas de saúde é um problema para os gestores públicos.

O objetivo geral da pesquisa consiste em **compreender como ocorre a operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios**. Pretende-se identificar quais são os principais aspectos locais que dificultam ou favorecem a operação do Programa a nível local, e como estes aspectos são superados (ou não) pelos gestores públicos.

No intuito de tornar o objetivo de pesquisa mais factível e delimitar o problema de pesquisa, foram desenvolvidos objetivos intermediários que a pesquisa deve atender:

- Entender o Sistema de Único de Saúde e como a ESF é inserida naquele
- Investigar se e como o objetivo de pesquisa é abordado na literatura
- Investigar como a operacionalização da ESF ocorre na prática, em casos distintos

⁵ Este conceito, também denominado de mosaico epidemiológico ou acumulação epidemiológica, consiste na convivência de condições crônicas, causas externas e doenças infecciosas. Ou seja, representa o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, acumulado com uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; e com o forte crescimento da violência e das causas externas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; FRENK, 2006; MENDES, 2011; NETO; MALIK, 2012; VIANA; POZ, 2005). Este ponto é abordado em mais detalhes no capítulo de referencial teórico, no item 2.1.

1.3 Relevância e justificativa

No que se refere à relevância da pesquisa, em um primeiro modo, é possível afirmar que esta está centrada em dois principais pilares, quais sejam, a relevância para a gestão pública e a relevância para o setor da saúde. No entanto, há que se falar que os dois pilares mencionados culminam em uma relevância, principalmente teórica, que reside na aproximação das áreas de conhecimento mencionadas com a Engenharia de Produção. A linha de apresentação da seção seguirá detalhando tais pontos.

1.3.1 Relevância prática

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2008), no relatório mundial da saúde e em volume específico para atenção primária, apresenta uma série de evidências acerca da eficiência e efetividade em centrar o sistema de saúde e sua oferta de serviços na atenção primária. Ainda de acordo com a referida instituição⁶, o objetivo da atenção primária é melhorar a saúde de todos e, para atingir tal objetivo, entende que há cinco elementos chave, a saber:

- Reduzir as exclusão e desigualdade social em saúde (reformas de cobertura universal)
- Organizar os serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas (reformas na entrega de serviço)
- Integrar a saúde a outros setores (reforma das/nas políticas públicas)
- Buscar modelos colaborativos de política dialogal (reforma de lideranças)
- Aumentar participação de *stakeholders*

Na realidade brasileira, foco desta pesquisa, a saúde é um direito fundamental e dever do estado (BRASIL, 1988). Portanto, há claro interesse social no que diz respeito à prestação de serviços públicos de saúde. A operacionalização e o impacto destes serviços, bem como a forma de operar das organizações responsáveis pela prestação, afeta diretamente a população. Este aspecto torna-se mais relevante quando se trata da atenção primária à saúde, uma vez que é

⁶ Os objetivos indicados podem ser encontrados no site da OMS. Disponível em http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/ Acessado em janeiro de 2015.

considerada como o eixo coordenador da Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, 2012).

Promover saúde e prevenir doença são meios de reduzir a demanda por hospitais, apesar desta sempre existir, e melhorar a qualidade de vida dos sujeitos e dos coletivos. Nesse sentido, o Ministério da Saúde busca expandir e qualificar a atenção básica através da Estratégia Saúde da Família e do investimento em formulação e implementação de políticas nesse sentido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

*“Apesar deste esforço, o SUS tem inúmeros desafios a enfrentar para consolidar seus princípios e avançar como política pública universal e equânime, acessível e resolutiva. Entre eles, podemos destacar a questão do financiamento insuficiente do setor saúde, a não-priorização efetiva dos investimentos na atenção básica, a precarização do trabalho em muitos lugares, os **modos de se produzir a atenção e gestão**”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 12-13).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família se coloca como meio para promover maior equidade em saúde, visto que pretende reformular a assistência básica, reorientar a lógica do sistema de saúde e, por conseguinte, melhorar seu desempenho (BODSTEIN, 2009; SANTANA; CARMAGNANI, 2001; VIANA; POZ, 2005). A Estratégia e o Programa Saúde da Família não são apenas uma política pública de saúde de governo. Trata-se de uma política de Estado. Teve início em 1994 e opera em vigência até os dias de hoje, com intenções e previsões de expansão. “Fazer política pública não se reduz em um único ato ou ação, [...] as políticas públicas vinculam as Administrações Públicas e não apenas os governantes que periodicamente alternam-se no exercício do poder.” (OHLWEILER, 2007)

A reorganização da atenção primária centrada na ESF tem como principal consequência a redução do número de internações e, com isso, possibilita o foco das unidades de saúde hospitalares e a redução dos gastos de internação hospitalar (BARROS; SÁ, 2010; VIANA; POZ, 2005). STEIN (1998), em sua tese de doutorado, afirma que o acesso a atendimento médico continuado pode reduzir em até três vezes o atendimento de casos não urgentes nos departamentos de emergência dos

⁷ Grifos próprios.

hospitais. De acordo com estudo do Ministério da Saúde realizado em dez grandes centros urbanos, a presença da USF no território reduz a procura por hospitais, especialistas e serviços de urgência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). No ponto de vista epidemiológico, SANTANA, CARMAGNANI (2001) destacam também a redução da mortalidade de menores de um ano após a implementação da ESF e a prioridade dada ao combate às doenças diarreicas, às doenças imunopreveníveis, às pneumonias e à desnutrição.

O cuidado integrado, uma das principais bandeiras da atenção básica, fomenta as práticas voltadas à prevenção e promoção da saúde, além do enfrentamento adequado das condições crônicas de saúde. A Figura 4, por exemplo, ilustra a importância da estabilização na atenção às condições crônicas. Quando uma condição crônica não é estabilizada, a probabilidade de ocorrer complicações evitáveis aumenta.

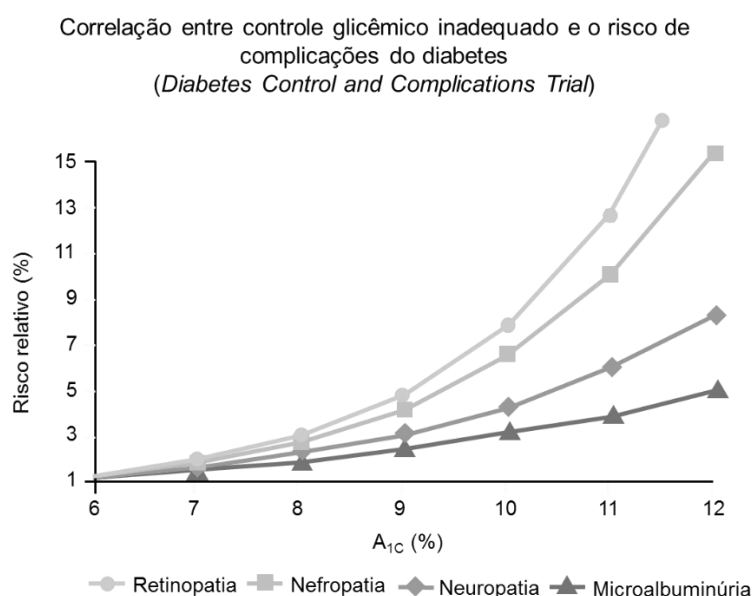


Figura 4: Correlação entre controle glicêmico inadequado e o risco de complicações do diabetes

Fonte: FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, [s.d.]

Em consonância, a Figura 5 representa as perdas financeiras decorrentes de mortes prematuras causadas por doenças cardiovasculares e diabetes no período 2005-2015. No Brasil, tais perdas podem representar cerca de 0,5% do PIB Nacional. (MENDES, 2011)

Perdas de renda em percentuais do PIB por doenças cardiovasculares e diabetes, em países selecionados, 2005/2015.

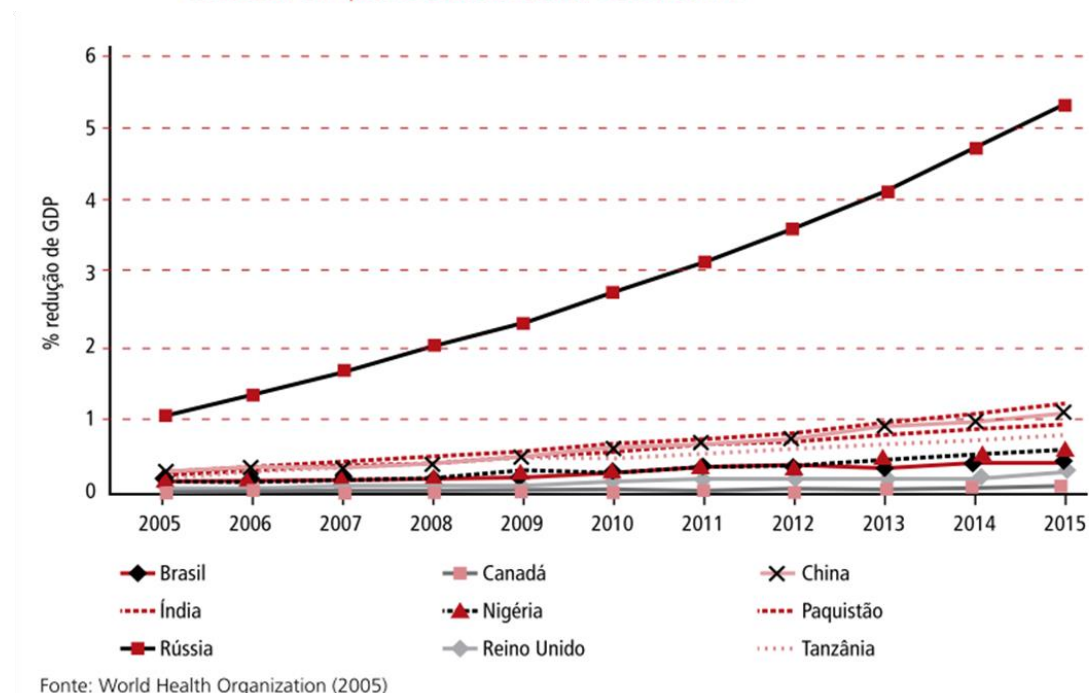


Figura 5: Perdas de renda em percentuais do PIB por doenças cardiovasculares e diabetes (2005 – 2015)

Fonte: MENDES (2011)

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2015) elenca uma série de artigos e estudos publicados acerca do modelo do PSF e afirma que “há evidências amplas e robustas da superioridade da ESF sobre outros modelos alternativos da APS em nosso País”. (CONASS, 2015, p. 31)

Diante dos fatos expostos, é plausível afirmar que **a atenção primária à saúde e especificamente a ESF, operacionalizada por meio das Unidades Saúde da família, desempenham relevante papel social enquanto política pública, visto que promovem melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos cidadãos e vislumbram melhor custo-efetividade enquanto solução para saúde pública.**

Há “inúmeros desafios” à implementação deste programa na realidade local (BODSTEIN, 2009; CAMPOS, 2013):

“O sucesso e a viabilidade do SUS dependem de uma rede de produção de saúde com capacidade para resolver problemas. Que tanto promova saúde quanto previna riscos e cuide de

doenças e da reabilitação de pessoas com problemas. ”
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 33)

Entender quais são esses desafios e como os gestores públicos locais lidam com eles é entender como a ESF é operacionalizada. Este é o objetivo desta dissertação.

1.3.2 Relevância teórica

Isto posto, o segundo ponto acerca da relevância da pesquisa diz respeito aos estudos acadêmicos procedidos dentro do escopo abarcado por esta pesquisa. Nesse sentido, BODSTEIN (2009) diz que, proporcionalmente, há bastantes estudos envolvendo a Estratégia e o Programa Saúde da Família quando considerando a atenção básica. No entanto, a autora coloca que a maior parte destes estudos, em razão do volume de publicações e afins, acaba por centrar-se em revisões da literatura em tentativa de organizá-las. Segundo ela, o diálogo entre profissionais, especialistas e gestores se torna escasso por conta desta característica. (BODSTEIN, 2009, p. 1336)

Em consonância, SILVA et al. (2013), a partir de revisão na literatura sobre operacionalização da Estratégia Saúde da Família e reorientação do modelo de atenção, expõem uma série de lacunas e problemas deste processo. De modo análogo, GIL (2006) organiza os principais conteúdos e contextos que encontrou quando realizou revisão na base SciELO em busca de publicações (entre 1990-2004) afetas às atenção primária, atenção básica e saúde da família. Dessa forma, com base nos estudos destes dois autores e nas buscas bibliográficas procedidas pela autora desta dissertação, é possível observar que as publicações (e presumidamente as pesquisas que tratam deste tema) são difusas e distintas. Há, por exemplo, muitos estudos relacionados à avaliação do programa, principalmente do ponto de vista epidemiológico, a questões assistenciais específicas do cuidado e/ou do trabalho na unidade de saúde, passando por críticas ou debates ideológicos sobre o SUS e a atenção primária enquanto política de saúde pública. Nenhum estudo, considerando teses e dissertações, faz uso da abordagem da gestão ou da engenharia de produção para enxergar e tratar o problema que é a operacionalização de um programa público.

Nesta linha, apesar da ampla quantidade de estudos no campo, diversos autores apontam lacunas ainda a serem exploradas. As indicações são voltadas a

procedimentos e ferramentas avaliativos destas máquinas de prestação de serviço, que possam subsidiar gestores e tomadores de decisão na esfera pública, principalmente a respeito de como esta máquina funciona. Tais instrumentos são meio de viabilizar um projeto político como capacidade instalada e conhecimento técnico por parte dos gestores (DE SOUSA; HAMANN, 2009; SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008). SILVA et al. (2013) acreditam que somente sanando estas lacunas que a estratégia saúde da família se efetivará como porta de entrada para o SUS.

Portanto, mesmo havendo quantidade razoável de estudos sobre a ESF, ainda há lacunas na literatura que se referem à operacionalização da Estratégia nas Unidades Saúde da Família, bem como ao funcionamento desta na entrega de resultados a comunidade na qual está inserida. Esta “progressão” deve ser acompanhada, de acordo com BODSTEIN (2009), do estreitamento de laços entre os tomadores de decisão (gestores, comunidade, população, profissionais, pesquisadores e academia). Segundo a autora, tal estreitamento “constitui um caminho promissor, capaz de consolidar princípios mais democráticos e republicanos e, portanto, de políticas públicas mais eficientes, efetivas e promotoras de equidade”.

Tal visão também é compartilhada pela literatura em gestão/administração pública. A gestão pública está em constante reforma, em busca por melhorar a si própria e seus resultados transformadores (HEINRICH, 2002). Os governos buscam por reformas dos serviços públicos de modo a produzir resultados que sejam melhores, transformadores, equânimes e a um menor custo para o contribuinte (ANDREWS; ENTWISTLE, 2010). Isto não seria diferente para o setor da saúde: “Nos dias atuais há uma preocupação crescente com o desenvolvimento de instrumentos gerenciais que possibilitem uma gestão eficiente no setor saúde” (CAMPOS, 2013)

A busca pelo aumento da capacidade governamental de gerir políticas públicas, implicou na necessidade de instrumentos de gestão com capacidade de análise. A elaboração de tais instrumentos ainda encontra barreiras tanto no campo quanto na teoria (CAMPOS, 2013; GARCES; SILVEIRA, 2002; SILVA; LIPPI; CAULLIRAUX, 2014; SILVA, 2013)

“Portanto é neste contexto que o debate sobre processo de gerenciamento local das equipes de saúde da família ganha relevância pelo seu aspecto de mediação entre as demandas de saúde das comunidades e as respostas organizadas pelo

modelo de saúde vigente na esfera municipal. ” (CAMPOS, 2013)

A pesquisa em gestão pública demanda pesquisa de campo no setor público com emprego de diferentes métodos e ferramentas (GRAHAM, 2010). Acredita-se que o estudo de caso seja um método apropriado para discutir problemas na Administração Pública (GRAHAM, 2010; SOARES, 2012). A busca procedida pela autora da presente pesquisa sobre métodos de operacionalização de políticas públicas mostrou que as publicações recentes são direcionadas a avaliação de políticas públicas e seus efeitos. Tais publicações reconhecem suas limitações acerca da dificuldade de avaliar desempenho e impacto. No entanto, há de se destacar a diferença entre entender os efeitos provocados por uma política pública e entender como estes efeitos são produzidos.

Entender como o programa é operacionalizado em territórios e governos locais, identificando as soluções de projeto desenvolvidas e praticadas, corrobora para o ciclo de aprendizado da Política Nacional de Atenção Básica e para as (re) formulações das diretrizes dos governos federal e estadual no âmbito do PSF.

1.4 Estrutura da dissertação

A Tabela 1, desta forma, apresenta a estrutura de capítulos proposta para organizar o presente documento

Tabela 1: Estrutura da dissertação

Capítulos	Título	Breve descrição
Capítulo 1	Introdução	Contextualiza o problema de pesquisa, descrevendo seus objeto, objetivo e relevância.
Capítulo 2	Referencial teórico	Resultado da revisão da literatura, este capítulo apresenta os principais tópicos relacionados às questões gerenciais e políticas de saúde, contemplando aspectos assistenciais quando pertinente. O foco foi apresentar os principais conceitos e estudos que envolvem sistemas de saúde, atenção primária, e saúde da família. Além disso, breve revisão é realizada acerca dos principais problemas inerentes à operacionalização de políticas públicas
Capítulo 3	Método	Descreve as questões metodológicas assumidas e adotadas na pesquisa, inclusive os procedimentos seguidos.
Capítulo 4	Estudo de caso	Descreve e analisa os resultados do estudo de casos a partir do modelo teórico selecionado.
Capítulo 5	Considerações finais	Conclui a pesquisa por meio de síntese, disussões e reflexões sobre os procedimentos tomados e os resultados encontrados, apontando as limitações percebidas e oportunidades para estudos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo discorre acerca da consolidação dos resultados da revisão bibliográfica procedida, apresentando os principais aspectos e conceitos sobre o objeto de pesquisa. Pretende-se assim, atender objetivos intermediários da pesquisa, a saber: entender o Sistema de Único de Saúde e como a ESF é inserida naquele; e investigar se e como o objetivo de pesquisa é abordado na literatura.

No que se refere ao conteúdo, o capítulo apresenta o arcabouço conceitual desta pesquisa, o qual aborda questões contemporâneas que dizem respeito ao conceito de saúde e da crise vivenciada pelos sistemas de saúde no mundo e, em especial, no Brasil. Desta forma, uma vez que esta dissertação é firmada em casos brasileiros, o capítulo dispõe da forma vigente de organização da saúde pública brasileira e de características apontadas pela literatura que dizem respeito principalmente às dificuldades de operacionalizar e/ou implementar políticas públicas no geral. Isto posto, o referencial teórico caminha por discutir o papel dos conceitos de “redes de atenção à saúde” e “atenção primária à saúde” como soluções estruturantes para os sistemas de saúde. Por fim, para abordar a Estratégia Saúde da Família, este capítulo se encerra identificando como os conceitos supracitados estão presentes no Sistema Único de Saúde, destacando suas características e desafios. A estrutura argumentativa e expositiva deste capítulo é disposta na Figura 6.

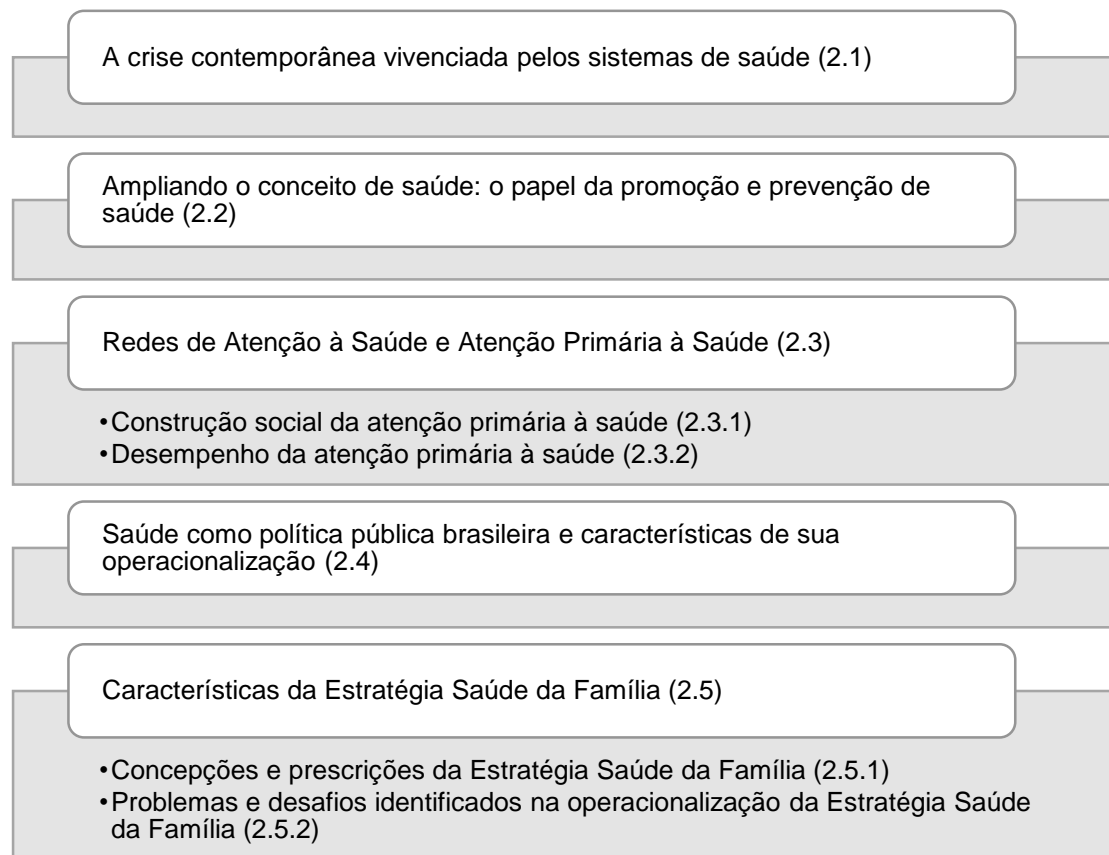


Figura 6: Estrutura do referencial teórico

2.1 A crise contemporânea vivenciada pelos sistemas de saúde

Atualmente, o setor de saúde é entendido e encontra-se organizado em sistemas e redes, como forma de tentar atender ao propósito que lhe cabe. Os sistemas de saúde podem ser compreendidos como um sistema complexo (ROUSE, 2008), pois “produz e reproduz seus próprios elementos e prossegue produzindo sua própria constituição” (ERDMANN et al., 2004, p.468).

“Enquanto o indivíduo experiencia sua saúde em conexão com seu mundo como pessoa, a medicina trabalha com partes: uma molécula, um órgão, um fator de estilo de vida.”
(FUGELLI, 2001, *apud* JOHANSSON; WEINEHALL; EMMELIN, 2009)

Os serviços de saúde foram concebidos para que sua prestação fosse procedida por organizações complexas. Apesar deste sistema ser constituído por organizações e serviços de saúde, ERDMANN et al. (2004) afirmam que estes são pouco impactantes na “interação, produção e reprodução” das multidimensões

envolvidas (ambiente, estilo de vida, biologia humana, organização dos serviços de saúde, etc.). Segundos os autores, atualmente o sistema e suas organizações têm foco em aspectos curativos individuais, não sendo capazes de operar a complexidade inerente. “Geralmente os serviços de saúde são influenciados pela visão de saúde orientada à doença” (JOHANSSON; WEINEHALL; EMMELIN, 2009).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015). Para muitos especialistas, o setor da saúde é considerado de maior complexidade de gestão em razão de seu escopo, características de consumo, impacto na vida, relevância social, relevância econômica, conhecimento e fragmentação de sua cadeia de valor (PEDROSO; MALIK, 2007). Neste sentido, a Tabela 2 apresenta as questões consideradas como as que caracterizam a complexidade de gestão do setor de saúde.

Tabela 2: Questões que caracterizam a complexidade de gestão do setor de saúde

Questão	Descrição
1. Escopo da saúde	É amplo, pois contempla os diferentes graus de saúde, que variam desde a perspectiva positiva até a perspectiva patológica
2. Consumo de saúde	Em geral, o consumidor não deseja o produto ou serviço de saúde de maneira intrínseca, mas para a preservação ou melhoria da sua própria condição. O consumo em saúde pode ser tratado como um investimento, pois contribui para aumentar a quantidade de dias produtivos, o que, por sua vez, contribui para a geração de riqueza. Acidentes ou doenças graves podem consumir elevados volumes de recursos e levar indivíduos e/ou famílias afetados à ruína financeira, quando não protegidos pelo Estado ou por algum tipo de plano de saúde.
3. Impacto na vida	Os produtos e serviços de saúde têm importante impacto na qualidade de vida, na morbidade e na mortalidade dos indivíduos. Decisões e atitudes dos indivíduos e dos profissionais de saúde, que podem causar impactos importantes na vida (clonagem e fertilização) e na morte (aborto e eutanásia), estão inter-relacionadas com aspectos éticos, religiosos e culturais.
4. Relevância social	A saúde é um recurso essencial aos indivíduos, considerada como um bem social. A consideração da saúde como um bem social (ou seja, um direito do cidadão e dever do Estado) ou como um bem sujeito às leis de mercado pode gerar importantes impactos na sua oferta e consumo.
5. Relevância econômica	A saúde é um dos principais setores nas economias dos países. Suas ineficiências representam um considerável desperdício no consumo de recursos financeiros nacionais. OMS estima que os desperdícios correspondam a algo entre 20% e 40% de todos os gastos com saúde.
6. Setor intensivo em conhecimento	A saúde é uma área intensiva em conhecimento quando comparada com outros setores da economia, sendo que este conhecimento está em plena evolução. Um dos setores que mais investem em pesquisa e desenvolvimento. Mesmo assim, ainda há importantes lacunas de conhecimento médico. A disponibilidade do conhecimento não é uniforme para os diferentes participantes da cadeia de valor da saúde, o que gera assimetrias de informação
7. Cadeia de valor	As operações de saúde geralmente são fragmentadas ao longo da sua cadeia de valor. Isto pode acarretar decisões locais e resultar na

Questão	Descrição
fragmentada	denominada competição de soma zero, em que os participantes lutam para dividir o valor gerado, e não para aumentá-lo. Uma das questões relevantes dessa fragmentação contempla o envolvimento de diferentes agentes nas atividades de decisão ou recomendação, consumo, pagamento e oferta de produtos e serviços para a realização de um mesmo procedimento de saúde.

Fonte: Adaptado de PEDROSO e MALIK (2007)

Esta complexidade, de certo modo, é evidenciada pela crise na qual o setor de saúde se depara atualmente, o qual se depara e constantemente deve se adequar a leis e princípios gerenciais aplicáveis aos serviços de saúde (e que reforçam a complexidade da gestão), tais quais os sintetizados e enunciados por SAVASSI (2012, p.72):

- **Lei de Wildavsky:** O custo em saúde sempre se elevará até o nível máximo de recursos disponíveis (também conhecida como “lei do saco sem fundo”).
- **Princípio da variabilidade na prestação dos serviços de saúde:** Quanto maior a variabilidade de condutas diante de um mesmo problema, maiores os custos.
- **Lei de Roemer:** “se há leitos hospitalares, eles tendem a ser usados”, independentemente das necessidades da Lei de Roemer população.
- **Princípio da indução da demanda pela oferta:** Nos sistemas de saúde, não é a demanda que regula a oferta; o serviço disponibilizado será consumido até que se esgote sua capacidade (similar a Lei de Roemer).
- **A Lei da Caneta do Médico:** O carimbo médico é responsável por cerca de 80% dos gastos com saúde.
- **A Lei da Concentração da Gravidade e dos Gastos com as Doenças:** Quanto mais graves e complexas as doenças, proporcionalmente maiores são os custos, e poucos pacientes consomem grande parte dos recursos humanos, técnicos e financeiros em saúde.
- **Lei de Hart:** Os mecanismos que interferem na oferta de serviços fazem com que os recursos sejam distribuídos inversamente às necessidades. O uso de serviços de saúde ocorre por necessidades “percebidas” e comportamento frente a seus problemas de saúde.

A crise contemporânea no setor de saúde é reconhecida por diversos autores e profissionais, bem como a necessidade de reforma dos sistemas de saúde vigentes. Esta é uma percepção tanto do campo da saúde quanto do de gestão. (CHRISTENSEN *et al.*, 2009; HERZLINGER, 1997; 2004; 2007; HOPP, LOVEJOY, 2013; MENDES, 2011; PORTER, TEISBERG, 2007; STARFIELD, 2002; MALIK, 2007; NETO; MALIK, 2012). Dois fatores são considerados causa deste problema, a saber: a situação de saúde prevalente e a fragmentação dos sistemas de saúde vigentes (MENDES, 2010, 2011, 2012; NETO; MALIK, 2012).

A situação de saúde prevalente se refere às consequências trazidas pelas mudanças demográficas e epidemiológicas às condições de saúde da população. Para desenvolver esta sentença, se faz necessário conceituar 'condição de saúde', uma terminologia que surge contrapondo-se à visão tradicional do binômio saúde-doença e à divisão em doenças transmissíveis e não transmissíveis. "Uma condição de saúde pode ser definida como um conjunto de circunstâncias na saúde de uma pessoa que se beneficia de um conjunto de intervenções contínuas e coordenadas." (NETO; MALIK, 2012, p. 35). MENDES (2010) explica que uma condição pode ser uma doença, uma condição determinada por circunstância reprodutiva, por ciclo de vida, ou por sequelas ou deficiências adquiridas ao longo do tempo.

Ainda apresentando o conceito de condições de saúde, é pertinente mencionar que estas podem ser categorizadas em agudas ou crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). A Tabela 3 diferencia estas categorias.

Tabela 3: Diferenciação de condição aguda de condição crônica

Variável-chave	Condição aguda	Condição crônica
Tempo de duração da condição de saúde	Breve	Longo ou indefinido
Manifestação	Abrupta	Gradual (geralmente)
Diagnóstico e prognóstico	Precisos	Incertos
Resultados das intervenções	Cura (geralmente)	Cuidado
Forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde	Episódica, reativa e feita sobre a queixa principal	Contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias
Modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde	Fragmentado	Integrado

Fonte: Adaptado de MENDES (2011, p. 25) e NETO, MALIK (2012, p. 35)

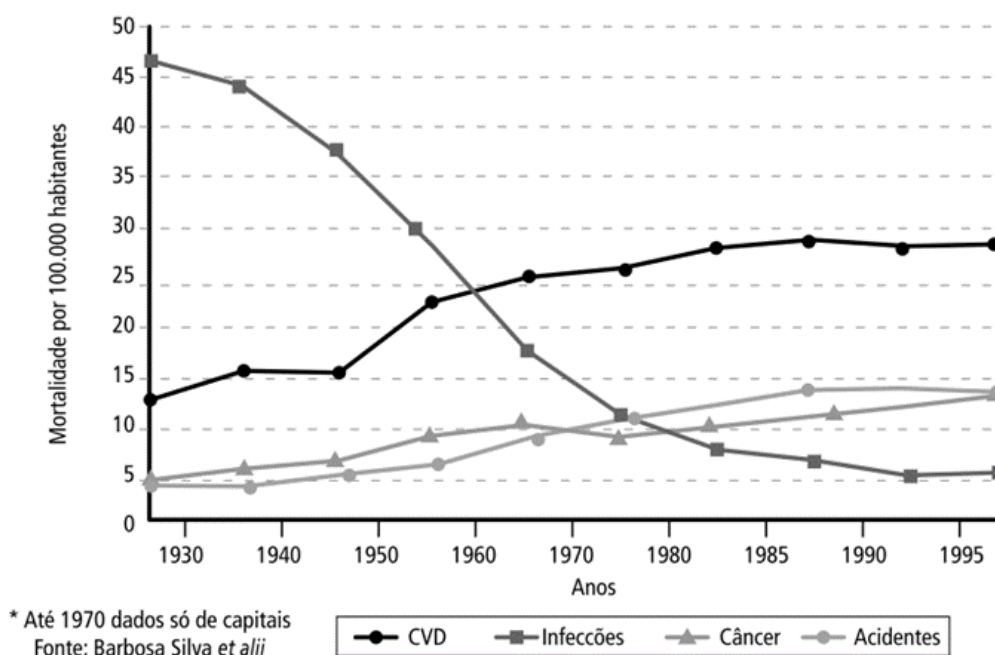
Retomando à caracterização da situação de saúde prevalente nos dias de hoje, alguns especialistas em saúde pública reconhecem a ocorrência de transição epidemiológica⁸, a qual consiste na combinação de declínio da mortalidade com aumento da morbidade (VIANA; POZ, 2005).

“Observa-se um crescente aumento na procura por cuidados de saúde devido ao envelhecimento da população, ao aumento das doenças crônicas e degenerativas e a problemas decorrentes do contexto social, como a violência ou os acidentes de trânsito. ” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011, p. 57-58)

Ou seja, com as mudanças demográficas, mudanças no padrão de consumo e nos estilos de vida, urbanização acelerada, avanço nas tecnologias, entre outros, espera-se predominância de condições crônicas de saúde. No entanto, no caso dos países em desenvolvimento, fala-se em incremento prospectivo de condições crônicas. Este incremento prospectivo ocorre devido a um mosaico epidemiológico (também conhecido por dupla ou tripla carga de doenças), o qual consiste na convivência de condições crônicas, causas externas e doenças infecciosas. (MENDES, 2011). MENDES (2011) analisa esta situação sob a ótica da mortalidade, a partir da Figura 7.

⁸ Nas palavras de MONTEIRO (1995, p.77), “os especialistas em saúde pública denominaram transição epidemiológica a evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados pela alta prevalência de mortalidade por doenças infecciosas, para um estado em que passam a predominar doenças não-infecciosas (ou também crônico-degenerativas); por tratar-se de enfermidades de longa duração, acumulam-se na população, ocorrendo uma combinação paradoxal de declínio da mortalidade com aumento da morbidade” .

Evolução da mortalidade proporcional, segundo causas, Brasil, 1930 a 2003.



Fonte: Silva et al. (2006)

Figura 7: Evolução das causas de mortalidade no Brasil⁹
Fonte: (MENDES, 2011)

Observa-se, na Figura 7, um forte decréscimo das doenças infecciosas dentro do período considerado (de cerca 45% em 1930, para 5% em 1995). Em contrapartida, as doenças cardiovasculares e o câncer, considerados doenças crônicas, aumentaram sua prevalência. Em 1930, representavam cerca de 17% das causas de mortalidade, passando para 45% após 1995.

Diante disto, a Figura 8 sintetiza a problematização em relação à situação prevalente de saúde, a qual é considerada como um dos elementos que repercutem na crise dos sistemas de saúde.

⁹ A sigla CVD se refere à doença cardiovascular humana (*Human Cardiovascular Disease*)

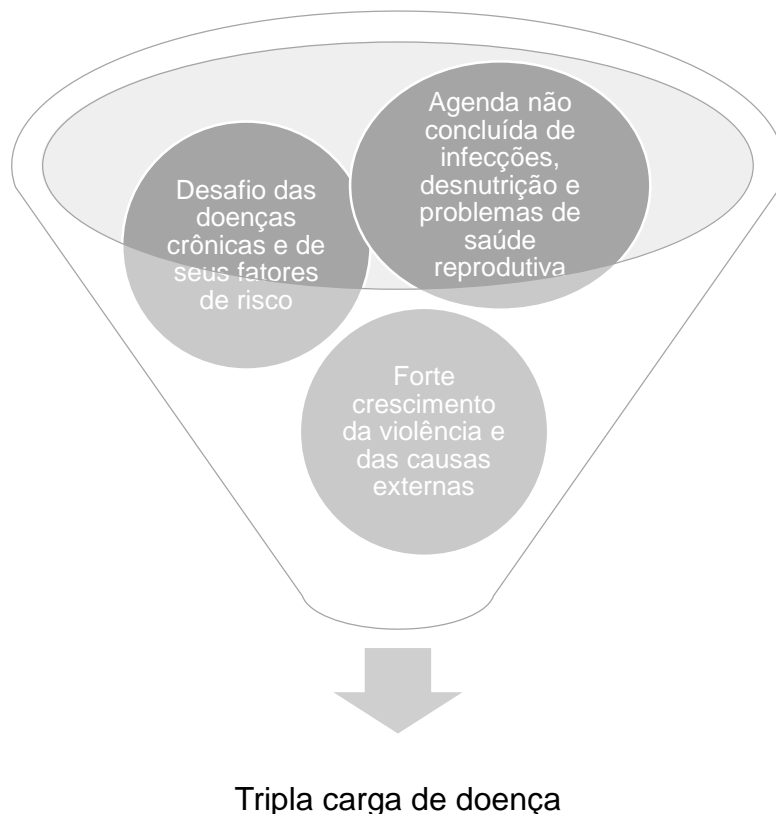


Figura 8: Acumulação epidemiológica¹⁰

Fonte: Adaptado de FRENK (2006); MENDES (2011), NETO; MALIK (2012); e VIANA; POZ (2005)

Estima-se que 80% das mortes no mundo cujas causas sejam doenças crônicas ocorrem em países não desenvolvidos (JHA et al., 2012). Este aspecto também corrobora para a afirmação de que o Brasil enfrenta uma epidemia oculta de doenças crônicas (MENDES, 2011).

O segundo fator, que é conectado ao primeiro, diz respeito à fragmentação dos sistemas de saúde vigentes. Diversos autores apontam que o principal problema decorre do fato de os sistemas vigentes serem clássicos piramidais hierarquizados que incentivam majoritariamente o “hospitalocentrismo”. Isto quer dizer que os sistemas são/estão estruturados com intuito de atender às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas e, ainda, de forma fragmentada, episódica e reativa. (ALMEIDA et al., 2010; D’AGUIAR, 2001; FLEURY, 1997; MALIK; SCHIESARI, 1998; MENDES, 2011, 2012; MENEZES, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; NETO; MALIK, 2012; PEDROSO, 2010; STEIN, 1998). Além

¹⁰ Os fatores de risco relacionados às condições crônicas são, por exemplo, tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada. (MENDES, 2012)

disso, por definição, a decomposição hierárquica não funciona em sistemas complexos, tal qual os de saúde (ROUSE, 2008).

A Figura 9 ilustra, em caráter hipotético/exemplificativo, a progressão da condição de saúde de um paciente detentor de doença crônica que é tratado mediante a lógica presente em sistemas fragmentados.

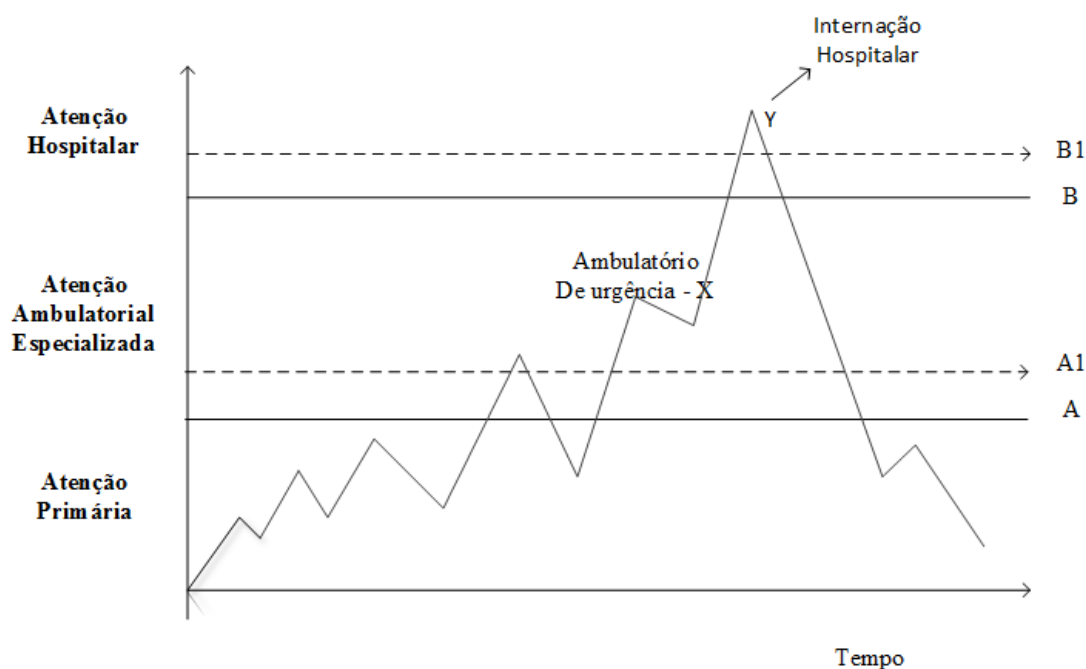


Figura 9: As lógicas de atenção às condições agudas e crônicas
Fonte: Adaptado de NETO; MALIK (2012, p;38)

A Figura 9 conduz ao entendimento de que, dado que o paciente não recebe um cuidado contínuo, a tendência é que a agudização de sua condição crônica se agrave com o tempo. MENDES (2011) entende esta organização fragmentada como prejudicial à atenção à saúde, conforme citação que segue:

“Esse sistema de atenção à saúde que atende às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, ao final de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários e econômicos desastrosos. [...], Não obstante, são muito valorizados pelos políticos, pelos gestores, pelos profissionais de saúde e pela população que é sua grande vítima.”. (MENDES, 2011, p; 48)

As principais características dos sistemas fragmentados são (MALIK; SCHIESARI, 1998; MENDES, 2011, 2012; MOTTA, 2001; NETO; MALIK, 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011):

- Atenção à saúde é voltada para as condições e os eventos agudos. Então, a oferta de serviços não oferece a gama de possibilidades que deveria como, por exemplo: promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, reabilitação e serviços de cuidados paliativos;
- A visão de estrutura hierárquica vigente, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis.
- Se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros;
- Não há articulações orgânicas e sistêmicas entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio e os sistemas logísticos. Este aspecto gera problemas como duplicação de serviços e infraestrutura, capacidade produtiva não utilizada e cuidados prestados em locais não apropriados (como frequentemente acontece com os hospitais);
- Não há uma população adscrita de responsabilização;
- Há separação extrema de serviços de saúde pública e dos serviços de atenção às pessoas. Portanto, são reativos, não são capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral e funcionam com ineficiência, inefetividade e baixa qualidade.

Em consonância, uma vez que uma das características peculiares ao setor de saúde é a de conhecimento intensivo, há restrições relacionadas à capacidade dos gestores em garantir respostas ao aumento contínuo da demanda por assimilação de novas tecnologias principalmente no que diz respeito à prestação de serviços. Não obstante, percebe-se que as organizações produtoras de serviços de saúde estão suscetíveis a uma diversidade de fatores que dificultam seu gerenciamento e que lhes são próprios. A Figura 10 apresenta os principais.

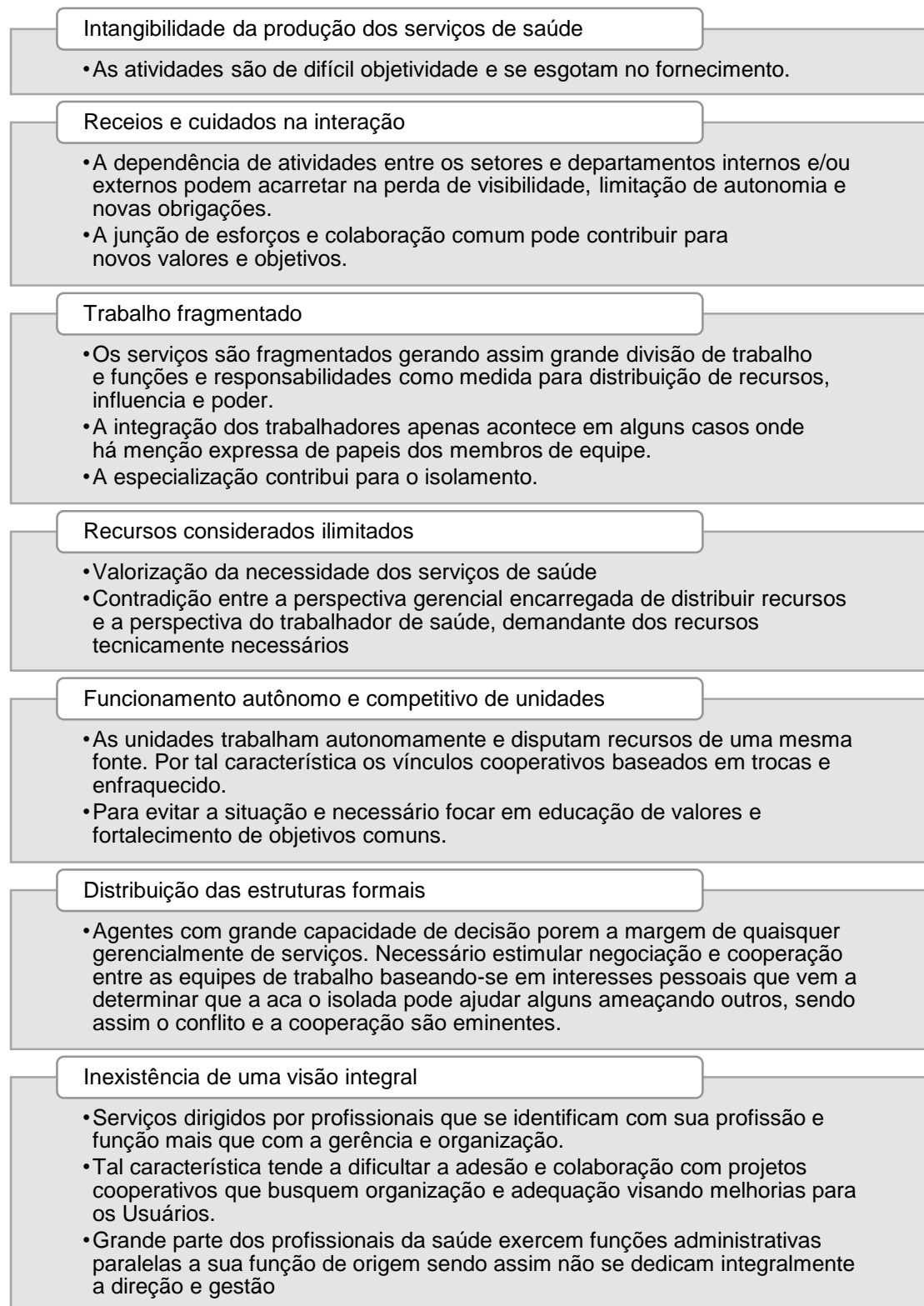


Figura 10: Fatores que contribuem para dificuldade de gerenciamento de produtores de serviços de saúde

Fonte: Adaptado de MOTTA (2001, p.29-32)

Em síntese, a atual crise no setor da saúde é decorrente da situação epidemiológica caracterizada por prevalência de condições crônicas (no Brasil

caracterizada pela tripla carga de doença) em concomitância a uma estrutura de oferta que é associada a condições e eventos agudos, que atua de modo fragmentado, episódico e reativo (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015)

Destarte, tanto a capacidade de resposta reduzida quanto o baixo desempenho dos sistemas de saúde são objetos das pautas de reforma nos países. O fracasso das respostas sociais às condições crônicas por um sistema fragmentado é, portanto, universal e deve ser enfrentado por mudanças profundas (MENDES, 2011). Somente quando determinada condição de saúde é enfrentada de modo integrado e completo é que se gera valor para os atores envolvidos na rede de atenção à saúde (PORTER; LEE, 2013; PORTER, 2010)

Agenda de reformas nos sistemas de atenção à saúde são direcionadas por dois movimentos inter-relacionados: a organização do sistema e a gestão da saúde, conforme descrito pela Figura 11. Diante da crise dos sistemas de saúde vigente, a qual é relacionada à configuração fragmentada e à gestão da saúde focada nos meios, a integralização do cuidado e a gestão da saúde focada nos fins¹¹ tendem a ser a solução para esta crise. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2007, 2011, 2012; NETO; MALIK, 2012)

¹¹ De modo a facilitar a compreensão da lógica de gestão da saúde voltada aos fins por meio da gestão clínica, é válido considerar a colocação de SERRA; RODRIGUES (2010, p.3580): “quanto à gestão clínica, não há um conceito claramente estabelecido a este respeito. Segundo Wagner, usa-se o termo gestão de doenças, ou *disease management*, para designar o trabalho de coordenação de equipes multiprofissionais de cuidados que lidam com pacientes portadores de doenças crônicas. Mas trata-se de termo de abrangência mais limitada, voltado especificamente para o manejo integrado de pacientes crônicos. O conceito de gestão clínica é inspirado em Eugênio V. Mendes e utilizado por Hartz e Contrandopoulos para designar a aplicação de “tecnologias de microgestão” necessárias para melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. Envolve aspectos como protocolos clínicos; educação permanente em serviço; regulação das filas de espera para consultas, exames diagnósticos e internação; e supervisão ou apoio técnico para as equipes de ponta. “

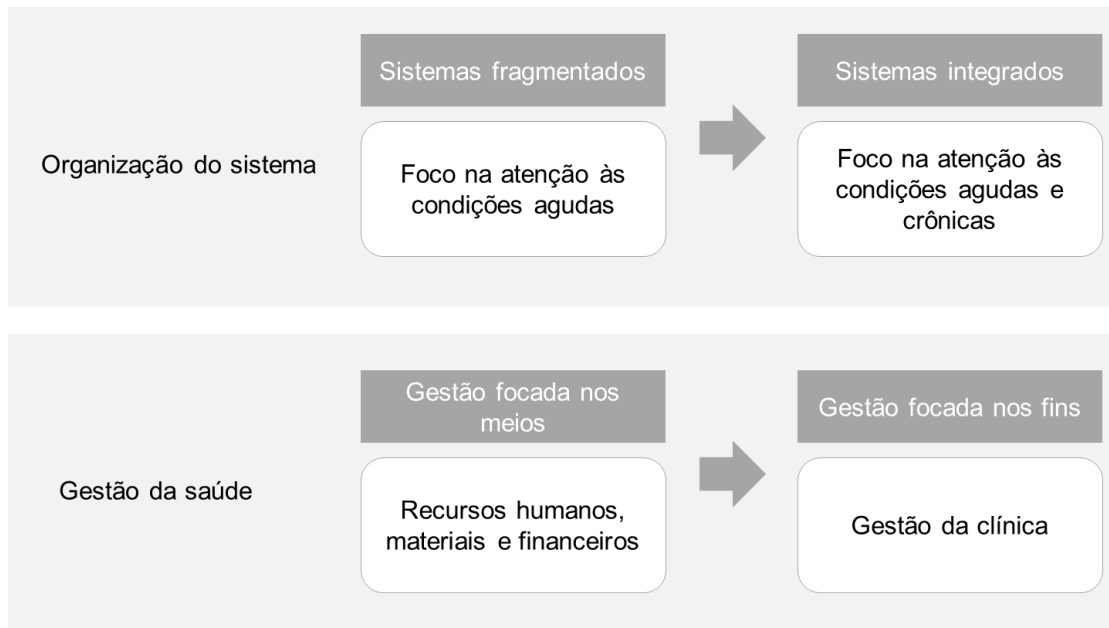


Figura 11: Principais transformações previstas nas agendas de reformas de sistemas de saúde.

Fonte: Adaptado de (MENDES, 2011; NETO; MALIK, 2012)

Estes dois conceitos (integralização do cuidado e gestão da saúde focada nos fins) são viabilizados a partir da ampliação do conceito de saúde (2.2) e pelo conceito de Rede de Atenção de Saúde (RAS) (2.3). Desta forma, estes dois conceitos são apresentados nos tópicos que seguem.

2.2 Ampliando o conceito de saúde: o papel da promoção e prevenção de saúde

Em uma abordagem mais filosófica, ERDMANN et al. (2004) entendem que o conceito cuidado é relacionado à promoção da vida e, por esta razão, está inserido no campo da saúde. Para entender o conceito de saúde, se faz necessário entender o binômio “saúde-doença”, uma abstração convencional para gradação de “sucesso” neste setor:

“Falar de sistema de saúde é falar da multidimensionalidade quer do próprio setor, que de sua inter-relação com os demais setores da sociedade, que têm impacto direto ou indireto no processo saúde-enfermidade.” (ERDMANN et al., 2004, p.469)

Assim, o sistema de saúde pode ser compreendido como um sistema complexo, pois “*produz e reproduz seus próprios elementos e prossegue produzindo sua própria constituição*” (ERDMANN *et al.*, 2004, p.468).

“Enquanto o indivíduo experiencia sua saúde em conexão com seu mundo como pessoa, a medicina trabalha com partes: uma molécula, um órgão, um fator de estilo de vida.”
(FUGELLI, 2001, *apud* JOHANSSON; WEINEHALL; EMMELIN, 2009)

Os serviços de saúde foram concebidos para que sua prestação fosse procedida por organizações complexas. Apesar deste sistema ser constituído por organizações e serviços de saúde, ERDMANN *et al.* (2004) afirmam que estes são pouco impactantes na “*interação, produção e reprodução*” das multidimensões envolvidas (ambiente, estilo de vida, biologia humana, organização dos serviços de saúde, etc.). Segundos os autores, atualmente o sistema e suas organizações têm foco em aspectos curativos individuais, não sendo capazes de operar a complexidade inerente. “*Geralmente os serviços de saúde são influenciados pela visão de saúde orientada à doença*” (JOHANSSON, WEINEHALL e EMMELIN, 2009). Nesse sentido, um dos primeiros passos para compreender o conceito de saúde, é compreender a diferença entre saúde (*health*) e atenção à saúde (*health care*):

“Atenção à saúde é apenas um determinante da saúde, e outros fatores possuem importantes efeitos nos outcomes de saúde” (MANT, 2001, p.475)

O referido autor exemplifica outros determinantes como: nutrição, meio ambiente, estilo de vida, pobreza e estrutura social da sociedade. Adotar a taxa de mortalidade como meta, por exemplo, pode propiciar que políticas de “*outros setores*” (que não diretamente relacionadas ao sistema de atenção à saúde) sejam propostas e, ainda, tenham impacto na saúde. Quanto mais ampla é a perspectiva adotada, mais relevantes se tornam as medidas de *outcome*, uma vez que refletem a interrelação de uma gama de fatores diversos relacionados ou não à atenção à saúde. Conforme há estreitamento da perspectiva (ex: hospitais, departamentos, médicos), as métricas de processo tornam-se mais úteis. MANT (2001) busca apresentar a pertinência de utilização de indicadores de processos e de *outcome*.

Muitas vezes, a atenção à saúde é considerada como produto de mercado, o qual é produzido por organizações não comprometidas e estruturadas para a promoção da vida (ERDMANN *et al.*, 2004). De modo a reverter este quadro, se faz necessário que:

“As organizações de saúde voltem-se às necessidades das comunidades e aos conceitos de qualidade de vida e promoção de saúde da coletividade. [...] A promoção de saúde e o atendimento às necessidades de cuidado à saúde da população extrapolam o contexto da saúde.” (ERDMANN *et al.*, 2004, p.470)

Além disso, ERDMANN *et al.* (2004) apontam para a necessidade de superação do aspecto político (*“palco da aparência da ação e do discurso”*), mas que os diversos interesses e necessidades presentes neste âmbito devem ser tomados, eventualmente, como uma das diversas dimensões inerentes ao setor da saúde. *“O papel dos serviços de saúde deve ser reorientado à promoção da saúde para que haja contribuição efetiva à saúde populacional”* (JOHANSSON, WEINEHALL e EMMELIN, 2009).

JOHANSSON, WEINEHALL e EMMELIN (2009) conduziram um estudo qualitativo com 7 grupos de discussão (compostos por diferentes profissionais de saúde, de diferentes áreas) com o objetivo de compreender o que estes entendiam por saúde e promoção a saúde.

De acordo com os autores, a forma pela qual o conceito de saúde é interpretado pelos profissionais impacta diretamente em sua atuação e nas metas assumidas para os serviços de atenção à saúde. No caso da promoção da saúde, geralmente sua interpretação habita em um sentido amplo, aspecto que corrobora para confusão de sua real definição e para a possibilidade de torna-la pouco significativa. As divergências conceituais neste âmbito, portanto, representam um desafio para o setor (relativamente próximo da falta de acordo sobre a relação entre promoção da saúde e prevenção de doenças), pois dificulta a criação e aplicação de modelos.

No que concerne a definição de saúde, JOHANSSON, WEINEHALL e EMMELIN (2009) tomam como base duas perspectivas (adotadas extensivamente, segundo os autores, pela literatura em saúde): (bio)médica e holística. A perspectiva (bio)médica assume que uma pessoa saudável é aquela que não apresenta quadro patológico. A holística, por sua vez, traz uma visão social, pela qual saúde

representa outros critérios além da ausência de doença, como por exemplo: bem-estar, felicidade, desenvolvimento humano, habilidade de atingir metas vitais/funcionar como um todo. Os autores trazem também a definição abarcada pela Organização Mundial da Saúde (WHO):

“[Saúde é definida como] um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo de viver. Trata-se de um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, assim como capacidade física” (WHO, 1986)

O enquadramento conceitual de “saúde” resultante do estudo de JOHANSSON, WEINEHALL e EMMELIN (2009) ocorreu em três categorias/características, que refletem os determinantes para manter e criar saúde, a saber:

- Conceito multifacetado: o conceito de saúde varia conforme indivíduo, cultura, localidade, situação/contexto, etapa da vida. Ou seja, *“somente o indivíduo sabe o que saúde significa para ele”* e *“saúde significa diferentes coisas dependendo da fase da vida em que se está”*. Presume-se, portanto, que esta característica seja uma restrição para mensuração e comparação de *outcome*.
- Avaliação subjetiva: saúde é considerada como experiência ou sentimento subjetivo. Logo, a visão de que se trata de um estado objetivamente verificável torna-se menos relevante. *“Saúde e doença são percebidas como dimensões diferentes e não como antônimos”*.
- Saúde é relacionada à vida: saúde deve ser entendida como *outcome* de uma multiplicidade de determinantes.

O segundo objeto de investigação de JOHANSSON; WEINEHALL; EMMELIN (2009), a promoção da saúde, trouxe conclusões de que o conceito ainda é amplo, que inclui *“todas as ações, atividades e estratégias que direta ou indiretamente promovam saúde (no sentido de bem-estar) de um indivíduo no curto e longo prazo”*. Está relacionada à visão holística de saúde, a qual prevê uma abordagem com pacientes e parentes orientada a humanidade, participação, comprometimento, confiança, preocupação, incentivo, apoio e empoderamento. Como resultado, os autores extraíram 3 abordagens (sintetizadas na Figura 12) de como os profissionais

da área percebem as estratégias e as formas de lidar com o papel da promoção da saúde na prática.

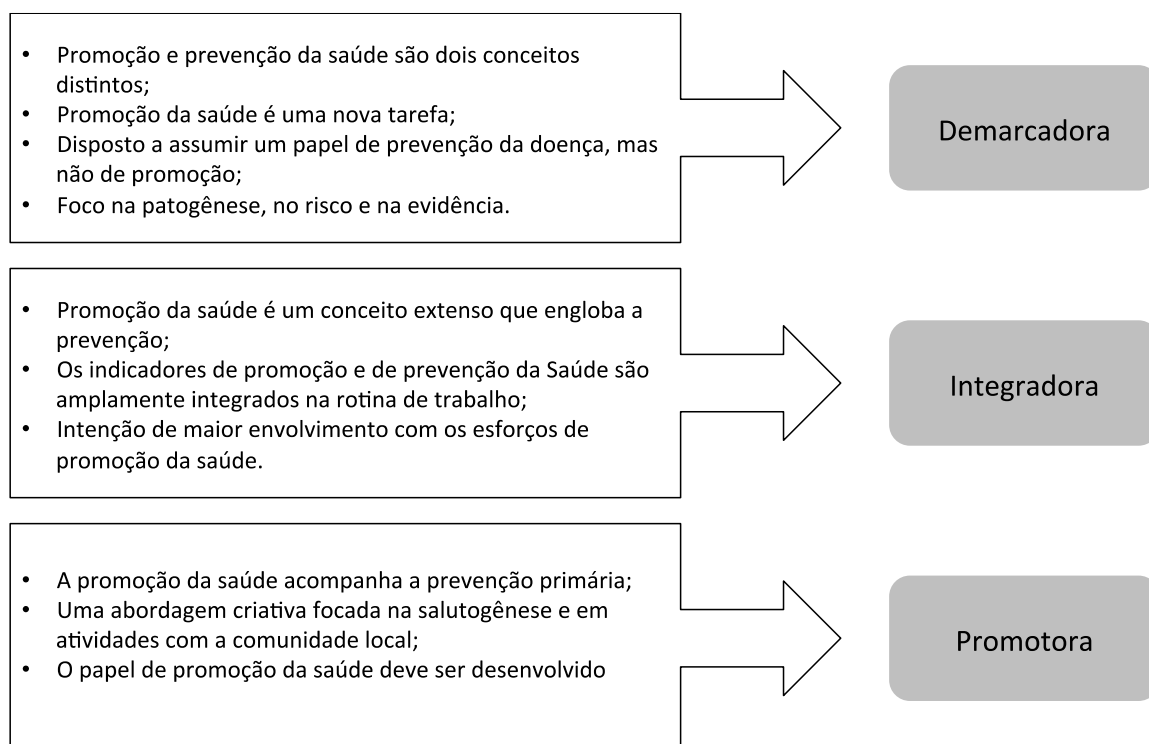


Figura 12: Abordagens práticas de promoção da saúde
Fonte: Adaptado de JOHANSSON, WEINEHALL e EMMELIN (2009)

A abordagem “demarcadora” pressupõe que os conceitos de promoção e prevenção são distintos e separados, uma vez que os determinantes para saúde residem fora do conhecimento do setor da saúde e são difíceis de serem influenciados. A promoção da saúde implica na responsabilidade de solucionar as causas subjacentes de um problema. Questiona-se, assim, a significância do papel dos serviços de saúde como promotores da saúde pública. Os profissionais que seguem esta abordagem não se consideraram treinados para buscar o bem-estar ou a felicidade das pessoas (não consideram um dever), pois são treinados para tratar ou prevenir doenças. Dessa forma, uma vez que há escassez de recursos, medidas preventivas tendem a basear-se em evidências e protocolos, nos indivíduos, e em sintomas/sinais de problemas físicos de saúde (fatores de risco fisiológicos, ex: pressão, peso). Como exemplo, estas medidas podem considerar mudanças de hábitos, e o indivíduo, por conseguinte, torna-se responsável por sua própria saúde e/ou prevenção de doença.

A abordagem “integradora”, por outro lado, considera promoção da saúde como um conceito extensivo, no qual a prevenção de doenças está contida. Por

consequente, a promoção deve ocorrer em paralelo à atuação médica, e o público alvo consiste em pessoas saudáveis e com doenças. Surge a ideia de que uma pessoa doente pode/deve ser saudável:

“Ser capaz de dominar a própria situação é importante para as pessoas com uma condição crônica, para que possam viver uma vida da melhor forma possível [saudável]. Destacam-se as medidas destinadas a reforçar a capacidade do paciente para gerenciar sua condição e apoiar a sua confiança em seus próprios recursos. ” (JOHANSSON; WEINEHALL; EMMELIN, 2009)

Finalmente, a abordagem “promotora” considera a promoção e a prevenção primária como “companheiros”: a promoção emerge de uma forma proativa de pensar, onde os esforços devem ser injetados antes dos “problemas” aparecerem. “O objetivo é criar condições sociais para saúde e habilitar o indivíduo a tomar o controle sobre sua saúde, bem como mantê-la e melhorá-la” (JOHANSSON; WEINEHALL; EMMELIN, 2009). Portanto, a promoção está, nesta abordagem, contida no escopo dos serviços de saúde.

A necessidade de adequar os serviços de saúde ao conceito de que saúde não se limita aos mesmo é reconhecida. As propostas de promoção e prevenção à saúde são defendidas por autores como forma de atender a esta necessidade (BENATTI, 2008; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; PEDROSO; MALIK, 2007; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). No entanto, é válido considerar também críticas a estas visões predominantes, tal como a colocação de SAVASSI (2012):

“O dilema da conformação dos serviços de saúde para o enfrentamento das condições agudas e a necessidade de resposta concomitante às causas externas e prioritariamente às condições crônicas persiste. A resposta da “medicina preventiva” baseia-se em evidências nem sempre científicas, sob variabilidade de condutas e gastos desproporcionados, bem como iatrogenia para o paciente, e a “promoção da saúde” ainda é ínfima, baseada no carro-chefe das academias de saúde pública. ” (SAVASSI, 2012, p.71)

2.3 Rede de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010a) define a rede de atenção à saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Esta integralidade do cuidado se refere à premissa de que os serviços de saúde que compõe a rede devem oferecer atenção integral aos usuários, seja no aspecto do processo saúde-doença como do biopsicossocial (STARFIELD, 2002). A prestação e coordenação destes serviços envolve vínculos de solidariedade e cooperação entre governo, sendo cada esfera de governo corresponsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). A título ilustrativo, a Figura 13 representa as redes temáticas de atenção à saúde prioritárias do Ministério da Saúde.

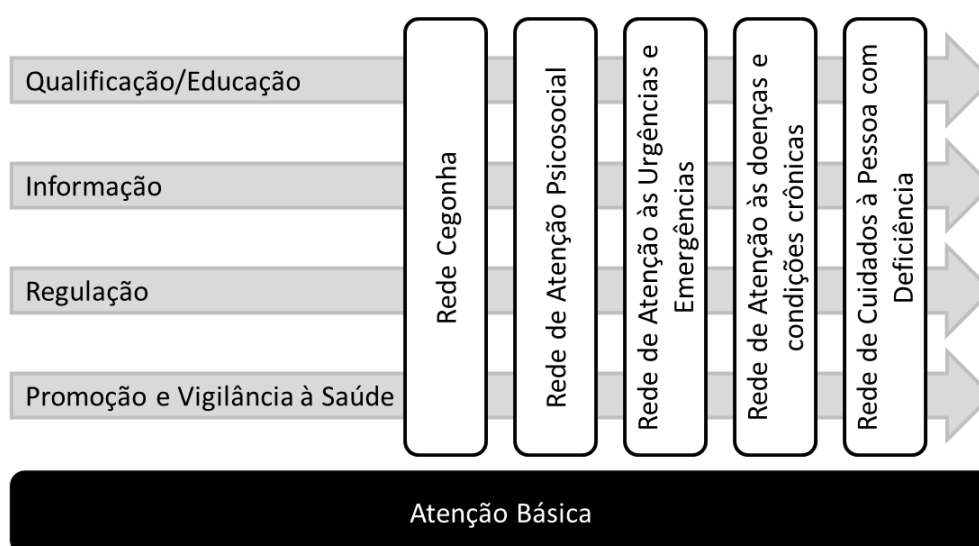


Figura 13: Redes temáticas de atenção à saúde prioritárias do Ministério da Saúde¹²

Conforme mencionado em 1.2 a atenção primária à saúde, dentro do contexto da rede, desempenha o papel de coordenar o cuidado e de orientar/organizar o acesso dos usuários para os demais pontos de atenção (MENDES, 2010; NETO; MALIK, 2012). SILVA (2011) considera que este papel se torna mais relevante no âmbito do trinômio espaço territorial/população/ serviços de saúde. Nesse sentido, o autor acredita que há debilidades na operacionalização destes serviços.

¹² Elaborado a partir de <http://goo.gl/jH95XF>

A consulta médica de curta duração gera problemas relacionados ao processamento das orientações proferidas pelos médicos, as quais podem não ser compreendidas ou compreendidas erroneamente ou o paciente pode não entender as prescrições medicamentosas, impedindo-o de seguir o prescrito fora do ambiente médico. Este cenário é particularmente acentuado quando se trata das condições crônicas de saúde, na qual a orientação e a educação são veículos fundamentais no cuidado. (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2006; GHOROB; BODENHEIMER, 2012; MARGOLIUS; BODENHEIMER, 2010; MENDES, 2012; SCHILLINGER et al., 2006)

No ambiente de atenção primária à saúde, costuma acontecer a “tirania do urgente” (denominada desta forma por Eugenio Vilaça Mendes). Neste contexto, as demandas relacionadas a eventos e condições agudas (mesmo aquelas programadas) acabam por concorrer e serem priorizadas frente às demandas de atenção às condições crônicas. Vigora o pensamento de que esta última é menos crítica ou prioritária e, por esta razão, é plausível de ser adiada no que se refere à programação. Como foi exposto até o momento, o não acompanhamento/estabilização de uma condição crônica pode acarretar em complicações potencialmente evitáveis da atenção à saúde, o que pode gerar mais demanda por consultas médicas para sanar eventos agudos e, por conseguinte, estimula a redução dos tempos de atendimento e suas consequências mencionadas no parágrafo anterior (MENDES, 2012; ØSTBYE et al., 2005; YARNALL et al., 2003). Isto posto, corrobora para os “axiomas” de Eugênio Vilaça Mendes de que *“mais consulta médica não significa mais resultados em saúde”* e que *“consulta gera consulta porque não leva à estabilização das condições crônicas”* (MENDES, 2012).

Estes são os principais sintomas de um sistema de saúde orientado às condições agudas. Este modelo de dinâmica medicocentrada não é viável de ser reproduzido para atender às condições crônicas, principalmente no que se refere ao caráter prescritivo das consultas e na sua curta duração (FRANCO; MERHY, 1998; MENDES, 2012; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Nesse sentido, algumas consequências são apontadas por MENDES (2012): as pessoas usuárias não conseguem consultar-se em tempo oportuno, as referências aos especialistas frequentemente são realizadas sem um relatório clínico adequado, há aumento dos casos de reinternação, as condições crônicas não são estabilizadas, há baixa adesão a protocolos e diretrizes clínicas na produção do cuidado/atendimento. Ilustrando esta consideração, TESSER; NETO; CAMPOS (2010) relatam que, no início da implementação do PSF, as equipes foram instruídas a seguir os protocolos preestabelecidos, cujo foco era os programas de saúde. Na prática, observou-se

lacunas relativamente à demanda espontânea e a imprevistos no cuidado, visto a indisponibilidade de diretrizes e recomendações a respeito. Diante deste cenário, surgiu a proposta de acolhimento, abarcada pela Política Nacional de Humanização. No entanto, os autores constataam que esta forma de tentar conciliar as diferentes demandas possui potencial de ativar o processo de medicalização social.

“Prioridades não deveriam definir agendas exclusivas ou excludentes, nem desresponsabilização e despreparo e/ou má vontade para enfrentar outros tipos de problemas e questões. A demanda espontânea precisa não somente ser gerenciada, mas analisada, por ser reveladora de necessidades não percebidas ou valorizadas pelos serviços. Ao invés de rejeitada, por não prioritária”. (FEUERWERKER, 2011)

Conclui-se, então, que há desajuste entre a estrutura de demanda e a estrutura de oferta na atenção primária à saúde. MENDES (2012) chama este fenômeno de “crise na APS no plano micro”. Se por um lado a fragmentação do cuidado é considerada causa da crise dos sistemas de saúde, a integralização da prestação é vista como solução. O mesmo se aplica para a atenção primária à saúde, que deve ser o eixo orientador e organizador dos sistemas e redes de saúde, garantindo a continuidade do cuidado. (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; MENDES, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; NETO; MALIK, 2012; ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; SERRA; RODRIGUES, 2010; SILVA, 2011; STARFIELD, 2002)

O conceito de integralidade na prestação de serviço se remete ao atendimento das necessidades de uma população adscrita a um determinado território. Tais serviços devem cobrir o escopo de: promoção e prevenção de saúde, cura, cuidado, reabilitação e palição. Além disso, entende-se a equipe de saúde responsável por estes serviços deve ser responsabilizada pela navegação do paciente na rede e pela detecção de questões biológicas, psicológicas e sociais relacionadas à saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2012; STARFIELD, 2002)

A verificação contínua das necessidades da população adscrita bem como a resolução de seus problemas só é possível por conta do princípio da territorialização (trabalho no território) abarcado pela atenção primária à saúde e pelo Programa Saúde da Família. Para VARGAS; VICCARI; BELLINI (2010, p.33), “a noção de

território para a política deve avançar além do georreferenciamento para ser compreendido como espaço histórico e político que pressupõe articulação entre a dinâmica demográfica e a dinâmica sócio-territorial e espaço da intersectorialidade de ações e políticas públicas”. Assim, torna-se possível realizar o que MENDES (2012) chama de “a mudança da gestão da oferta para a gestão de base populacional”.

Em um estudo relacionado à organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, SILVA, (2011) elenca as principais condições para que a atenção primária a saúde atue em prol do funcionamento das redes de atenção à saúde, quais sejam:

- Disponibilidade de médicos generalistas com boa formação para cuidar da saúde da comunidade, com utilização das melhores evidências científicas na terapêutica dos problemas mais prevalentes
- Ações de saúde abrangentes e articuladas, que contemplem vigilância, prevenção de enfermidades e promoção de saúde
- Gerenciamento do cuidado visando garantir sua continuidade, através da regulação do acesso e integração com os demais níveis de atenção
- Escopo assistencial amplo, se necessário incluindo outras especialidades médicas para que atuem de forma articulada com os médicos generalistas nas situações de maior prevalência, tais como cardiologia, ortopedia, entre outras
- Integração matricial com os especialistas

Ainda no que diz respeito à integralização das redes de atenção à saúde, SERRA e RODRIGUES (2010) destacam o papel do sistema de referência e contrarreferência, o qual é entendido pelos autores como “mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços”. Os serviços inerentes à atenção primária à saúde, por si só, não são capazes de atender a totalidade de demanda por cuidados da população. Serviços do nível secundário como internações, cirurgias consultas e exames especializados, entre outros, são indispensáveis para a resolutividade. Estes sistemas e fluxos são essenciais à resolutividade do Programa Saúde da Família (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008; JULIANI; CIAMPONE, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; SERRA; RODRIGUES, 2010).

Alinhados com a visão de que os serviços devem ser orientados pelos impactos gerados (GARCES; SILVEIRA, 2002; HEINRICH, 2002; RAMOS; SCHABBACH, 2012; ROUSE, 2008; SANDERSON, 1996; SILVA; LIPPI; CAULLIRAUX, 2014; SILVA, 2013), os autores na área de saúde entendem que a oferta e a demanda da atenção primária devem estar ajustadas. No entanto, o início deste ajuste deve ocorrer por meio da compreensão da demanda. Desta forma, a Figura 14 apresenta uma composição genérica de como a demanda na atenção primária encontra-se organizada e que fatores influenciam na sua composição (como é o caso das barreiras ao acesso)

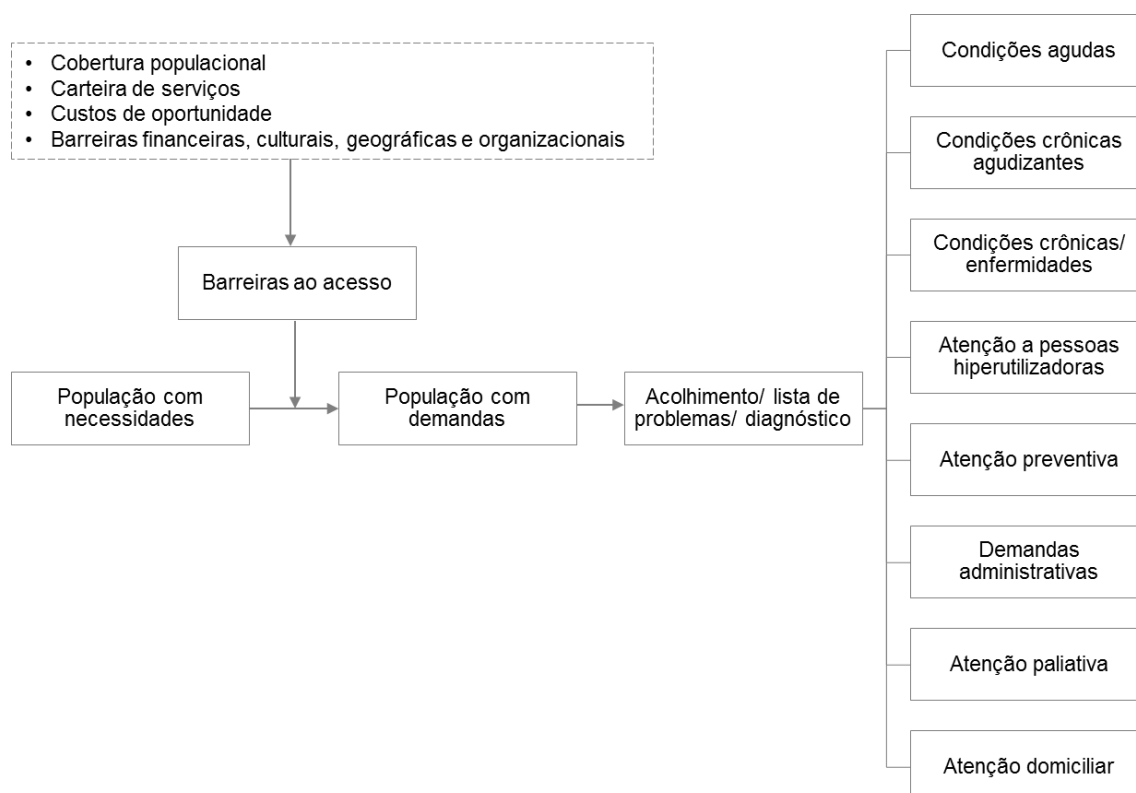


Figura 14: Composição da demanda na atenção primária à saúde
 Fonte: Adaptado de CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2015)

Somente a partir desta atividade é possível estruturar a oferta para, conseqüentemente, estabelecer o que se entende por uma construção social da atenção primária à saúde. Propostas de métodos para tal são apresentados no item 2.3.1, mediante a ótica da Estrutura da demanda por cuidados primários (2.3.1.1) e da Estrutura da oferta de cuidados primários (2.3.1.2). Ademais, se faz necessário verificar se tais serviços e tal estrutura estão gerando resultados a sua proposta originária. Neste intuito, o item 2.3.2 apresenta as formas reconhecidas pela

literatura para perceber o desempenho da atenção primária à saúde, a saber: Indicadores da atenção primária à saúde na literatura brasileira (2.3.2.1); Em estudo sobre qualidade de serviços públicos de saúde, RIGHI *et al.* (2010) indicam que as instituições de saúde possuem três singularidades: “não há uma clareza na conexão entre entradas e saídas; os pacientes geralmente têm dificuldades em avaliar aspectos técnicos; e existe, em grandes hospitais, duas linhas de autoridades distintas, o administrativo e o médico” (RIGHI *et al.*, 2010, p. 652).

Resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde (2.3.2.2); e o instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool, apresentado no item 2.3.2.3). Portanto, a Figura 15 apresenta a organização do presente tópico.

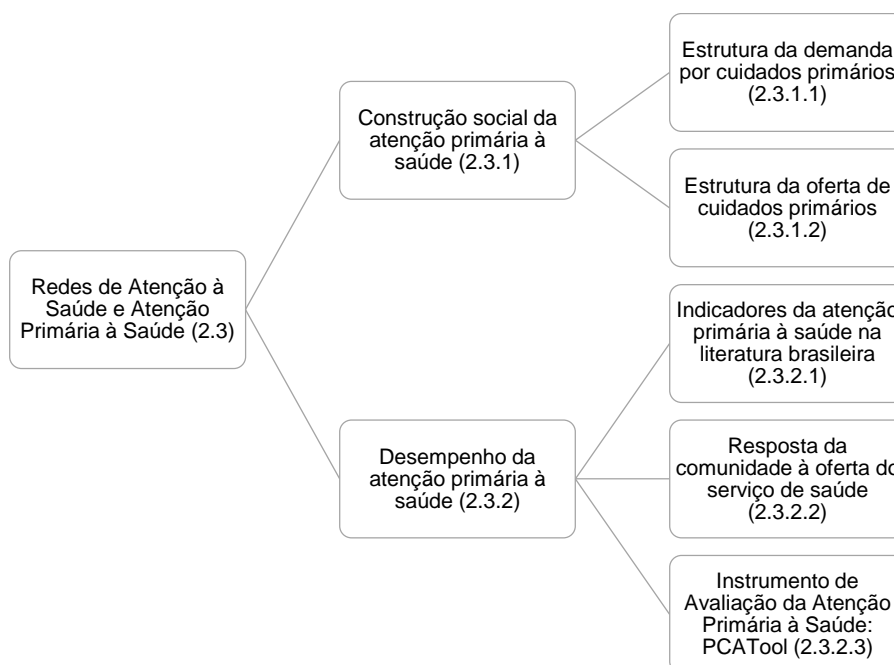


Figura 15: Organização do tópico 2.3 “Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde”

2.3.1 Construção social da atenção primária à saúde

O conceito de rede de atenção à saúde pressupõe que sua coordenação se dá pela atenção primária, desde que prestada “no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população” (MENDES, 2011, p. 38). MENDES (2011) define os elementos constitutivos de uma rede de atenção à saúde, a saber: população, estrutura operacional, e modelo de atenção à saúde. Uma vez que, nesta dissertação, pretende-se entender o modo de operar do PSF, o foco será o papel

deste na estrutura operacional da rede. No que se refere a estrutura operacional, os autores consideram cinco componentes como necessários à materialização:

- Pontos de atenção à saúde
- **Centro de comunicação localizado na atenção primária à saúde**
- Sistemas de apoio
- Sistemas logísticos
- Sistema de governança da rede

Desta forma, em consonância a proposta desta pesquisa, atenção especial é direcionada ao componente “centro de comunicação da rede”, o qual é definido por Mendes (2011, p.42) como “nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos dos sistemas de serviços de saúde”. Entende-se que, para atingir o desempenho inerente a este componente, seja necessário cumprir os seguintes papéis:

- Resolutivo: resolver a grande maioria dos problemas da população
- Organizador: coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde
- Responsabilização: corresponsabilizar-se pela saúde do cidadão em qualquer ponto de atenção à saúde em que ele esteja

Não obstante, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2015, p.55) aponta para a necessidade de transformação na organização das unidades de atenção primária:

“A qualificação e a resolutividade da APS não é um processo simples, é necessária uma profunda transformação na organização das unidades de atenção primária e do processo de trabalho das equipes de APS do País, sem a qual não teremos efetivamente as RAS implantadas”. (CONASS, 2015, p.55)

CONASS (2015) elenca uma série de transformações necessárias no que diz respeito a estrutura e processos (derivados do modelo de Donabedian, 2003), os quais acarretariam em um forte adensamento tecnológico da atenção primária e

que, por sua vez, provocaria mudanças de características das clínicas. Estes movimentos são indicados na Figura 16.

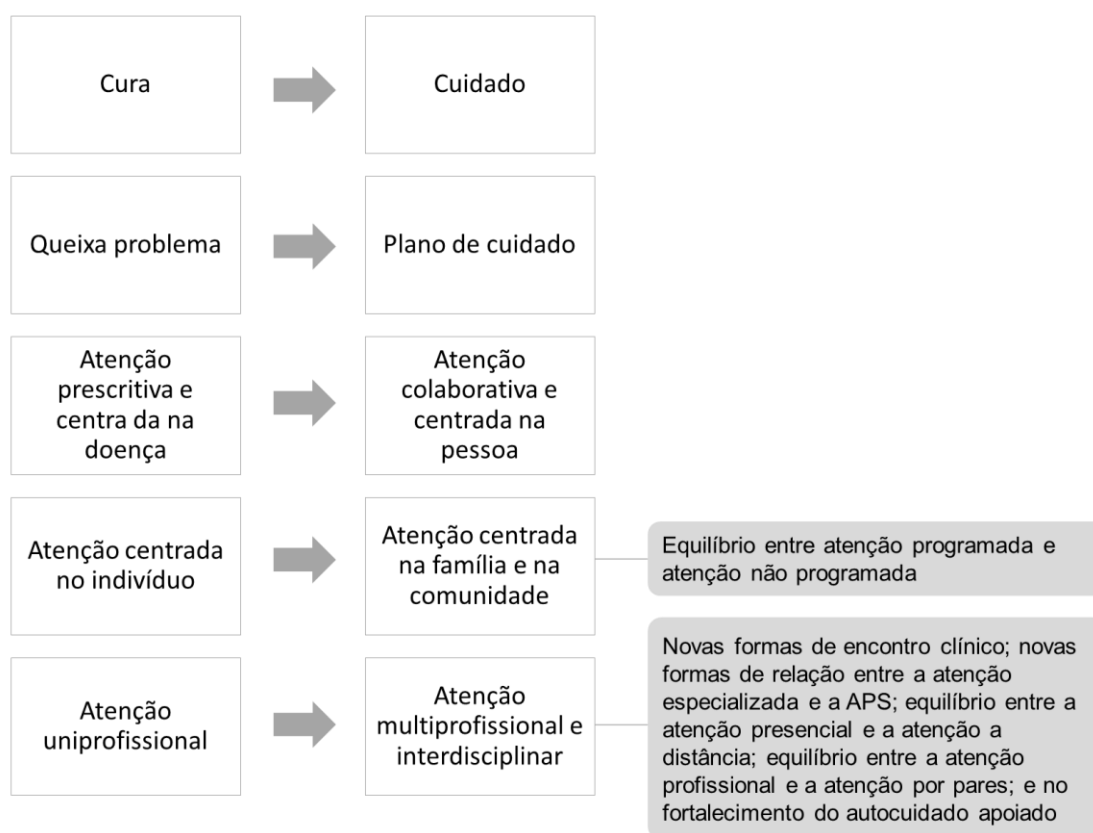


Figura 16: Movimentos de transformação da atenção primária
 Fonte: Adaptado de MENDES (2012)

Tais transformações estão relacionadas à construção social da atenção primária, a qual implica em uma coerência/harmonia entre sua estrutura da demanda e da oferta. A partir da estrutura da demanda, se faz necessário projetar respostas sociais que, a cada demanda específica, se configura sob a forma de uma oferta singular. Nesse sentido, MENDES (2014) propõe uma estrutura de equilíbrio entre oferta e demanda na atenção primária, indicada na Figura 17.

ESTRUTURA DA DEMANDA	ESTRUTURA DA OFERTA
<ul style="list-style-type: none"> • Por eventos agudos • Por condições crônicas não agudizadas • Por condições gerais e inespecíficas • Por enfermidades • De pessoas hiperutilizadoras • Demandas administrativas • Por atenção preventiva • Por atenção domiciliar • Por autocuidado apoiado 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Consultas médicas • Consultas de enfermagem • Classificação de riscos de eventos agudos • Estratificação de riscos de condições crônicas • Grupos operativos • Grupos terapêuticos • Educação popular • Vacinação • Rastreamento de doenças • Atenção domiciliar • Dispensação de medicamentos • Solicitação, coleta ou realização de exames • Fornecimento de atestados médicos • Atendimentos compartilhados a grupos • Atendimentos contínuos • Atendimentos a distância • Atendimentos por pares • Apoio ao autocuidado • Gestão de casos • Matriciamento de especialistas e generalistas • Acesso a segunda opinião • Acesso a serviços comunitários

Figura 17: Equilíbrio da estrutura da demanda e da estrutura da oferta na atenção primária

Fonte: MENDES (2014)

Nesse contexto, CONASS (2015, p.36) afirma que a crise atual no SUS decorre do desequilíbrio destas estruturas:

“O que se observa na prática da APS no SUS é uma estrutura de oferta que não é capaz de responder socialmente às complexas demandas de cuidados primários. Ou seja, a estrutura de oferta que se tem não dá conta de responder a todas as demandas da APS. Manifesta-se, em consequência, um descompasso entre uma estrutura de demanda ampla e uma estrutura de oferta restrita, gerando uma crise na APS”. (CONASS, 2015, p.36)

Desta forma, os tópicos seguintes se encarregam de descrever estas duas estruturas (oferta e demanda) que compõem o modelo teórico-conceitual da construção social da clínica saúde da família enquanto elemento constituinte da atenção primária à saúde, a partir da organização indicada na Figura 18.

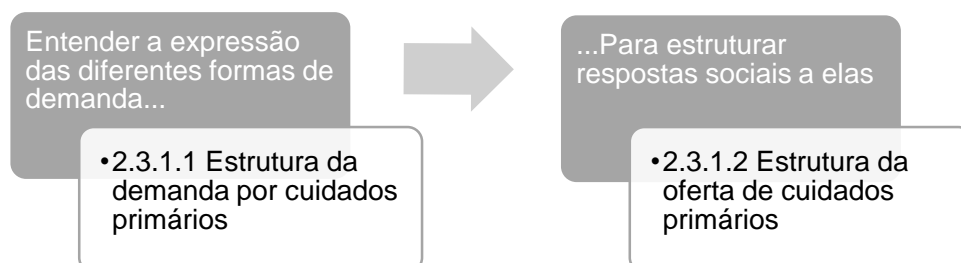


Figura 18. Estrutura do modelo teórico-conceitual da construção social da atenção primária à saúde

Fonte: Adaptado de CONASS (2015)

2.3.1.1 Estrutura da demanda por cuidados primários

GREEN et al. (2001) apontam que cerca de 21,7% de uma determinada população demandará mensalmente os serviços de unidade de cuidados primários¹³, conforme indicado na Figura 19.

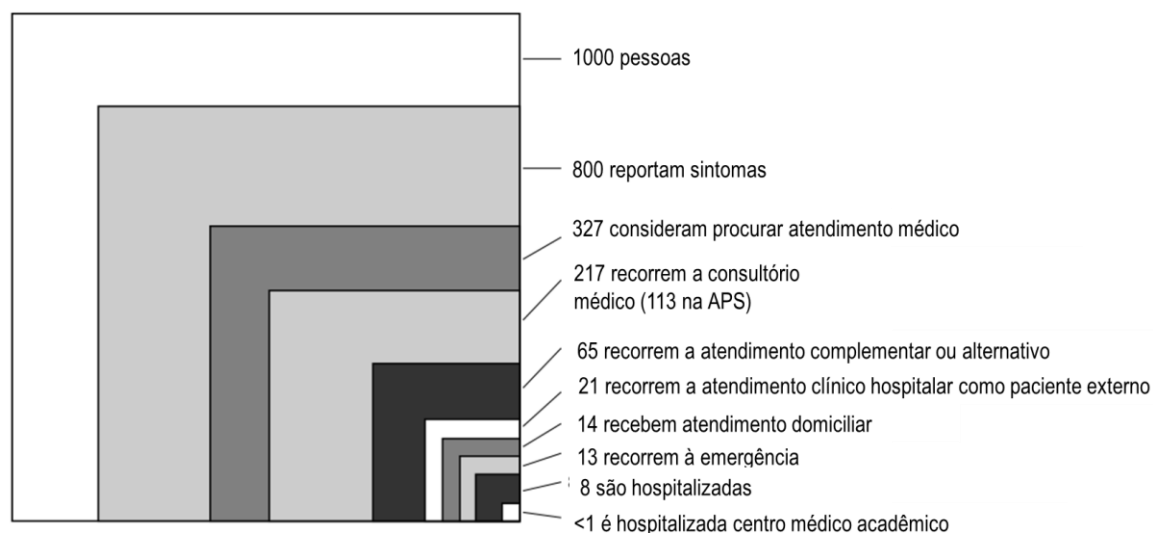


Figura 19: Prevalência de enfermidades e as fontes de atendimento à saúde em uma comunidade

Fonte: Adaptado de GREEN et al. (2001, p.2022)¹⁴

¹³ Sendo que 11,3% tendem a de fato buscar atendimento de especialidades afins à APS como clínico geral ou médico da família

¹⁴ Nota do autor: "Cada caixa representa um subgrupo da caixa maior, a qual compreende 1000 pessoas, de todas as idades."

Portanto, entende-se que se trata de uma demanda quantitativamente muito alta, que pode ser programada ou não. Para LANDSBERG et al. (2012), a procura por estes serviços pode ocorrer pelos seguintes motivos:

- Solicitação burocrática
- Anseio
- Desconforto psicológico
- Medo de uma doença
- Informação técnica
- Necessidade de discutir situações ligadas a questões não biomédicas
- Sinais e sintomas de doenças estabelecidas

De maneira complementar, SANTOS; RIBEIRO (2015) realizam estudo com objetivo de conhecer os principais motivos de consulta da população atendida em uma equipe de saúde do município de Fortaleza. Após identificar estes motivos, os autores os escalonam em relação a sua ordem de frequência, comparando os resultados com estudos anteriores, procedidos em outras localidades no mundo. Como resultado, a Tabela 4 apresenta uma síntese dos principais sete motivos que levam a população a procurar consultas e atendimento em unidades de atenção primária à saúde.

Tabela 4: Motivos de consulta mais frequentes na atenção primária à saúde

Ordem de frequência	Fortaleza (SANTOS; RIBEIRO, 2015)	Florianópolis (GUSSO, 2009)	Betim (LANDSBERG et al., 2012)	China (WUN et al., 2000)	Holanda (LAMBERTS; MEADS; WOOD, 1984)	África do Sul (MASH et al., 2012)
1	Gravidez	Medicina Preventiva/ manutenção da saúde	Resultado de análises/procedimentos	Tosse	Exames especial-circulatório	Tosse
2	Cefaleia	Tosse	Medicação/Prescrição/renovação/ injeção-geral	Vertigens/tonturas	Tosse	Cefaleia
3	Medicina Preventiva/ manutenção da saúde	Medicação/Prescrição/ renovação/ injeção-circulatório	Cefaleia	Febre	Hipertensão sem complicações	Febre
4	Hipertensão sem complicações	Febre	Febre	Sinais e sintomas da garganta	Contracepção	Sinais e sintomas nasais
5	Erupção cutânea localizada	Gravidez	Tosse	Cefaleia	Sensação de Ansiedade/nervosismo	Sinais e sintomas da garganta
6	Diabetes não insulínica	Cefaleia	Dor generalizada, múltipla	Palpitações	Medicação/Prescrição/ renovação/ injeção-circulatório	Sinais e sintomas da região lombar e dorsal
7	Tosse	Hipertensão sem complicações	Medicação/Prescrição/renovação/ injeção-circulatório	Sensação de pressão/aperto no peito atribuída ao coração	Medicação/Prescrição/ renovação/ injeção-psicológico	Dor generalizada

Fonte: (SANTOS; RIBEIRO, 2015, p.8)

Estes motivos são necessidades que levam à população a buscar os serviços das unidades de atenção primária. Parte desta população não consegue superar as barreiras de acesso ao consumo dos serviços como, por exemplo, baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidade altos, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais. Uma vez superadas as barreiras de acesso, estas necessidades se transformam em demandas efetivas, nas quais o paciente busca atendimento nas unidades. Nesta ocasião, ocorre o acolhimento e a elaboração de listas de problemas e/ou diagnósticos, que irão estruturar os perfis de demanda.

Nesse sentido, CONASS (2015) e MENDES (2012) entendem que a estrutura da demanda por cuidados primários se expressa conforme indicado pela Figura 14. Os autores defendem que uma primeira forma de entender a demanda é padronizar as causas, agrupando-as por tipo de condição (se aguda ou crônica). Além disso, deve-se considerar a diferença entre doença e enfermidade¹⁵, visto que a demanda na atenção primária é predominantemente concentrada em enfermidades¹⁶, e a representatividade das pessoas hiperutilizadoras (aquelas que realizam mais de 6 consultas ao ano) e da demanda administrativa¹⁷. Por fim, os autores destacam o autocuidado apoiado, que objetiva “preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e os cuidados prestados”. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2012; SANTOS; RIBEIRO, 2015)

2.3.1.2 Estrutura da oferta de cuidados primários

A vertente da oferta do modelo preconiza a necessidade de estruturação da mesma em razão com o que se define como resposta social às demandas identificadas. A conexão dos perfis de oferta com os perfis de demandas na atenção primária é representada Figura 20. MENDES (2011) defende que o ajuste entre esta conexão é fundamental para a construção social da atenção básica.

¹⁵ “Doença é uma condição do organismo e de parte dele que promove distúrbios em suas funções. Enfermidade é uma condição de sentir-se mal ou de sofrer difusamente, referindo-se, portanto, às percepções subjetivas das pessoas diante de uma situação de sentir-se doente”. (CONASS, 2015, p.32)

¹⁶ GAWANDE (2002) estima que metade da demanda por cuidados primários apresenta enfermidades, e não doenças.

¹⁷ “A demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames”. (CONASS, 2015, p.33)

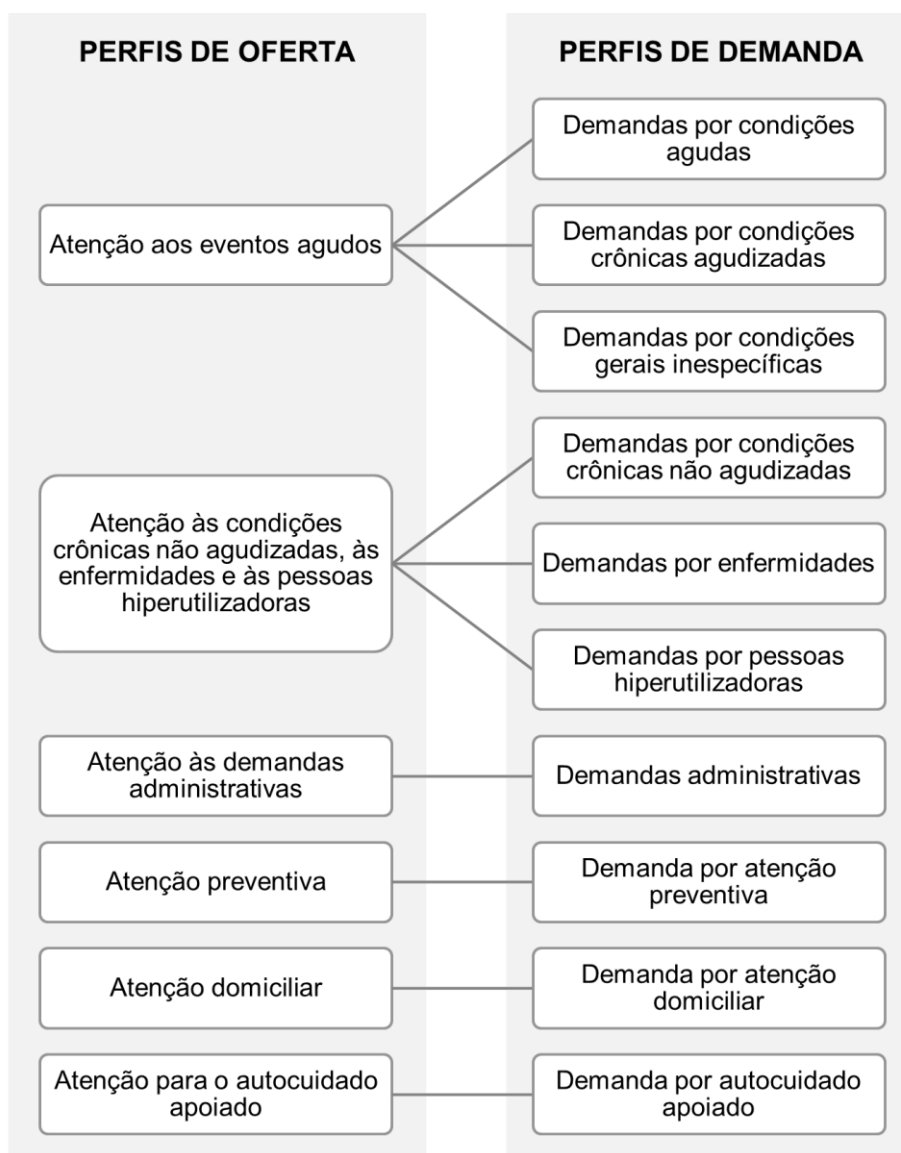


Figura 20. Perfis de demanda e oferta na atenção primária em razão das respostas sociais

Fonte: CONASS (2015), MENDES (2011)

O ajuste entre oferta e demanda se faz operacionalizar por meio de soluções estruturais e processuais nos perfis de oferta. Nesse sentido, CONASS (2015) recorre à base conceitual do modelo de DONABEDIAN (2003) para a proposição de uma solução, a qual é sintetizada pela Figura 21. O modelo de DONABIDEAN (2003) é centrado em três elementos: estrutura, processo e resultado, os quais emergem de reflexões a partir da prestação de cuidado médico ou de saúde amparados por premissas de garantia de qualidade¹⁸.

¹⁸ Isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico visando melhorar a qualidade.

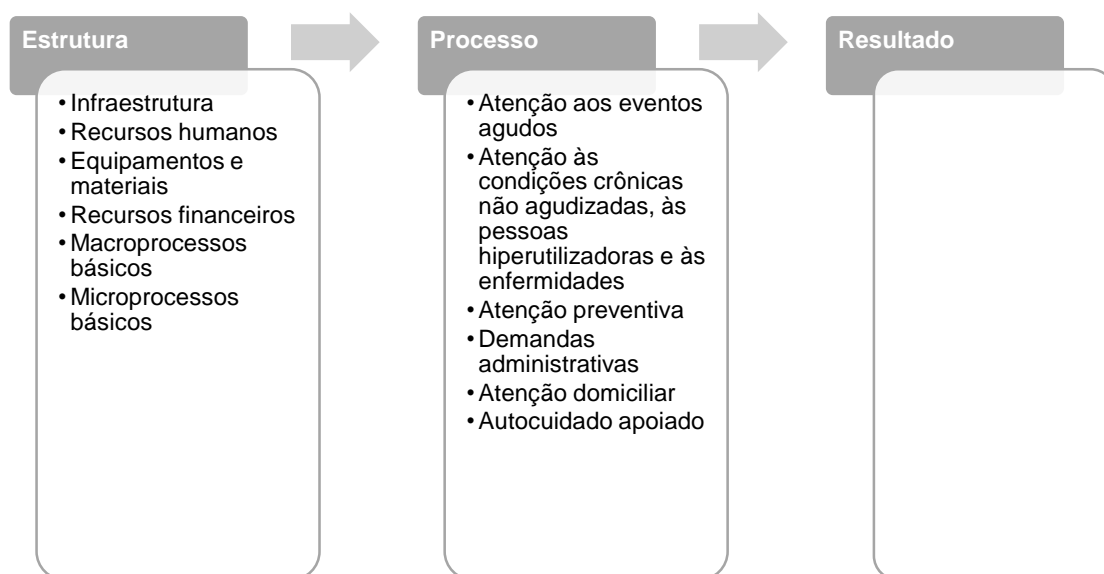


Figura 21: Adaptação do modelo de DONABEDIAN (2003) para atenção primária
 Fonte: Adaptado de CONASS (2015)

A estrutura se refere a componentes materiais e organizacionais, recursos humanos e financeiros, presentes nas unidades prestadoras de serviços. Tais componentes podem ser considerados quali ou quantitativamente

“O processo resulta da combinação dos recursos estruturais para desenvolver ações de atenção à saúde que envolvem a relação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde”. (CONASS, 2015, p.40)

Segundo DONABEDIAN (2003), os resultados podem ser sanitários e econômicos. Relativamente aos resultados sanitários, estes podem ser avaliados quali ou quantitativamente e também ser medidos, por exemplo, por meio de níveis de saúde e satisfação com os cuidados recebidos pelas pessoas usuárias. O elemento resultado não será contemplado nesta pesquisa, pelos motivos já expostos neste documento (complexidade de definição de métricas e método de mensuração; dificuldade inerente à avaliação de impactos; exclusão do contato com pacientes na condução da pesquisa; entre outros).

O foco do modelo teórico-conceitual, portanto, é direcionado aos elementos “estrutura” e “processo” visto que, enquanto oferta, são os responsáveis por produzir os resultados relacionados à resposta social das unidades de saúde da atenção

primária. Desta forma, o presente tópico se encarrega de descrever a oferta como estrutura e como processo.

No que diz respeito à oferta como estrutura, CONASS (2015) aponta os elementos que devem ser considerados quando do reprojeto ou de intervenções na estrutura. Tais elementos são descritos na Tabela 5.

Tabela 5: Elementos que compõem a estrutura enquanto oferta

Elemento da estrutura	Descrição
Infraestrutura	Consultórios para consultas individuais da equipe multiprofissional, espaço para atividades de grupo que suportam a novas tecnologias a serem incluídas, sala para primeiro atendimento aos eventos agudos e outros espaços fundamentais para a organização dos macroprocessos assistenciais.
Recursos humanos	A qualidade e a resolutividade no atendimento às condições crônicas deverão ser garantidas por uma equipe multiprofissional. Além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal, deve-se agregar novos profissionais como assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo. A atuação desses profissionais não será de mero apoio ou matriciamento, mas de efetiva inserção como membros da equipe multiprofissional.
Equipamentos e materiais	Equipamentos e os materiais necessários para o desenvolvimento da carteira de serviços da APS devem ser garantidos.
Recursos financeiros	Devem garantir a possibilidade de contratos de gestão com as equipes envolvendo uma parte de pagamento por desempenho.
Macroprocessos básicos	São aqueles que vão dar suporte ao atendimento das diversas demandas da população. São eles: a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização.
Microprocessos básicos	São aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias. São eles: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos.

Fonte: Adaptado de CONASS (2015)

De maneira complementar, CONASS (2015) descreve os macroprocessos que compõem a estrutura de oferta no quesito processo. Tais macroprocessos, bem como respectivos descrição e processos relacionados são mencionados na Tabela 6..

Tabela 6: Elementos que compõem o processo enquanto oferta

Macroprocesso	Descrição	Processos relacionados
Macroprocesso de atenção aos eventos agudos	Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam de forma aguda. Esses modelos de atenção estabelecem-se por níveis: promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e gestão das condições de saúde. Aqui é fundamental adotar-se uma classificação de risco para os eventos agudos com base em algoritmos decisórios construídos por sinais de alertas (MENDES, 2011).	Acolhimento, classificação de risco, capacitação das equipes de APS para o atendimento às urgências menores (verdes e azuis) e o primeiro atendimento às urgências maiores (amarelo, laranja e vermelho)
Macroprocessos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades	Novos formatos da clínica: a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares, o matriciamento entre generalistas e especialistas e a atenção a distância.	Elaboração e monitoramento dos planos de cuidado; gestão de riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde; gestão de caso; grupos operativos; educação popular em saúde; mapa de recursos comunitários
Macroprocessos da atenção preventiva	Os cuidados preventivos da atenção primária envolvem um amplo leque de tecnologias, como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais ¹⁹ , prevenção de fatores de risco individuais biopsicológicos, estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física e ao controle do tabaco, do álcool e de outras drogas e outros. A mudança comportamental para estilos de vida saudáveis é um grande desafio para a prevenção das condições de saúde e depende de esforços das pessoas e do apoio por parte dos profissionais de saúde. Para aumentar a efetividade dos processos de mudança, deve-se levar em consideração o contexto cultural, a motivação das pessoas para mudarem e o incremento da autonomia. Mudança de comportamento é uma decisão pessoal, mas que pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem preparada na atenção primária.	Tecnologias de prevenção de fatores de risco proximais, como controle do tabagismo, reeducação alimentar, atividades físicas, controle do álcool e outras drogas, manejo de sobrepeso ou obesidade; rastreamentos suportados por evidências científicas; controle de fatores de risco individuais modificáveis; e prevenção quaternária ²⁰ .
Macroprocessos das demandas administrativas	A demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames.	Pedidos de atestado, de entregas e análises de exames complementares e de renovações de receitas
Macroprocessos da atenção domiciliar	A atenção domiciliar é uma categoria ampla que se baseia na interação dos profissionais de saúde com a pessoa, sua família e com o cuidador, quando está presente, e se	Envolve ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. A atenção domiciliar pode ser prestada

¹⁹“Os fatores de risco proximais são ligados a comportamentos e estilos de vida. Por essa razão, as ações em relação a esses fatores de risco envolvem mudanças de comportamento das pessoas que os apresentam”. (CONASS, 2015, p.49)

²⁰A prevenção quaternária volta-se à proteção das pessoas usuárias em relação ao excesso de intervenções de rastreamento de doenças, à medicalização dos fatores de risco, à solicitação de exames em demasia, ao excesso de diagnósticos, às medicalizações desnecessárias de eventos vitais e adoecimento autolimitados, aos pedidos de exames e tratamentos solicitados pelas pessoas usuárias e à medicina defensiva (JAMOULLE e GUSSO, 2012).

Macroprocesso	Descrição	Processos relacionados
	constitui em um conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada, segundo a necessidade das pessoas e das famílias atendidas. A assistência domiciliar liga-se a qualquer atendimento em domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde, não levando em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento.	por diferentes modalidades de cuidados, como a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar (LOPES e OLIVEIRA, 1998).
Macroprocessos do autocuidado apoiado	O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas ²¹ (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003). O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção que os profissionais de saúde (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).	O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material para o autocuidado (LORIG <i>et al.</i> , 2006).

Fonte: Adaptado de CONASS (2015)

²¹ “Os principais objetivos do autocuidado apoiado são gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer o seu problema; para decidir e escolher seu tratamento; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde”. (CONASS, 2015, p.53)

2.3.2 Desempenho da Atenção Primária à Saúde

Os sistemas de saúde são propensos a desviar dos valores centrais da atenção primária a saúde, conforme indicado pela Figura 22.

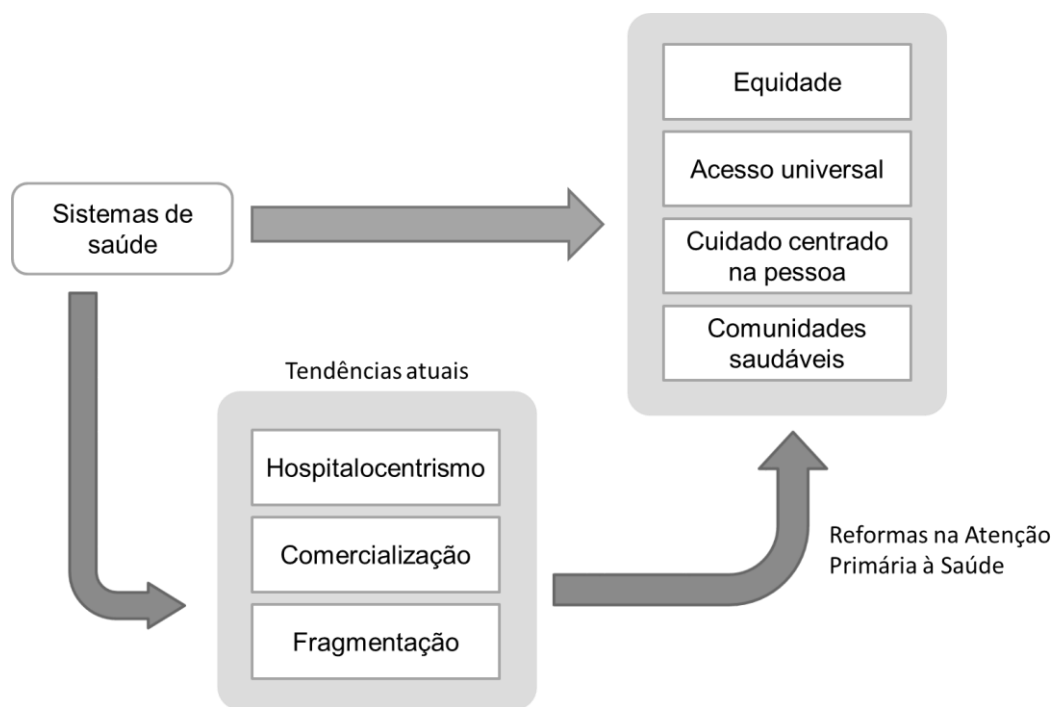


Figura 22: Desvios dos sistemas de saúde em relação aos valores centrais da atenção primária à saúde

Fonte: (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008, p.11)

MENDES (2012) e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2008), dentre outros autores, apontam os benefícios advindos da orientação da rede pela atenção primária. São eles:

- Diminuição da mortalidade
- Redução do fluxo de pessoas usuárias para os serviços secundários e para os serviços de urgência e emergência
- Redução dos custos da atenção à saúde
- Maior acesso a serviços preventivos
- Redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e das complicações potencialmente evitáveis da atenção à saúde
- Melhoria da equidade

A título exemplificativo, a Figura 14 apresenta os impactos que o sistema de saúde do Reino Unido (NHS) almeja para os seus cidadãos e como pretende alinhar-se às metas indicadas pela Organização Mundial de Saúde.

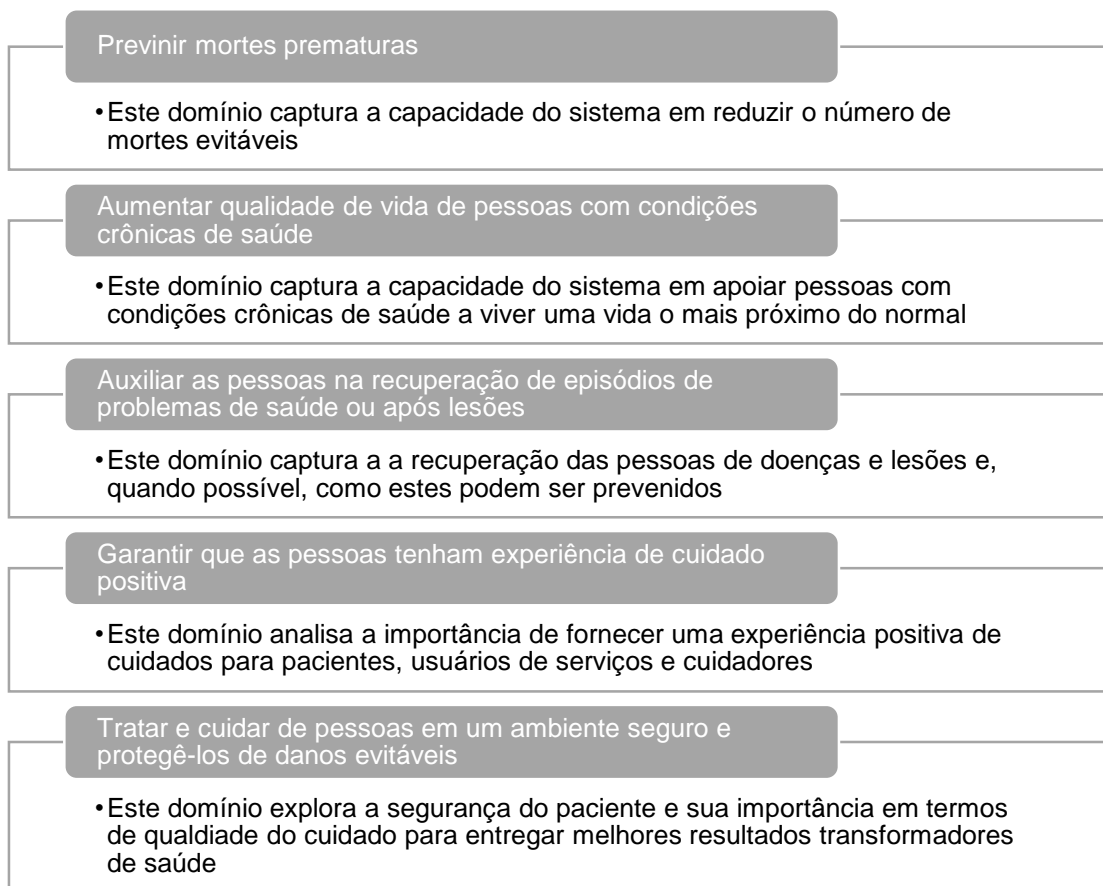


Figura 23: Modelo de impactos do NHS

Fonte: (HEALTH & SOCIAL CARE INFORMATION CENTRE, 2015)

No entanto, autores (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; FRANCO, [s.d.]; SALA; MENDES, 2011) relatam que os estudos voltados à avaliação da atenção primária tendem a abordar visões de desempenho voltados à produtividade, ou seja, focado na produção das ações de saúde e suas relações com características demográficas e epidemiológicas locais. Os mesmos destacam a necessidade de estudos relacionados ao impacto epidemiológico das ações de saúde executadas. Esta avaliação de impacto que deveria orientar o planejamento em atenção primária. “O olhar epidemiológico sobre a população revela riscos e permite eleger problemas prioritários” (FEUERWERKER, 2011). Além disso, deve-se considerar também os impactos na rede, como por exemplo, a redução dos atendimentos ambulatoriais nas emergências, consequência do aumento da resolutividade na atenção primária (BARROS; SÁ, 2010; STEIN, 1998).

“O acompanhamento das ações em saúde relacionadas à APS, bem como dos seus resultados sobre a saúde das populações, tem sido preocupação de gestores do SUS. Os processos de pactuação de indicadores e metas entre as três esferas de governo que compõem o SUS são decorrentes não só da necessidade de pactuar metas (que em última análise são parte dos instrumentos de planejamento do SUS), mas da necessidade de acompanhar a realização das ações e também de mensurar os efeitos na saúde das pessoas. ” (SALA; MENDES, 2011)

Dessa forma, os itens 2.3.2.1 e 2.3.2.2 expõem os principais indicadores da atenção primária à saúde dentro da realidade brasileira (identificados na literatura trabalhada por esta dissertação), bem como formas identificadas na literatura para analisar a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde. Por fim, a ferramenta PCATool, um instrumento difundido na avaliação da atenção primária à saúde é brevemente apresentado no item 2.3.2.3.

De todo modo, por mais que formas de perceber o desempenho da APS sejam dispostas neste tópico, cabe ressaltar a ressalva de HERRANZ (2010) acerca da dificuldade metodológica de se avaliar o desempenho de redes no setor público:

“Avaliar o desempenho de redes no setor público é conceitual e metodologicamente desafiador, pois é difícil estabelecer suas relações e características multidimensionais. Esta é uma das razões por haver poucos frameworks conceituais que sejam suportados por evidências empíricas de campo. Este subdesenvolvimento teórico torna problemático que pesquisadores proponham os melhores meios pelos quais os gestores devem desenvolver, coordenar e avaliar as redes no setor público”. (HERRANZ, 2010, p.445)

2.3.2.1 Indicadores da atenção primária à saúde na literatura brasileira

Neste tópico, serão apresentadas duas propostas de conjunto de indicadores para monitoramento da atenção primária à saúde. Existem outros tantos, como por

exemplo FIGUEIREDO et al. (2013), GIOVANELLA; MENDONÇA (2009), HARTZ, (1997), MALIK; SCHIESARI (1998) e PEIXOTO (2008)

A primeira delas, indicada na Tabela 7, considera elementos de estrutura, desempenho e estado de saúde da população e possui como objetivo estabelecer relações entre ações da atenção primária à saúde e modificações no perfil de saúde

Tabela 7: Proposta de Sala & Mendes (2011) de indicadores da atenção primária à saúde

Elemento	Indicador
Estrutura da APS	1. Cobertura do PSF
	2. Consultas médicas básicas por habitante, por ano (utilizado como indicador da oferta de atenção básica nos municípios em qualquer dos modelos de APS, PSF ou UBS tradicional).
Desempenho da APS	3. Percentual de nascidos vivos por cesárea
	4. Razão de exame citopatológico de colo uterino em mulheres de 25 a 59 anos (número de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, por local de residência/população feminina nessa faixa etária)
	5. Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal
	6. Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados/total de casos novos por 100)
	7. Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) (número de internações por ICSAB/total de internações por 100)
	8. Coeficiente de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na faixa etária de 30 a 59 anos (internação por AVC – procedimentos SIH/SUS: 03.03.04.014-9 – por local de residência/população por 10 mil)
	9. Coeficiente de internação por diabetes (internação por diabetes mellitus e suas complicações por local de residência/população por 10 mil)
Estado de saúde	10. Coeficiente de mortalidade infantil
	11. Coeficiente de mortalidade neonatal
	12. Coeficiente de mortalidade pós-neonatal
	13. Coeficiente de mortalidade por câncer de colo uterino (C53-CID10)
	14. Coeficiente de mortalidade por doença do aparelho circulatório na faixa etária de 30 a 59 anos (Capítulo IX-CID-10)

Fonte: (SALA; MENDES, 2011)

A segunda proposta, por sua vez, é organizada pela estrutura de dimensões, variáveis e indicadores, conforme indicado na Tabela 8. Seu principal objetivo consiste em monitorar as estratégias de fortalecimento da atenção primária à saúde.

Tabela 8: Proposta de Almeida, Fausto e Giovanela (2011) de indicadores da atenção primária à saúde

Dimensão	Variável	Indicador
Posição ocupada pela APS no sistema de saúde	Organização da porta de entrada pela APS	Existência de porta de entrada pela APS; estratégias para organização da porta de entrada pela APS; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que o papel de porta de entrada e de coordenação da ESFb está especificado na política local de saúde; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a população procura primeiro a USFc quando necessita de atendimento de saúde
Acesso à unidade de saúde da família	Conhecimento da USF	% famílias que conhecem a ESF (demanda espontânea + estimulada); % famílias que conhecem o local de funcionamento da ESF
Acesso à unidade de saúde da família	Acessibilidade à USF	Facilidade de acesso ao local de funcionamento da ESF; % famílias que relatam chegar a pé até o local de funcionamento da ESF; % médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a ESF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a USF é acessível a toda a população cadastrada; avaliação das famílias quanto a conseguir consulta sem marcação prévia; avaliação das famílias quanto a conseguir marcar consulta médica; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a USF cumpre na prática as funções de pronto-atendimento
Capacidade de resolução da atenção primária à saúde	Provas diagnósticas solicitadas pelo médico da ESF	Provas diagnósticas solicitadas pelo médico de família
Capacidade de resolução da atenção primária à saúde	Coleta de exames para patologia clínica na USF	Existência de coleta de exames para patologia clínica na própria USF
Capacidade de resolução da atenção primária à saúde	Distribuição de medicamentos	% de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatória/satisfatória a distribuição regular de medicamentos a grupos prioritários; acesso a medicamentos em atendimento realizado pela ESF segundo famílias cadastradas
Capacidade de resolução da atenção primária à saúde	Realização de capacitação	Existência de estratégias de capacitação continuada promovida pela SMSd; % de médicos/enfermeiros que realizaram atividades de capacitação continuada nos últimos 30 dias
Capacidade de resolução da atenção primária à saúde	Supervisão das ESF	Existência de profissionais de apoio às equipes de saúde da família; % de médicos/enfermeiros que relatam a existência de supervisão da equipe de saúde da família; atividades desenvolvidas durante a supervisão segundo médicos/enfermeiros
Capacidade de resolução da atenção primária à saúde	Atendimento aos grupos prioritários	% de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatório/satisfatório o acompanhamento dos grupos prioritários
Capacidade de resolução da atenção primária à saúde	Avaliação geral da capacidade de resolução da ESF	% de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatória/satisfatória a capacidade de intervir positivamente no enfrentamento dos problemas de saúde; % de médicos/enfermeiros que avaliam como muito satisfatória/satisfatória a resolução de 80% ou mais de casos

		atendidos por sua equipe de saúde da família; avaliação da resolutividade do atendimento e necessidade de encaminhamento para especialista segundo famílias cadastradas; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que com a ESF a população atendida procura menos os serviços hospitalares e especializados; avaliação das famílias quanto a procura por hospitais e especialistas após implantação da ESF; avaliação das famílias quanto a procura por serviços de urgência após implantação da ESF; avaliação das famílias quanto a melhoria do atendimento após implantação da ESF; grau de satisfação das famílias com a ESF
Descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva para as unidades de atenção primária à saúde	Grau de descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva para as USF	Existência de descentralização e grau de articulação entre os serviços de APS e as demais áreas da saúde pública/vigilância à saúde; % de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a ESF atua articulada aos programas de saúde pública/coletiva
Reconhecimento profissional e social	Reconhecimento profissional e social em APS	% de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que os profissionais da ESF desfrutam do mesmo reconhecimento profissional que os especialistas
Utilização dos serviços de APS pelas famílias cadastradas	Serviço de saúde de uso regular	Famílias que indicam a USF como serviço de procura regular entre as famílias com serviços de procura regular; serviços de saúde procurados pelas famílias com moradores que adoeceram nos últimos 30 dias
Utilização dos serviços de APS pelas famílias cadastradas	Acompanhamento de grupos prioritários	Serviço de saúde responsável pelo acompanhamento dos hipertensos, diabéticos, das gestantes e do crescimento e desenvolvimento infantil segundo famílias cadastradas

Fonte: (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011)

Em estudo sobre qualidade de serviços públicos de saúde, RIGHI *et al.* (2010) indicam que as instituições de saúde possuem três singularidades: “não há uma clareza na conexão entre entradas e saídas; os pacientes geralmente têm dificuldades em avaliar aspectos técnicos; e existe, em grandes hospitais, duas linhas de autoridades distintas, o administrativo e o médico” (RIGHI *et al.*, 2010, p. 652).

2.3.2.2 Resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde

A avaliação em saúde é um requisito quando se fala em planejamento e controle técnico e social dos serviços e programas de saúde. Nesse sentido, uma vez que a produção de serviço de saúde depende fortemente da participação do usuário, não é possível avaliar o serviço sem conhecer a percepção daquele. A satisfação do paciente é considerada resultado do serviço de saúde, apesar de não ser o único (DONABEDIAN, 2003). A avaliação da qualidade favorece a avaliação do serviço e está muito relacionada à humanização do cuidado (SANTIAGO *et al.*, 2013).

“A humanização significa uma mudança da forma de trabalhar e também das pessoas, que deve conciliar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de executar a assistência incorporando a história do indivíduo, a partir de seu diagnóstico até a realização da intervenção. O trabalho em saúde consegue se humanizar a partir do momento que combine a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade para os usuários” (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009)

Ou seja, entender a percepção do usuário e/ou paciente sobre o serviço de saúde prestado é relevante para avalia-los e entender a resposta da comunidade à oferta deste mesmo serviço. Nesse sentido, DONABEDIAN (1990) estabelece pilares da qualidade em serviços de saúde (Tabela 9), os quais são consideravelmente difundidos pela literatura, inclusive a mais recente.

Tabela 9: Pilares da qualidade saúde propostos por Donabedian

Dimensões	Descrição da dimensão da qualidade em saúde
Eficácia	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade de a arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
Efetividade	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtido. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja a qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Fonte: Adaptado de (CAMPOS, 2005; DONABEDIAN, 1990; MALIK; SCHIESARI, 1998; SAVASSI, 2012)

Comumente, a satisfação do paciente é assumida como um indicador dos serviços de saúde. A satisfação do paciente acerca da experiência de consumo de serviço de saúde é considerada por GILL; WHITE (2009) como imprevisível (e portanto, falha), mas que pode ser focada na percepção de qualidade do serviço (ex: *compliance* com conselhos médicos e tratamentos prescritos é diretamente relacionada à percepção de qualidade e, conseqüentemente, resulta em *outcome* de saúde). Nesse contexto, os autores expõem o modelo disposto na Figura 24 como o que mais se assemelha, dentro da revisão de literatura que procedeu, dos elementos para mensuração da percepção da qualidade.

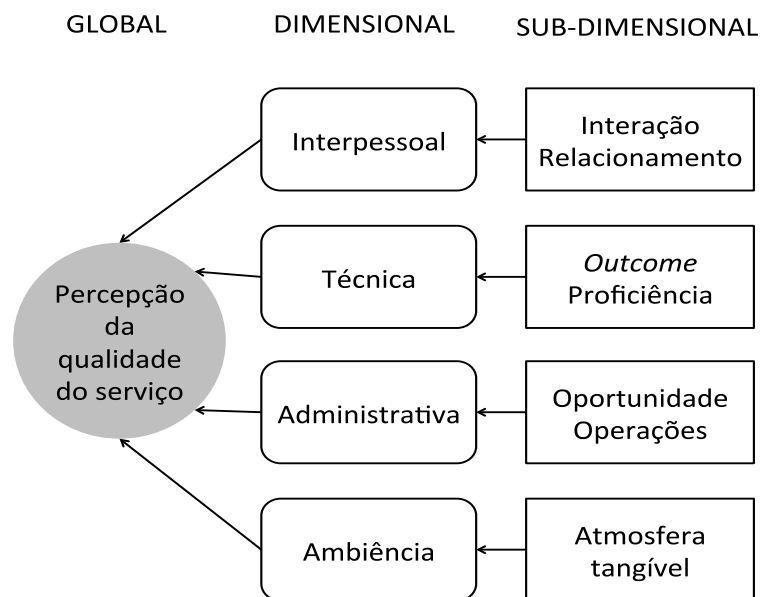


Figura 24: Modelo hierárquico multidimensional da percepção de qualidade de serviço

Fonte: Adaptado de GILL; WHITE (2009)

A crítica de GILL; WHITE (2009) consiste, basicamente, no fato de que os serviços de saúde (a) dependem consideravelmente do envolvimento do paciente quando do consumo do serviço e (b) estão inseridos em um universo de relações complexas entre paciente e prestador; além disso (c), no cenário atual, os pacientes estão se tornando, cada vez mais, parceiros silenciosos dentro dos sistemas de atenção à saúde. Estes aspectos trazem obscuridade na compreensão do que seria satisfação e qual maneira mais apropriada para medi-la.

Na busca na literatura, foram identificados três estudos que analisavam a percepção do usuário por meio da avaliação da qualidade do atendimento em Unidades Saúde da Família, que serão descritos a seguir. Cabe destacar que os estudos avaliativos de qualidade de serviço (resultantes da busca bibliográfica) decorrem de pressupostos dos sete pilares de Donabedian.

O primeiro deles, desenvolvido por (SANTIAGO et al., 2013), estabeleceu dimensões da qualidade e realizou pesquisa junto a usuários a respeito destas. As dimensões consideradas foram:

- Acessibilidade
- Dignidade e Cortesia
- Conforto
- Tempo de Espera
- Assistência Clínica ao Usuário
- Confidencialidade das Informações

- Direito à Informação
- Atividades Educativas e Comunitárias

Os principais aspectos percebidos na pesquisa são os apresentados na Tabela 10.

Tabela 10: Aspectos diagnosticados junto ao usuário acerca do atendimento em USF

Dimensões da qualidade	Componentes
Acessibilidade	-
Dignidade e Cortesia	-
Conforto	<ul style="list-style-type: none"> - Quantidade e conforto das cadeiras - Temperatura da unidade - Limpeza da unidade - Conservação dos equipamentos
Tempo de Espera	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de espera para ser atendido - Tempo de espera para receber o resultado de exames
Assistência Clínica ao Usuário	<ul style="list-style-type: none"> - Paciência do médico/ enfermeiro para escutar com atenção os problemas de saúde - Cuidado e detalhamento do médico/enfermeiro ao exame - Resolução do problema de saúde na consulta realizada
Confidencialidade das Informações	<ul style="list-style-type: none"> - Informações repassadas pelo médico/ enfermeiro sobre o problema de saúde e o tratamento - Confiança no médico/enfermeiro para contar seus problemas de saúde
Direito à Informação	- -
Atividades Educativas e Comunitárias	<ul style="list-style-type: none"> - Participação de atividades educativas no momento de espera da consulta - Visita domiciliar do médico em caso de necessidade - Orientação dos ACS quanto ao uso adequado dos serviços de saúde durante as visitas domiciliares

Fonte: Adaptado de (SANTIAGO et al., 2013)

O segundo estudo sobre avaliação da qualidade é desenvolvido por SERAPIONI e SILVA (2011). Neste caso, os autores analisam dimensões e indicadores de qualidade a partir do referencial de profissionais, gestores e usuários, buscando entender quais aspectos determinam a qualidade do atendo de USF. A Tabela 11 sintetiza os resultados encontrados pela referida pesquisa.

Tabela 11: Aspectos inerentes à estrutura e ao processo que determinam a qualidade do atendimento

Ator/dimensão	Estrutura	Processo
Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> 2. Estrutura física 4. Capacitação dos profissionais 6. Adequado número de profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Relação profissional-paciente 3. Promoção e educação em saúde 5. Compromisso profissional
Gerentes e gestores	<ul style="list-style-type: none"> 3. Estrutura física 5. Formação profissional 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Compromisso profissional 2. Atenção dispensada ao paciente

Ator/dimensão	Estrutura	Processo
		4. Atividades de educação e promoção da saúde
Usuários	4. Disponibilidade de remédios	1. Boa relação com os profissionais 2. Ser atendido 3. A boa atitude do médico

Fonte: (SERAPIONI; SILVA, 2011)

Os números indicados na Tabela 11 indicam a prioridade na qual cada aspecto foi mencionado pelos entrevistados em relação à qualidade do atendimento.

Por fim, o terceiro estudo foi conduzido por SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO (2010) com o propósito de avaliar a assistência a pessoas com hipertensão arterial em USF. Tratou-se de uma avaliação pessoal dos cuidados e dos serviços de saúde prestados aos pacientes. Os elementos avaliados foram:

- Satisfação geral com o atendimento
- Atendimento pessoal
- Tratamento recebido
- Sentir-se cuidado
- Médico
- Resultado do tratamento
- Estrutura
- Acesso a consultas

Como resultado, os autores apontam que os elementos que apresentaram maior desempenho foram aqueles que representam dimensões relacionais. As dimensões organizacionais (estrutura e acesso a consultas, por exemplo) apresentaram as menores proporções de satisfação.

2.3.2.3 Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool

O PCATool é uma ferramenta desenvolvida por Bárbara Starfield e cols. na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (PCPC) que permite verificar o quanto determinada unidade de saúde está alinhada aos propósitos e pressupostos da Atenção Primária à Saúde. A ferramenta consiste em uma gama de questionários autoaplicáveis²², cujas respostas são fechadas e medidas na escala *liker*. Existem questionários distintos, sendo cada um destinado um público, como usuário,

²² Os referidos questionários podem ser observados em MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010)

provedor do serviço, adulto, criança, etc. O conteúdo das perguntas também é modularizado pelos atributos da Atenção Primária à Saúde, propostos originariamente por Bárbara Starfield, renomada pesquisadora da área²³.

O PCATool é uma ferramenta validada e aplicada em diversos estudos²⁴, o que corrobora para a existência de atributos previamente definidos e direcionados para se estudar a Atenção Primária à Saúde. Além disso, não se trata de uma ferramenta desconexa das políticas públicas de saúde brasileira. O PCATool também está alinhado com os princípios e processos de trabalho preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e pelo SUS, possuindo uma versão brasileira, “Manual de Avaliação da Atenção Primária” do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). Os atributos da APS são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12: Atributos da Atenção Primária à Saúde

Atributos		Descrição
Essenciais	Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde	Acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
	Longitudinalidade	Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
	Integralidade	Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
	Coordenação da atenção	Pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços
Derivados	Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)	Na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

²³ Inclusive, na releitura dos artigos, teses e dissertações, percebeu-se que muitos deles (não apenas aqueles que aplicam o PCATool) são baseados em suas proposições, como é o caso de MENDES (2012). A título exemplificativo, dos 160 textos inventariados na revisão da literatura na área de saúde, 61 deles contêm o termo “Starfield”.

²⁴ Cabe destacar que dos textos inventariados a partir da revisão da literatura, 22 deles mencionam o PCATool.

Atributos		Descrição
	Orientação comunitária	Reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
	Competência cultural	Adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010, p.9-10)

Nesse sentido, SANTOS; RIBEIRO (2015, p.2) consideram que os princípios da medicina de família e comunidade (especialidade médica inerente à prática nas USF) estão estritamente relacionados aos atributos da atenção primária à saúde, sendo adequados ao seu cumprimento²⁵.

2.4 Saúde como política pública brasileira e características de sua operacionalização

No caso brasileiro, o Estado é responsável por promover acesso equânime ao direito à saúde, sendo este um dever constitucionalmente atribuído. Para cumprir com este dever, o Estado desenvolve políticas públicas e presta serviços à população. Nesse sentido, é válido apresentar como a saúde é incorporada pelo Estado enquanto política social e política pública.

Políticas, programas, ações e serviços públicos são forma de efetivar direitos à população (INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL, 2008), devendo gerar resultados transformadores à mesma (SILVA; LIPPI; CAULLIRAUX, 2014). Esta orientação deve remeter-se ao conceito de necessidade e impacto gerado (SANDERSON , 1996). No âmbito da saúde pública brasileira, a Saúde da Família é considerada estratégia prioritária do Estado para organizar a atenção

²⁵ Os autores colocam que “A medicina de família e comunidade (MFC), especialidade chave para a APS, surgiu como um ramo da clínica geral, em resposta ao número crescente de especialidades médicas e novas tecnologias, que fragmentaram o cuidado em saúde com abordagens que priorizavam o ponto de vista biológico. A MFC rompeu com essa lógica, uma vez que os seus princípios consistem em fornecer o primeiro contato com o sistema de saúde, coordenar os cuidados destinados aos pacientes, dar resolutividade aos problemas detectados e responsabilizar-se pela saúde das pessoas e da comunidade. Ela também valoriza a subjetividade na medicina, dialogando com problemas vagos e inespecíficos. Grande parte dos fatores que interferem no estado de saúde de uma pessoa - experiência com a doença, interações familiares, fatores sociais, inclusive a relação médico-paciente - são trabalhados pelos médicos de família. Portanto, os princípios norteadores da MFC são bastante adequados para cumprir com os atributos da atenção primária, descritos por Barbara Starfield.” SANTOS; RIBEIRO (2015, p.2)

básica e, conseqüentemente, possibilitar que os princípios norteadores do sistema único de saúde brasileiro sejam efetivados²⁶.

Os programas de ação governamental se relacionam ao conceito de políticas públicas e, por conseguinte, ao desenvolvimento econômico, social, cultural e político resultantes de intervenção do Estado (OHLWEILER, 2007). Uma política pública, quando implantada, se torna um programa, que possui objetivos e diretrizes concretos e regulamentados (MARTES et al., 1999). Ou seja, “políticas públicas são o ‘Estado em ação’, é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade” (PAESE; AGUIAR, 2012).

Nesse sentido, as políticas públicas são meio para executar tais programas políticos com fins em garantir condições materiais de dignidade dos cidadãos (APPIO, 2005). Portanto, as políticas públicas são direcionadas a efetivar os objetivos fundamentais da República (OHLWEILER, 2007). A concretização dos objetivos fundamentais e direitos sociais, os quais são constitucionalmente positivados, é fruto de prestações positivas do Estado (SANTOS, 2006). Marshall (apud FLEURY, 1994, p.110) associa política social "à política dos governos relacionada à ação que exerça um impacto direto sobre o bem-estar dos cidadãos, ao proporcionar-lhes serviços ou renda".

Deste modo, é esperada a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (PAESE; AGUIAR, 2012). Além de reduzir perdas, os recursos injetados em políticas sociais repercutem em benefícios econômicos relacionados ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e da renda familiar. O mesmo se aplica aos investimentos realizados em serviços e atividades produtivas no âmbito da saúde. Ou seja, este gasto social repercute em benefícios econômicos ao país e para melhoria das condições de vida da população, seja para o crescimento econômico quanto para a redução das desigualdades. Tais benefícios estão relacionados ao crescimento do PIB e da renda familiar, conforme representado na Figura 25. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011)

²⁶ As peculiaridades da inserção da Saúde da Família nas políticas de saúde pública serão melhor explicadas no item 2.5.1

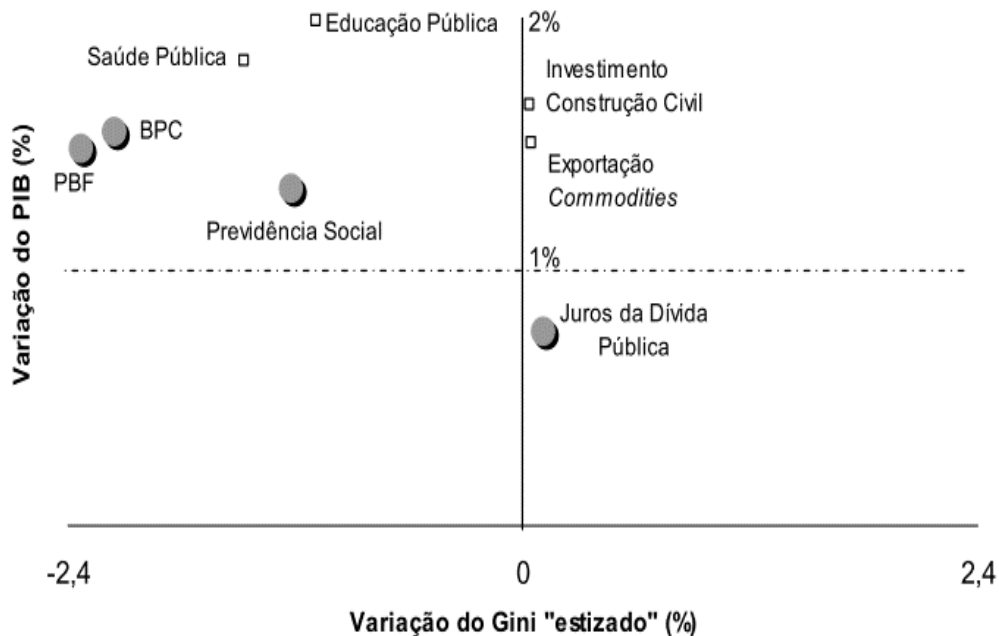


Figura 25: Efeitos de gastos sobre o crescimento econômico e a distribuição de renda

Fonte: (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011)

De acordo com a Figura 25,

“Se assumirmos que uma das metas de desenvolvimento nacional é conseguir unir crescimento econômico e igualdade de renda, então todos os gastos do quadrante à esquerda contribuem para este ideal. [...]. Vemos que não há, em absoluto, um trade-off entre crescimento e equidade, muito pelo contrário: o incremento no gasto do Programa Bolsa Família e no Benefício de Prestação Continuada, por exemplo, provocam, ao mesmo tempo, uma grande variação positiva do PIB e a maior queda na desigualdade. ”
(INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011)

A política social adotada atualmente no Brasil é apresentada na Figura 26, a qual indica seus objetivos e setores.

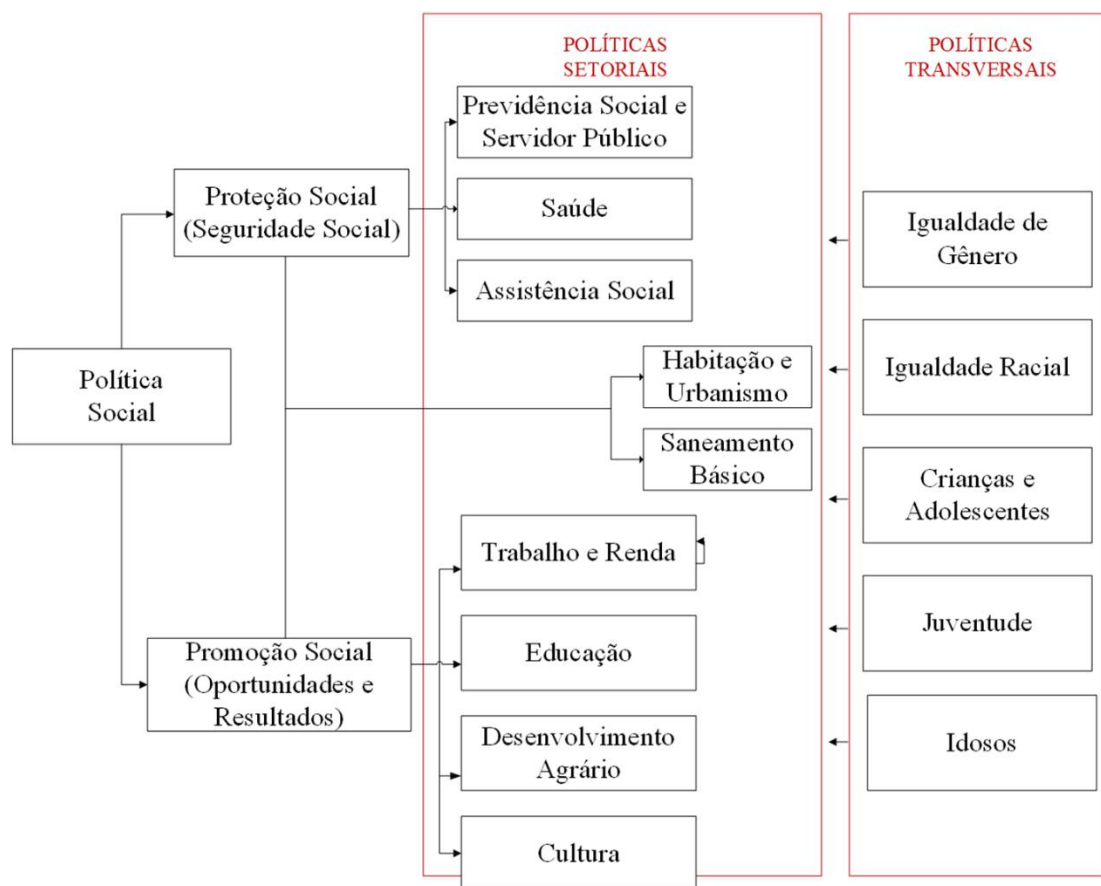


Figura 26: Objetivos e setores da política social no Brasil
 Fonte: Adaptado de INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (2011)

*“Destaque-se ainda que tais políticas não se apresentam fragmentadas em ações emergenciais ou descontínuas, mas, ao contrário, **operam de modo estável e sustentado no tempo, com regras e instituições estabelecidas.** Boa parte dos benefícios e serviços tem estatuto de direitos e capacidade instalada, com aplicação diária de recursos materiais, humanos e financeiros na sua produção e provisão, ainda que nem sempre no volume e na qualidade desejados. ” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011)*

Desta forma, a Figura 27 exemplifica os programas e ações do governo que derivam das políticas setoriais mencionadas anteriormente, assim como os benefícios e beneficiários vinculados àqueles.

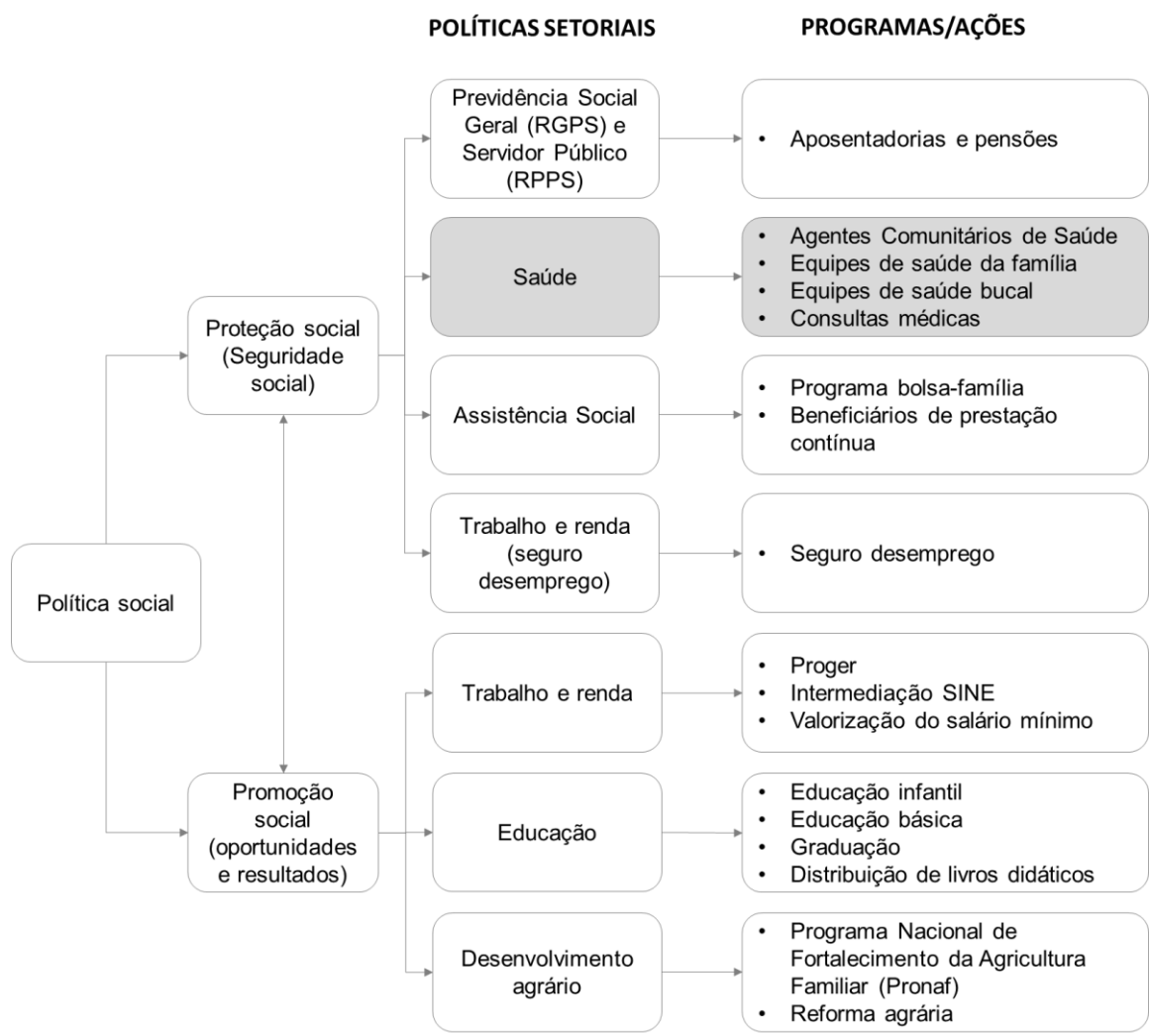


Figura 27: Políticas sociais e seus programas/ações
 Fonte: Adaptado de INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (2011)

Por conta de uma obrigação constitucional, o Estado tem o dever de prover direito à saúde, que deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A partir daí, tal obrigação é regulamentada legalmente, ampliando estes princípios, quais sejam: integralidade da atenção, descentralização das ações, e igual atendimento para igual necessidade (BRASIL, 1990). Surge, portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o dever do Estado de ampliar o acesso aos serviços de saúde à população (PIOLA et al., 2013). Além do acesso, é preciso construir um conjunto de ações governamentais, fundadas nas necessidades e nas

demandas de saúde dos cidadãos como forma de desvelar um Estado Democrático de Direito (BERCOVICI, 2005; OHLWEILER, 2007)

“As necessidades devem ser concebidas como democraticamente negociadas ‘resultados sociais desejados’ e não definidos de uma forma circunscrita em termos de prestação de serviços disponíveis” (SANDERSON , 1996, p. 98)

Na visão de alguns autores, a legislação, a certo modo, permite que as políticas públicas de saúde sejam implantadas. Portanto, atender às necessidades e demandas da população e prestar serviços orientados a este propósito é uma tarefa que cabe mais aos administradores e aos gestores públicos do que aos legisladores. (ALMEIDA JÚNIOR, 2013; FRISCHEISEN, 2000; OHLWEILER, 2007; PAESE; AGUIAR, 2012)

Operacionalizar políticas públicas no contexto brasileiro é uma tarefa complexa, que apresenta dificuldades e problemas já (re)conhecidos por estudiosos. Gestores públicos de diferentes esferas encontram inúmeras dificuldades em seu trabalho. (D’ASCENZI; LIMA, 2013; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986; PAESE; AGUIAR, 2012; VILLANUEVA, 1992)

“É óbvio que o que é implementado, o objeto da ação denotada pelo verbo implementar, é a política. Procede-se, então, logicamente, uma distinção clara entre a política e o ato de implementação. Esta distinção não é geralmente feita claramente nas concepções prevalentes de políticos e analistas sobre o que se entende por política, com o resultado de privar de consistência teórica (e interesse prático) o ato de implementação da política, desqualificando-o como objeto de estudo próprio e distinto. Este defeito conceitual tem, por sua vez, consequências práticas nocivas para o desenho, desenvolvimento e avaliação das políticas, por ignorar o papel crucial que a implantação tem para a efetividade das políticas” (VILLANUEVA, 1993, p. 43-44).

Dessa forma, os principais fatores que limitam a operacionalização de políticas e programas públicos são resumidos a seguir (BUCCI, 2001; D’ASCENZI;

LIMA, 2013; FERNANDES; CASTRO; MARON, 2013; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986; FLEURY, 1997; GOLDSMITH; EGGERS, 2005; HARTZ; POUVOURVILLE, 1998, p.68; HÖFLING, 2001, p.32; PAESE; AGUIAR, 2012; RIBEIRO et al., 2010):

- “Os objetivos dos serviços públicos tendem a ser vagos, conflitantes, ambíguos e, muitas vezes, representam horizontes desejáveis e não alvos fixos” (D’ASCENZI; LIMA, 2013)
- As políticas mudam à medida que são executadas. Portanto, a formulação implantação e operacionalização devem ser consideradas como um processo iterativo, embora nem sempre o sejam na prática.
- A relevância da avaliação das políticas públicas é reconhecida formalmente. No entanto, não há processos de avaliação sistemáticos e consistentes que subsidiem a gestão pública (muitas vezes em função da amplitude e abrangência das políticas públicas)
- Os fatores envolvidos para a aferição de seu “sucesso” ou “fracasso” são complexos e variados. O mesmo se aplica à capacidade de produção destes fatores, seja em termos operacionais como de controle. Alguns dos autores mencionam que um “exame da operacionalidade concreta” dos programas ou ações do governo são imprescindíveis para o ciclo político e geralmente deficitários.
- No caso das políticas públicas de saúde, as prestações do Estado são fruto de um arranjo complexo de estruturas organizacionais, recursos financeiros, regulamentações e normatizações jurídicas/legais. Aumentar o grau de conhecimento e apreensão deste objeto é um meio de torna-lo efetivo e bem-sucedido.
- A implantação e operacionalização de programas públicas são dependentes das características do território em questão. Tratando-se de políticas federais com amplitude de todo território, o nível local deve possibilitar que as estratégias da política sejam atendidas na execução levando em conta suas questões específicas.
- A implementação também ocorre nos locais onde serviços vinculados à política são prestados. Dessa forma, os atores participantes destes espaços tem importante papel operacionalização local das políticas. A atuação dos profissionais determina, por exemplo, a produção do cuidado.
- Os atores responsáveis pela operacionalização eventualmente possuem margem de manobra limitada.

- A forma como a estratégia é desdobrada e aplicada a prática pode não seguir um padrão ou ser articulada com a estratégia do governo, podendo indicar falhas na própria política. Geralmente, este último fator não é considerado nos meios e métodos de avaliação.
- Os atores envolvidos mudam com o passar do tempo, gerando pontos de descontinuidade, visto que cada ator interage com os demais segundo suas percepções e decisões.
- A estrutura tradicionalmente hierárquica da administração pública é incompatível com a operação das redes de prestação de serviços públicos e o atendimento às necessidades dos cidadãos

Além dos fatores mencionados acima, insta acrescentar a problemática acerca da dinâmica de funcionamento das instituições envolvidas na operacionalização das políticas públicas, onde o trabalho executado estabelece e depende de interação direta com o cidadão. Esta problemática se refere à burocracia em nível da rua (*Street-Level Bureaucracy*) mencionada por LIPSKY (2010). O autor possui a tese de que os burocratas em nível da rua fazem a política pública. Segundo ele, isto ocorre porque esta é populada por “*low-level decisions*” e, portanto, faz com que este tipo de gestor tenha que processar e tomar decisões, estabelecer rotinas, e criar mecanismos para tratar as incertezas e pressões inerentes à prestação de serviço (entre outros). Segundo o autor, isto se apoia nos seguintes fatores:

- Recursos são cronicamente inadequados às operações
- Serviços públicos possuem um ciclo no qual a melhoria da oferta é acompanhada pelo aumento da demanda, que pode comprometer a oferta. Este fenômeno também é reconhecido por publicações em serviços saúde (CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE, 1977; JOHAR et al. 2013; MERVIN; JACKSON, 2009; MINISTRY OF HEALTH OF NEW ZELAND, 2011; POPE, 1992)
- Há dificuldade de estabelecer e monitorar metas de desempenho, pois muitas vezes se trata de discricionariedade política. Isto faz com que as organizações não sejam autocorretivas
- Geralmente, os clientes não são voluntários, ou seja, não possuem a capacidade de decidir sobre o consumo do serviço como no mundo privado. Estes gestores geralmente entendem que a perda ou substituição de um cliente não necessariamente significa perdas para

a organização, visto que a demanda é inesgotável. Dessa forma, aspectos como satisfação do cliente e qualidade do cuidado podem ser negligenciados, comprometendo a geração de valor público e a efetividade da política.

Diante dos pontos colocados, a tarefa de operacionalizar políticas públicas no nível local é agravada quando se trata da configuração atual do sistema de saúde brasileiro e a descentralização da política pública de saúde:

“No caso brasileiro, a descentralização da política de saúde nos anos 90 contou com uma forte indução da esfera federal, mediante a formulação e implementação das Normas Operacionais (NO) do SUS e outras milhares de portarias editadas a cada ano pelas diversas áreas do Ministério da Saúde e demais entidades federais da saúde, em geral associadas a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. No entanto, a forma de atuação federal predominante no período expressa excesso de regulamentação em alguns âmbitos e lacunas de atuação em áreas estratégicas para o fortalecimento da política pública de saúde.” (MATTA; PONTES, 2007, p.145)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990), a qual deriva de um compromisso constitucional que prevê que *“saúde é direito de todos e dever do Estado”* (BRASIL, 1988). Nesse sentido, cabe ao Estado, em suas esferas, prover a atenção à saúde, cujo escopo compreende o *“cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.40). A referida Lei, em seu artigo 7º, dispõe dos princípios norteadores do SUS, a saber:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;*
- II. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos*

para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 1990)

Surge, portanto, os conceitos de “níveis de assistência” e “níveis de complexidade do sistema”. A organização do SUS se dá por meio de níveis de atenção à saúde com fins a uma melhor (a) programação e planejamento das ações e serviços e (b) integralidade do cuidado. Portanto, não há hierarquia entre tais níveis, mas sim complementaridade. Ou seja, os procedimentos realizados em um determinado nível não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS. A Figura 28 apresenta o ordenamento dos níveis de atenção à saúde: atenção em alta complexidade, atenção em média complexidade e atenção básica.

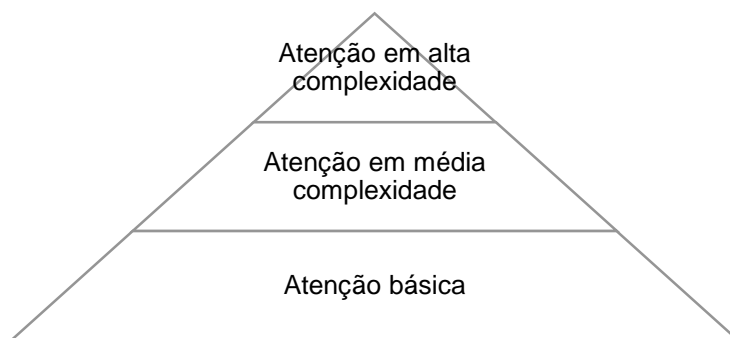


Figura 28: Níveis de assistência do SUS

A atenção em alta complexidade comporta procedimentos que envolvem altos tecnologia e custo. O escopo deste nível abarca a denominada “rede de alta complexidade”²⁷,

Tais procedimentos são elencados na tabela do SUS e apresentam relevante impacto financeiro em relação aos contemplados nos demais níveis de atenção. Cabe ressaltar que nem todas as localidades possuem uma rede de alta complexidade em razão deste alto custo não ser justificado pelo volume. Portanto, visando escala, a prestação destes serviços é deslocada a proximidades. Além disso, outros fatores também são considerados, como “*a população a ser atendida, a demanda reprimida, os mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência e a capacidade técnica e operacional dos serviços a serem implantados*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

²⁷ Neste momento, breve pausa é realizada para colocar que tal denominação não é estritamente “correta” visto que uma suposta “rede de alta complexidade” depende tanto da atenção básica quanto da de média complexidade para operar. A articulação entre os três níveis que caracteriza a rede de atenção à saúde. No entanto, esta é a denominação comumente utilizada e, por esta razão (e também para evitar novas nomenclaturas para mesmos significados), replicada neste documento.

A atenção de média complexidade, instituída pelo Decreto n. 4726/2003, é composta por *“ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Este trabalho, finalmente, está focado no eixo orientador do SUS: a atenção básica, cujo escopo é definido pelo Ministério da Saúde como *“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”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Conforme mencionado, este nível é o eixo orientador do sistema e, portanto, não deve ser visto como *“barreira limitante ou exclusiva”* do mesmo. Relativamente aos outros níveis, há de se destacar que os procedimentos tratados como de alta e média complexidade foram assim classificados na tabela de procedimentos de forma fragmentária, uma vez que foram selecionados por exclusão do que não estaria contido na prestação básica (principalmente por questões de custo e densidade tecnológica) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). Talvez por este motivo, o CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2007) coloca que:

“Os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto a qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 20)

A atenção básica, portanto, é tida como a porta de entrada do paciente, o contato preferencial dos usuários (inclusive por recomendações da OMS e da OPAS). Ainda, é orientada pelos mesmos princípios do SUS, nos quais são destacados os princípios seguintes: da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A tecnologia empregada é considerada como de baixa densidade visto que *“inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos,*

capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). Nesse contexto, a Saúde da Família é tida como estratégia prioritária para organização deste nível.

Além da organização em níveis, o SUS considera a execução de políticas e ações em competências distribuídas pelas esferas federativas. A esfera federal se incumbem de elaborar as diretrizes que devem ser seguidas pelos estados e municípios. A Tabela 13 por sua vez, se incumbem apresentar as responsabilidades das esferas gestoras no que diz respeito à atenção básica.

Tabela 13: Responsabilidades das esferas gestoras em atenção básica

Esfera	Responsabilidade
Federal	<ul style="list-style-type: none"> – Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica – Co-financiar o sistema de atenção básica – Ordenar a formação de recursos humanos – Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica – Manter as bases de dados nacionais
Estadual	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território – Regular as relações intermunicipais – Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território – Co-financiar as ações de atenção básica – Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> – Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território – Contratualizar o trabalho em atenção básica – Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência) – Co-financiar as ações de atenção básica – Alimentar os sistemas de informação – Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012)

Desta forma, as Características da Estratégia Saúde da Família serão apresentadas no tópico a seguir.

2.5 Características da Estratégia Saúde da Família

“Na atenção primária, a satisfação do usuário é superior quando baseada na estratégia saúde da família, e a satisfação de quem utiliza a porção assistencial do SUS é maior que a de quem só conhece sua assistência pelos telejornais” (SAVASSI, 2012, p.71)

Conforme discutido, a Estratégia e o Programa Saúde da Família são política de Estado, sendo considerada estratégia de orientação e organização da atenção básica e do SUS. A Estratégia Saúde da Família é entendida como programa dinamizador do SUS, voltado a “*maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais*”, visto que se configura como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. A diretriz conceitual da Estratégia Saúde da Família consiste em uma concepção que:

“Supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença. [...] Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b)

Segundo o Ministério da Saúde, tal estratégia é:

“Operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. ” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b)

O CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2015) demonstra que o modelo saúde da família é superior aos demais no que se refere ao propósito de estruturar a atenção básica. x MENDES (2012) coaduna com esta visão, evidenciando esta afirmação com estudos realizados com fins em comparar os modelos de atenção primária (CHOMATAS, 2009; ELIAS et al., 2006; FACCHINI et al., 2006; HARZHEIM, 2004; IBAÑEZ et al., 2006; MACINKO et al., 2004; VAN STRALEN et al., 2008).

Conforme mencionado, o PSF, operacionalizado por meio das Unidades Saúde da Família (e outras instituições), trouxe ao plano prático o princípio/conceito da saúde regionalizada. Umas das consequências e objetivos deste princípio

consiste na maior proximidade destas instituições prestadoras de serviço de saúde para com seus usuários, os quais conformam a comunidade local de determinada região. Tal proximidade é alcançada por meio das equipes de saúde e acarreta, também, na maior integração do cuidado, bem como no estabelecimento de relação de confiança entre prestadores e usuários (SILVA, 2011; MENDES 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As equipes de saúde são formadas por gama diversa de profissionais da saúde, os quais são alocados, de modo dedicado, a regiões específicas dentro da área de abrangência do atendimento da clínica. Isto quer dizer que os moradores/grupos de família de determinada região são sempre atendidos, seja em seu domicílio como na unidade, pela mesma equipe de profissionais em caráter ostensivo, ou seja, desde o cadastro, até as consultas e outros modos de acompanhamento de suas condições de saúde. O encontro entre usuário e profissional deve ser facilitado por meio de uma escuta qualificada, o que faz com que diminua a distância entre o que é prescrito pelos profissionais. Este aspecto tem sua relevância aumentada em função de características da demanda, assim como destacado pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009):

“Nas unidades básicas de saúde, parte dos problemas que os usuários relatam não se encaixa num diagnóstico biomédico - não tendo, portanto, sucesso terapêutico com a medicalização ou execução de procedimentos. São comuns os casos de “sintomas vagos e difusos”, sintomas físicos e/ou psíquicos múltiplos, que geram sofrimento nas pessoas e sobrecarregam os serviços de saúde, sem um diagnóstico anatomopatológico correspondente. Estas pessoas precisam de uma abordagem que identifique este sofrimento e que propicie a construção de um Projeto Terapêutico Singular para aquela situação de vida e de saúde específicas. ”
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.32)

O conceito de serviço, em conjunto com as características de demanda apresentadas, implica na necessidade de operar com a ideia de ofertas de possibilidades ao usuário, as quais não necessariamente condizem com as restrições colocadas/geradas pelos problemas de saúde. Isto reforça o caráter participativo da produção do serviço na atenção primária, no qual entende-se que o usuário deve estar apto a decidir conjuntamente e se responsabilizar com os

resultados²⁸. E nada mais habilitador que a proximidade e o diálogo entre profissionais e pacientes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a)

A exequibilidade deste serviço, portanto, depende não apenas da USF. Esta última está inserida, conforme já colocado por este documento, em uma rede de atenção à saúde e, ainda, em uma rede local. Um dos principais papéis esperados pelas USF alinhadas à Estratégia Saúde da Família é o de porta de entrada para o SUS. Nesse sentido, SANTIAGO et al. (2013, p.41) colocam que “para funcionar como porta de entrada, a USF, além de ser acessível, deve constituir-se em serviço de procura regular e servir de filtro e ponto de entrada do fluxo pela rede assistencial na busca coordenada pelo generalista. ”

“Uma unidade de PSF é uma organização complexa em que interagem múltiplos processos de trabalho realizados por equipes multiprofissionais. Constitui uma organização profissional segundo a clássica tipologia de Mintzberg, o que coloca o seu gerenciamento num patamar de alta dificuldade. Relaciona-se com uma população adscrita e se responsabiliza por ela ao longo de toda RAS. Essa população apresenta histórias e culturas singulares que devem ser compreendidas pela gerência no seu fazer cotidiano. “ (MENDES, 2012, p.95)

2.5.1 Concepções e prescrições da Estratégia Saúde da Família

O principal marco legal da Estratégia Saúde da Família é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 e por MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012).

“A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia

²⁸ Exemplo disto é a capacidade de o paciente seguir as prescrições médicas, seja por desejo e interesse, como por compreensão e outras possibilidades concretas (como, por exemplo, condições financeiras ou disponibilidade de tempo). Se tais prescrições forem acordadas dialogicamente, há tendência de que o paciente as siga. Por conseguinte, os resultados clínicos são aprimorados. Destaca-se que esta melhoria de desempenho extrapola a prestação direta do serviço, uma vez que depende da consequência e do impacto deste nas práticas assumidas pelo paciente fora da unidade e do contato com a equipe de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a)

Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A PNAB adere à estratégia de territorialização e descentralização, de modo reforçar o caráter de proximidade com a vida das pessoas e o planejamento focado nas necessidades das mesmas. Tal proximidade é prevista de ser conquistada a partir da adscrição dos usuários e vinculação dos mesmos às equipes, as quais tornam-se referência para o seu cuidado. Além disso, ela reforça o papel da atenção básica enquanto contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

De modo bastante semelhante aos propósitos da atenção primária à saúde destacados em 2.3, a PNAB determina algumas funções que atenção básica deve exercer de no intuito de viabilizar o devido funcionamento da rede. Estas funções são ilustradas na Figura 29.

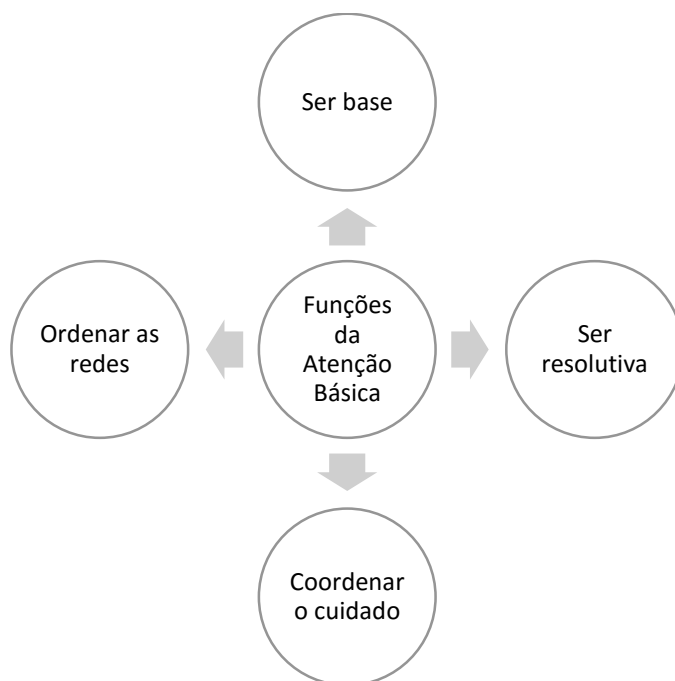


Figura 29: Funções da atenção básica para funcionamento das redes de atenção à saúde.

Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012, p.26)

O primeira delas, a função de ser base, se refere à descentralização e capilaridade dos serviços como forma de se aproximar do usuário e de suas condições de saúde, sendo de fato a porta de entrada para os demais serviços da

rede. A segunda função decorre da primeira e está relacionada à identificação de riscos e necessidades da comunidade e de indivíduos para, desta forma, articular métodos mais propícios de cuidado para sanar tais demandas. A coordenação do cuidado, por sua vez, busca gerir o fluxo de usuários na rede de atenção à saúde, a partir da articulação de estruturas e recursos. Nesse sentido, a PNAB propõe que estes fluxos sejam equiparados a “projetos terapêuticos singulares”, e que se faça uso de mecanismos como gestão de lista de espera, prontuários eletrônicos, protocolos baseados em linhas de cuidados, alinhamento entre as práticas de regulação entre os nós envolvidos, entre outros. Com isso, espera-se que a atenção básica seja capaz de ordenar as redes, no sentido de reconhecer as necessidades da comunidade de um determinado território e programar os serviços nos pontos de atenção a partir destas.

A Tabela 13 apresentou, de forma agregada, as responsabilidades das esferas de governo na atenção básica. A PNAB, no entanto, faz isto de forma mais detalhada e específica. De acordo com os objetivos desta dissertação, a autora considerou relevante expor algumas das competências das Secretarias Municipais de Saúde enunciadas pela referida política (ou seja, as responsabilidades do nível/governo local). A primeira competência é a de inserir a ESF na rede de serviços, estabelecendo estratégias para avaliação da atenção básica. Para isso, se faz necessário organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica segundo os princípios da ESF, visando sua consolidação nos territórios, bem como a confiabilidade e rastreabilidade das informações, as quais serão empregadas para fins de avaliação e (re) planejamento. Tais serviços e ações, portanto, devem ser programados com base territorial e a partir das necessidades da população adscrita.

Cabe às SMS também a gestão do fluxo de usuários na rede (tanto na atenção básica, como nos demais “níveis de atenção”). Mais uma vez, estas decisões devem ser fomentadas baseadas nas necessidades dos pacientes e nas características de saúde do território. No intuito de criar mecanismos de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde, o Ministério da Saúde dispõe de sistemas de informação. Atualmente, a atenção básica faz uso do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), o qual encontra-se em processo de transição para o sistema e-SUS. Ambos os sistemas são apresentados na Figura 30.

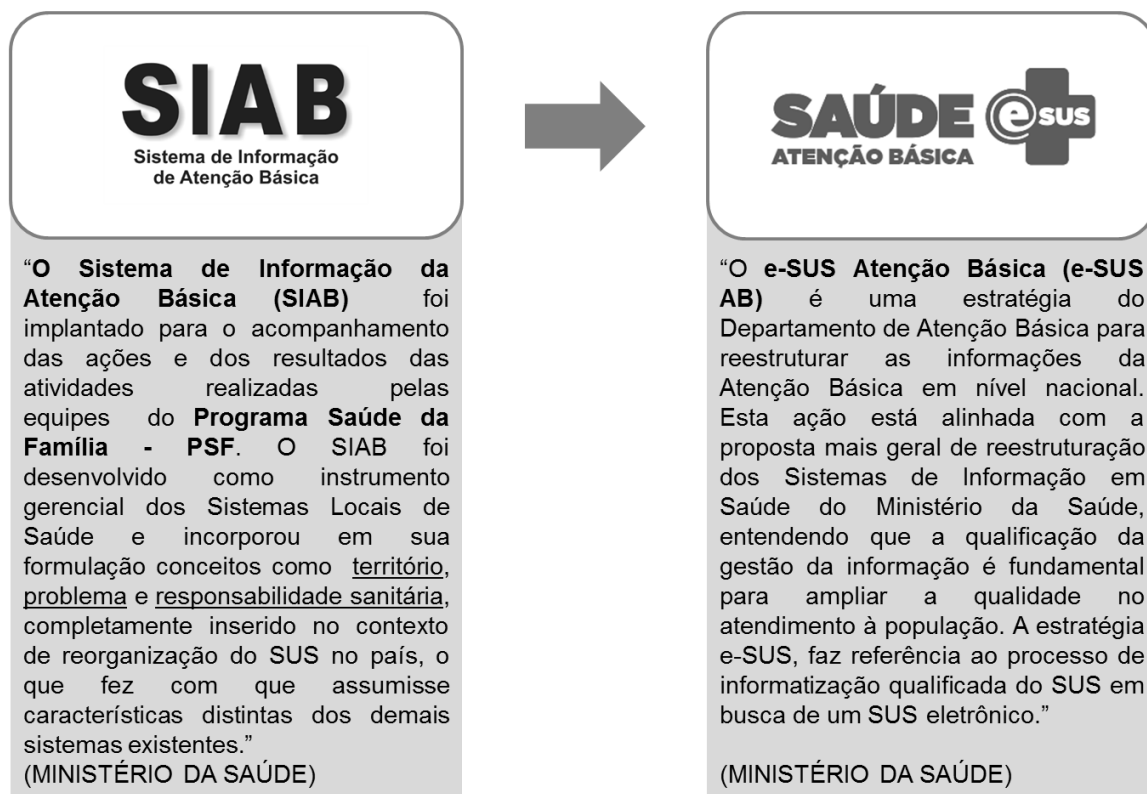


Figura 30: Sistemas de informação utilizados na atenção básica
Fonte: Ministério da Saúde, portal DATASUS²⁹

Ainda, a PNAB institui algumas responsabilidades para a instância municipal relativas ao uso dos recursos envolvidos nas demais competências. O primeiro recurso mencionado se refere aos recursos humanos. A seleção, contratação e remuneração das equipes devem ser realizadas pelas SMS. Além disso, o governo municipal deve garantir que as instalações físicas estejam em condições condizentes à prestação de serviços e ao cuidado humanizado, mediante manutenção adequada e regular. Nesse sentido, tanto as Secretarias de Estado quanto o Ministério da Saúde podem fornecer apoio técnico e/ou financeiro para este propósito. No entanto, é sabido que possuir recursos humanos e instalações adequados não é suficiente para que as unidades possam operar adequadamente. Para que isto seja possível, também é necessário haver disponibilidade de recursos materiais, equipamentos e insumos, na qualidade e quantidade devida à execução das ações de saúde. A provisão deste tipo de recurso também cabe às Secretarias Municipais de Saúde.

Desta forma, uma vez apresentadas as principais obrigações da esfera municipal, cabe expor algumas considerações realizadas pela PNAB no âmbito do

²⁹ Disponível em <http://goo.gl/2xIxO> e <http://goo.gl/AOqEmI>. Ambos os links acessados em setembro de 2015.

processo de trabalho das equipes e de configurações prescritas para as Unidades Básicas de Saúde. De forma alinhada aos princípios e diretrizes mencionados, cabe também às equipes de saúde mapear os territórios e a população nos quais exercerão suas atividades. Estas atividades serão sempre planejadas e programadas de acordo as necessidades e características observadas nessa atividade constante que é o mapeamento.

A PNAB determina que os critérios a serem empregados para priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde ocorram segundo frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. O foco deve ser a ampliação do acesso dos usuários. Somente dessa forma é possível “prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita”. Para tal, o provimento dos serviços deve ocorrer dentro e fora da unidade, seja no domicílio dos pacientes, ou em locais do território que sejam capazes de comportar as ações. Além disso, o escopo das ações de saúde deve contemplar ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários.

No intuito de garantir que este tipo de atendimento seja ofertado, a PNAB prescreve a composição das equipes de saúde, as quais devem ser multiprofissionais e exercer carga horária de 40 horas semanais. A composição das equipes multiprofissionais é indicada na Figura 31. Cabe destacar que, além do quadro estipulado, a PNAB sugere a possibilidade e inserção de outros profissionais na composição do quadro, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população da localidade.

Diante do exposto até aqui, a Figura 31 sintetiza as principais prescrições e diretrizes do Ministério da Saúde para a Estratégia Saúde da Família.

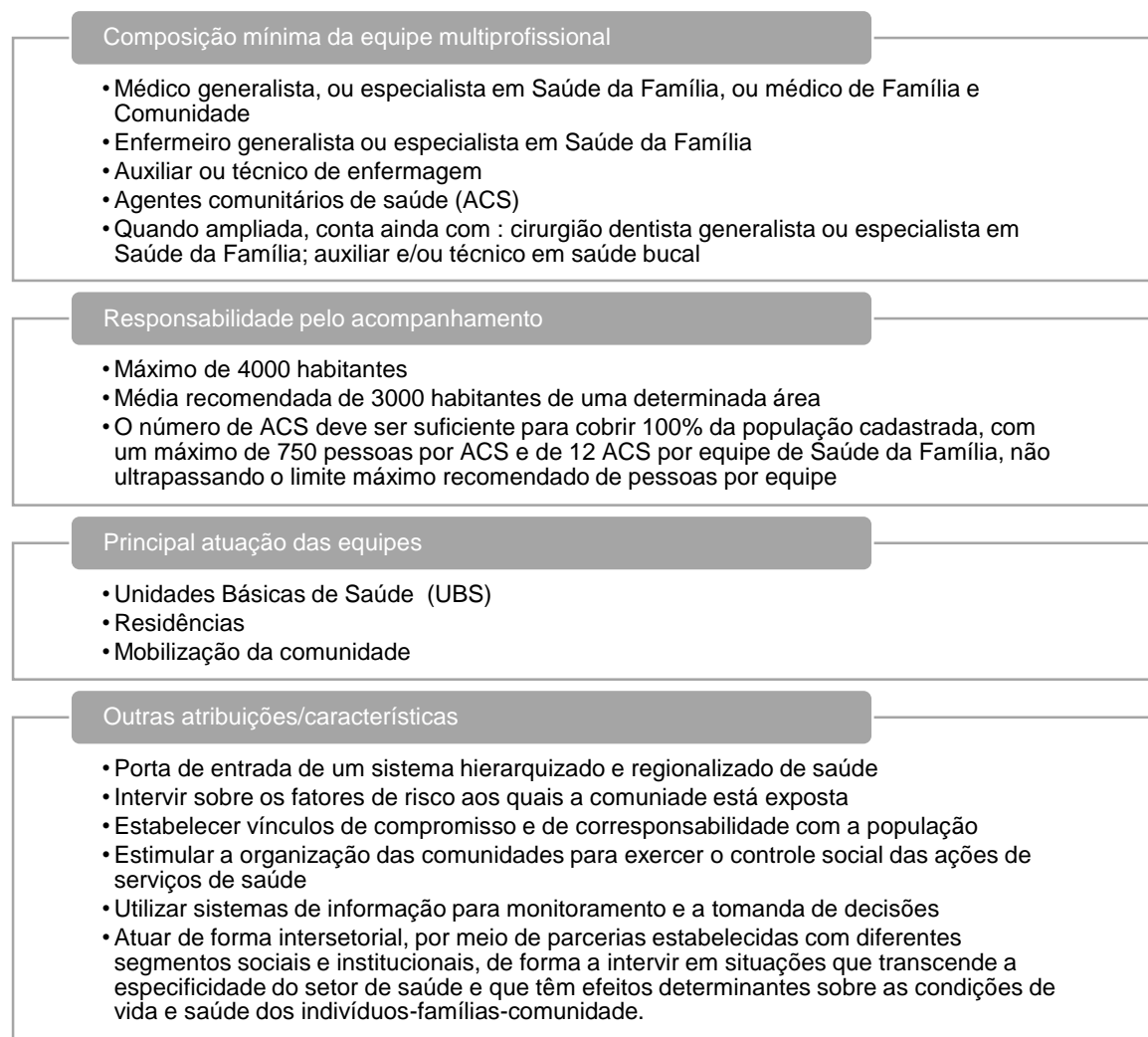


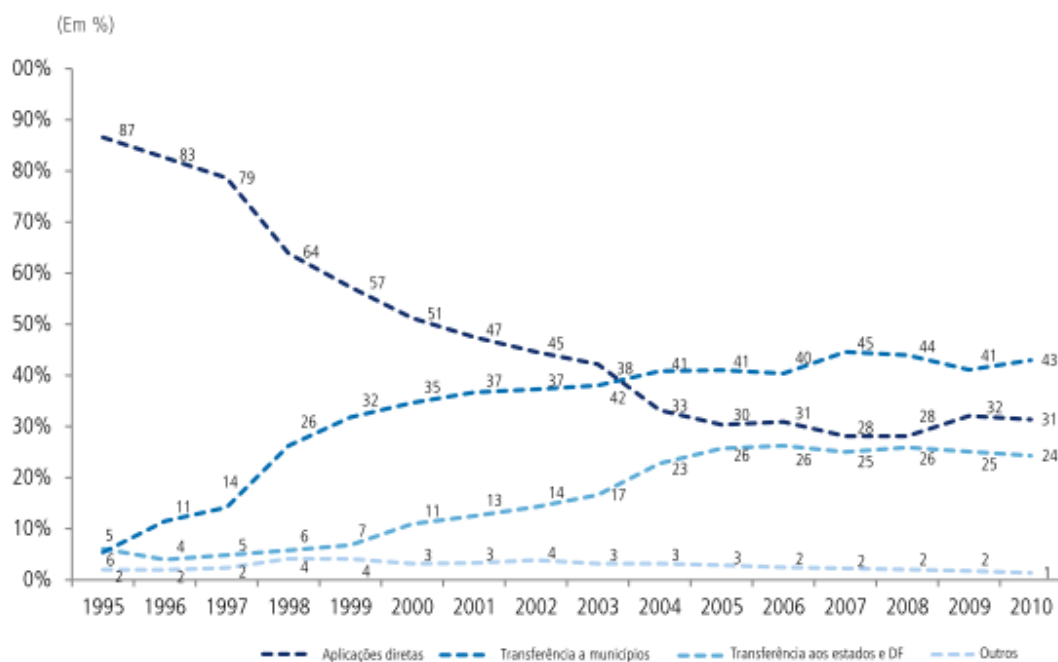
Figura 31: Síntese das principais especificidades da Estratégia Saúde da Família
 Fonte: Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012)

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel fundamental para concretizar as diretrizes da ESF, principalmente aquelas referentes ao conhecimento do território e das necessidades da população adscrita. Nesses sentidos, é válido especificar as principais atividades prescritas pela PNAB cuja responsabilidade é do ACS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.48-50):

- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis

- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês
- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe

Outro aspecto referente à concepção da Estratégia Saúde da Família é modelo atual de financiamento da atenção básica, o qual ocorre de forma tripartite. Ou seja, envolve as três esferas do poder executivo. De acordo com (PIOLA et al., 2013) esta configuração surge a partir da definição da Estratégia Saúde da Família como orientadora da atenção básica e do SUS (decisão tomada em 1996). No intuito de efetivar a reorientação de modelo, seria preciso expandir a cobertura da atenção básica. Desta forma, seguindo também a lógica da reforma administrativa e sanitária e as diretrizes de descentralização do SUS, o Ministério da Saúde disponibilizou incentivos para os municípios que passassem o novo modelo (ou seja, distribuição de recursos federais para estados e municípios). Este movimento de descentralização dos gastos pode ser observado na Figura 32, a qual estabelece uma comparação entre a participação percentual dos gastos diretos e dos recursos transferidos do Ministério da Saúde a outras esferas de governo no período de 1995 a 2010.

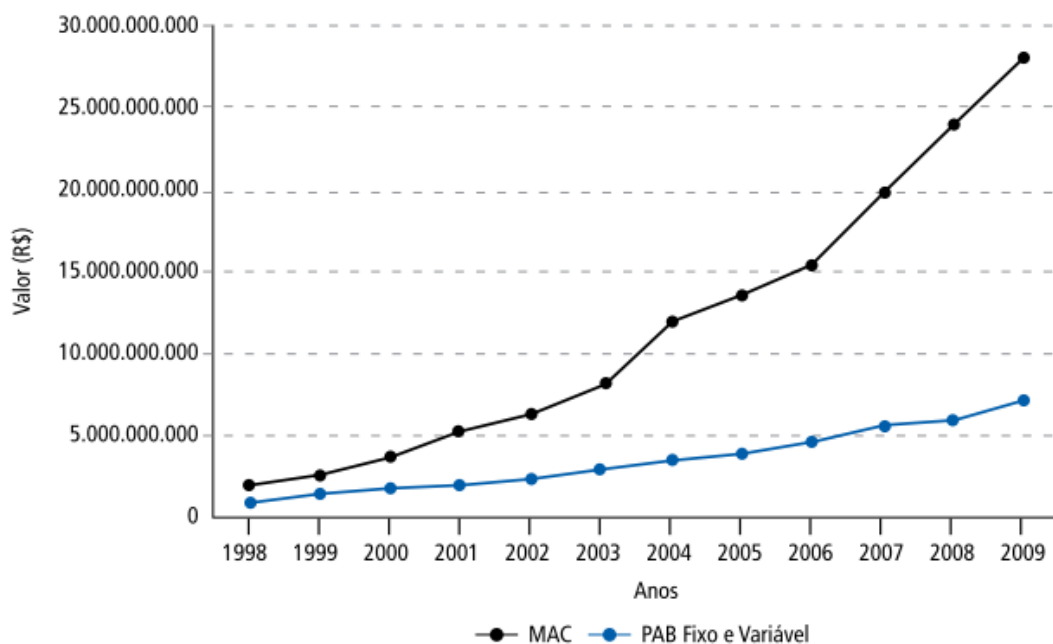


Fonte: SIAFI/Sidor. Elaboração: Ipea/Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc).

Figura 32: Descentralização dos gastos em saúde
 Fonte: PIOLA et al. (2013, p.26)

A estrutura orçamentária-financeira da atenção básica, conforme colocado por PIOLA et al. (2013), é dividida na alocação de recursos entre o Piso de Atenção Básica (PAB) -variável (voltado para o financiamento da Saúde da Família) e o PAB-fixo (recursos per capita para financiamento de toda a atenção básica, inclusive aquelas ações que não estão diretamente relacionadas ao PSF). Segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012), no âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde compõe o Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de Financiamento de Investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de atenção básica descritas na RENASES³⁰ e nos planos de saúde do município. Nesse sentido, a Figura 33 aponta a evolução da injeção de recursos por parte do Ministério da Saúde na atenção básica e em outros “níveis de atenção”. Nesta figura, é possível perceber que o crescimento das alocações nos PAB fixo e variável é consideravelmente inferior àquele referente à média e alta complexidade.

³⁰ A RENASES, por sua vez, é prevista no Decreto 7.508 de 2011, e consiste na relação de todas as ações e serviços públicos que o SUS garante para a população, no âmbito do SUS, com a finalidade de atender a integralidade da assistência à saúde.



Fonte: Diretoria de Atenção Básica/Ministério da Saúde ⁽²⁴⁰⁾

Figura 33: Evolução dos recursos investidos pelo Ministério da Saúde na média e alta complexidades e nos PAB fixo e variável, Brasil período 1998 a 2009
 Fonte: MENDES (2012, p.100)

A partir desta lógica de repasse de recursos, cabe ao município, portanto, prestar contas à União e ao Estado, conforme o cronograma pactuado. Dessa forma, a PNAB estabelece que este processo de prestação de contas deve ocorrer por meio dos seguintes mecanismos:

- Os municípios deverão remeter, por via eletrônica, o processamento da produção de serviços referentes ao Bloco AB ao Ministério da Saúde ou à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com o cronograma pactuado
- A comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.
- A prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou município e à Câmara Municipal. A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na prestação de contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle

Por fim, a PNAB também prescreve elementos que devem compor a infraestrutura das unidades. Segundo a PNAB, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b), o qual, resumidamente, estabelece requisitos das instalações como, por exemplo, a necessidade de espaços físicos que componham consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica. Além disso, é previsto área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros.

Mesmo que essas diretrizes e requisitos sejam provenientes de decisão no nível federal, há situações nas quais o governo municipal “estrita” ainda mais os requisitos para conformação das instalações. Este é o caso, por exemplo, do município do Rio de Janeiro, que desenvolveu diretrizes para o projeto arquitetônico de suas Clínicas Saúde da Família, conforme apresentado nas Figura 34.

“A Clínica da Família possui, aproximadamente, 1.200 m² de área construída e 2.000m² de área total. É localizada em área próxima à comunidade adscrita, permitindo fácil acesso aos usuários e equipes. O projeto e a construção são realizados de maneira que preserva o meio ambiente e minimiza gastos em diversos aspectos. A construção é em estrutura modular, racionalizando a obra. A água da chuva é armazenada e reutilizada. Um jardim interno proporciona ventilação e iluminação naturais. Todos os espaços internos são projetados a fim de otimizar ao máximo a luz natural, reduzindo o consumo de energia elétrica. O acesso à Clínica e suas dependências respeitam as normas de acessibilidade para portadores de necessidades especiais. ” (OTICS, 2014)³¹

³¹ No link <http://goo.gl/dpDeze> (acessado em novembro, 2014) é possível acessar o projeto detalhado de unidades saúde da família.

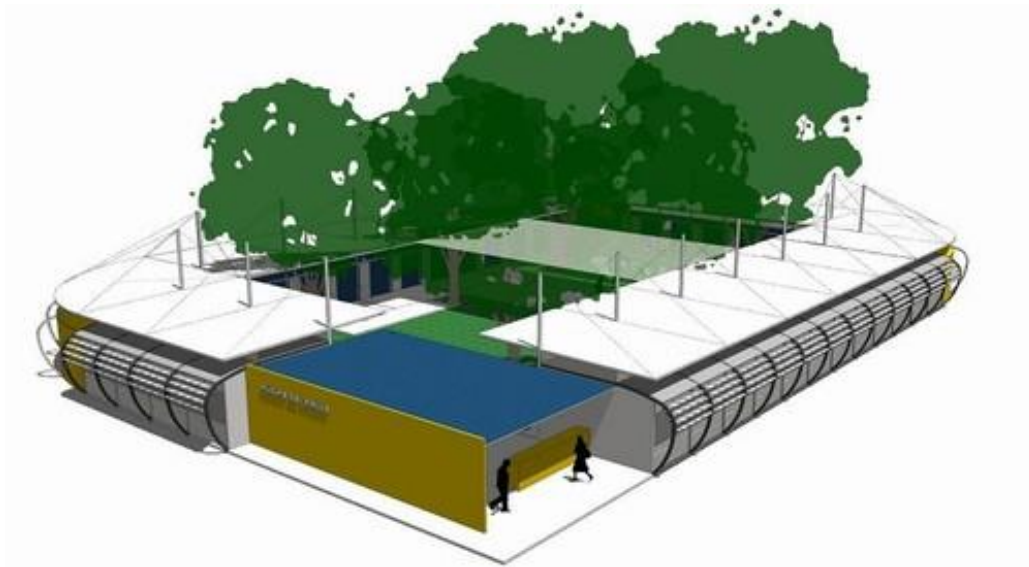


Figura 34: Projeto arquitetônico de Clínica da Família
 Fonte: Rio Urbe³²

Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde do referido município desenvolveu um manual de “orientações para reformas/adequações das unidades básicas de saúde (Centros Municipais da Saúde) da cidade do Rio de Janeiro”, cujo intuito, como o próprio nome diz, é nortear as reformas e o processo de transição dos CMS, assim como a construção de novas unidades. Neste documento, há descrição minuciosa de cada espaço, concebida de modo a favorecer o processo de trabalho de forma responsável e humanizada. A Tabela 14, a título exemplificativo da granularidade das especificações, sumariza a descrição de tais espaços.

Tabela 14: Descrição dos espaços mínimos das Clínicas da Família

Espaço	Quantidade e mínima	Descrição/finalidade
Academia carioca	1	-
Auditório (centro de culturas e ideias)	1	Amplo espaço para atividades em grupo, capacitações, atividades educativas, etc. Equipado com computador e data show.
Banheiro para funcionários	1	-
Banheiro para pacientes	2	-
Consultório de atendimento à criança	1	Idealizada em toda sua organização para um atendimento humanizado e acolhedor, este espaço possui todos os equipamentos necessários ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Um espaço decorado com brinquedos e livros de cunho educativo.
Consultório de atendimento a hipertensos e diabéticos	1	Espaço para atendimento individual ou em grupo, com enfoque nas ações de educação em saúde, para os portadores de hipertensão ou diabetes.
Consultório de	1	Destinada ao acompanhamento da saúde da mulher em todos

³² Disponível em <http://goo.gl/6Hn3gE>. Acessado em novembro, 2014.

Espaço	Quantidade e mínima	Descrição/finalidade
atendimento à mulher		os seus ciclos de vida, este espaço se diferencia por possuir equipamentos e mobiliário específicos, além de um espelho com a finalidade de estimular a prática do autoexame de mama.
Consultório de atendimento mãe-bebê	1	Este espaço é dedicado às puérperas e seus filhos, para orientação dos cuidados gerais ao recém-nascido e incentivo ao aleitamento materno.
Consultório diferenciado por equipe	6	Cada equipe tem seu consultório próprio, onde os profissionais podem personalizar o espaço de acordo com suas características e de cada comunidade. Todos os consultórios apresentam macas multifuncionais, computador de acesso ao prontuário eletrônico, com receitas impressas, armário para objetos e livros pessoais de apoio clínico e material de apoio institucional.
Consultório odontológico	1	Dispondo de equipamentos de última geração, as salas de saúde bucal permitem que os profissionais da área ofereçam atendimento odontológico de excelente qualidade. Também contam com materiais educativos para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, como escovação supervisionada e a Técnica de Restauração Atraumática (TRA), que pode ser realizada nas escolas ou visitas domiciliares.
Copa	1	-
Depósito de material dos ACE	1	-
Escovário	1	Espaço onde os usuários recebem instrução de higiene oral e aplicação tópica de flúor. Também pode ser utilizado em ações coletivas de promoção.
Farmácia	1	-
Horta fitoterápica	1	-
Recepção, espera e acolhimento	1	Ao chegar às Clínicas da Família, os usuários são acolhidos por um profissional de sua equipe, onde serão orientados e atendidos de acordo com suas necessidades
Sala da administração	1	-
Sala de coleta	1	Local para coleta de exames laboratoriais.
Sala de curativos	1	Local para realização de curativos.
Sala de expurgo/esterilização	1	-
Sala de imunização	1	Sala para aplicação das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação.
Sala de procedimentos	1	Sala para realização de diversos procedimentos como nebulização, aferição de pressão arterial, administração de medicamentos, verificação de glicemia capilar, etc.
Sala de raio-x	1	Sala para realização de exames de Raio X.
Sala de recreação infantil	1	-
Sala de repouso/observação	1	Espaço para observação/repouso e hidratação venosa.
Sala de reuniões	1	Espaço para reuniões das equipes e discussão do processo de trabalho.
Sala de ultrassom	1	Sala para realização de exames de ultrassonografia.
Sala dos ACS e ACE	1	Criada para abrigar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Vigilância em Saúde, esta sala apresenta a união entre tecnologias de saber popular e cultural da região, promoção da saúde, avaliação de determinantes sociais, metodologias educacionais, prontuário eletrônico com alertas para monitoramento e busca ativa de casos, criação de plano de cuidado personalizado para cada microárea e família de

Espaço	Quantidade e mínima	Descrição/finalidade
		responsabilidade de cada agente.
Vestiários	2	-

Fonte: Adaptado de DORIGHETTO (2010)

Além do mínimo estabelecido para os espaços, há um segundo Manual desenvolvido pelo município do Rio de Janeiro que estabelece a relação de equipamentos e mobiliário que cada espaço deve conter, assim como os padrões para programação visual e material de divulgação³³.

As concepções e prescrições da Estratégia Saúde da Família nem ocorrem da maneira prevista quando da prestação dos serviços nas unidades e do âmbito gerencial e municipal. Dessa forma, foi identificado na literatura alguns problemas, desafios comuns à operacionalização da ESF. Estas características são apresentadas, de forma resumida, no item que segue (2.5.2).

2.5.2 Problemas e desafios identificados na operacionalização da Estratégia Saúde da Família

A literatura reconhece alguns problemas e desafios comuns na operacionalização ou implantação da Estratégia Saúde da Família. Alguns deles são percebidos nas USF e outros no âmbito dos governos municipais e das Secretarias Municipais de Saúde. Estes problemas foram mapeados pela autora. Neste tópico, pretende-se expor os principais problemas e desafios mapeados³⁴.

- a) **Formação/composição de equipe e relações de trabalho:** MENDES (2012) identifica que há lacunas na composição da equipe e da carga horária disponível por cada profissional. O trabalho e a prestação de serviço ficam focados/centrados na figura do médico e do enfermeiro, mantendo a tradição biomédica de se prover o cuidado. O enfermeiro apresenta funções duplicadas, uma vez que se encarrega da gestão da unidade e também é responsável por atendimentos clínicos. Além disso, os tipos de vínculos

³³ A exposição, neste documento, do conteúdo do referido manual não foi considerada relevante o suficiente. No entanto, para eventuais interessados, o mesmo é de fácil acesso no portal da prefeitura do Rio de Janeiro.

³⁴ A autora não se limitou a chamar os pontos aqui abordados de problemas pois muitos dos abordados pela literatura apresentam um caráter “falta de”, que indiretamente se remetem a ausência de algum aspecto dentro de uma realidade ideal. Como em muitos casos não é possível discernir se esta realidade ideal decorre de proposição/convicções do autor ou das diretrizes regulamentadoras da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Básica, optou-se por chamar essas ausências de “desafios”.

trabalhistas podem influenciar diretamente na perspectiva do trabalhador e no ambiente de trabalho como um todo. SERRA; RODRIGUES (2010) coadunam com esta percepção acerca do vínculo trabalhista, que muitas vezes são precários, acrescentando críticas em relação à insuficiência da formação dos profissionais para a saúde da família; às condições de trabalho não satisfatórias e aos baixos salários. Ainda em relação à pessoas, ROSENDAL et al. (2013) apontam que médicos da família geralmente apresentam dificuldades em relação demandas de cunho psicológico. MENDONÇA et al. (2010) identificam ainda a necessidade de estratégias de fixação de profissionais de saúde e rotatividade dos profissionais, as quais devem ser acompanhadas de incentivos e de uma política municipal de qualificação.

- b) **Gestão:** BARBIERI; HORTALE (2005) afirmam que há baixa eficiência e eficácia gerencial na operacionalização da ESF. Os autores justificam esta afirmação principalmente com base na conduta e tratamento dado aos indicadores e às informações, os quais são fundamentais para se estabelecer a gestão por resultados (uma das diretrizes vigentes da administração pública/gespública). Segundo eles, a primeira deficiência consiste na falta de indicadores enquanto instrumentos de crítica às atividades gerenciais nas unidades. Além disso, os resultados não são conhecidos por todos os níveis gerenciais envolvidos, e as reuniões gerenciais apresentam mero cunho informativo, as quais não envolvem questões de avaliação de desempenho. BARBIERI; HORTALE (2005) destacam que os aspectos legais da administração pública reduzem a autonomia de gestão, sendo considerados como *“um grande nó crítico no processo de implementação da atual política de saúde no Brasil”*.
- c) **Programação dos serviços:** MENDES (2012) aponta que geralmente as USF programam sua oferta de serviço sem considerar as necessidades da comunidade, em típica conduta da gestão baseada nos meios (MALIK; NETO, 2012). De acordo com MENDES (2012), *“a programação da oferta assenta-se, fortemente, em parâmetros construídos a partir de séries históricas que nada têm a ver com as necessidades de saúde da população, mas a padrões de oferecimento de serviços fortemente pressionados por interesses de prestadores”*. O autor defende que o processo de territorialização também afeta a programação com base nas necessidades,

principalmente quando as famílias e indivíduo não são devidamente cadastradas e vinculadas. Esta deficiência faz surgir restrição inerente de conhecer suas características e necessidades.

- d) **Sistemas de informação:** este aspecto se refere principalmente à falta de prontuários clínicos eletrônicos, os quais são essenciais para promover cuidados adequados a portadores de condições crônicas e para realizar a gestão de base populacional (esta última é necessária para exercer as funções de coordenação da rede de atenção à saúde). Nesse sentido, SANTOS; RIBEIRO (2015, p.2) afirmam que “é essencial a existência de qualidade nos registros médicos, que, além de fornecer informações precisas sobre o estado de saúde das pessoas atendidas em determinado território, possibilitam o gerenciamento das ações dos profissionais da APS”.

- e) **Infraestrutura adequada:** MENDES (2012) aponta que 75% das unidades básicas do SUS não apresentam condições mínimas de infraestrutura, sendo muitas delas reconhecidas pela tradicional visão de “posto de saúde”.

- f) **Sistemas de apoio diagnóstico:** MENDES (2012) lista fatores que contribuem para a fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico como: insuficiência na carteira de exames; ausência de protocolos clínicos; oferta insuficiente (quantidade e qualidade) da coleta; baixa qualidade do transporte das amostras; ineficiência e baixa qualidade no processamento dos exames; demora no resultado do exame; e grande número de exames realizados que não chegam aos médicos que os solicitaram.

- g) **Navegação na rede de serviços:** SERRA; RODRIGUES (2010), ao analisar sistemas de referência e contrarreferência elencam sete características que restringem o processo de encaminhamento de pacientes a outros serviços. São elas: limitada oferta de consultas e exames; inexistência ou precariedade da contrarreferência; má organização das atividades de regulação; baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos; precariedade em termos de sistemas de informação e comunicação; significativa influência política na gestão das unidades; grande diversidade na denominação das unidades de saúde e multiplicidade das grades de oferta de serviços.

3 MÉTODO

Este tópico descreve as questões metodológicas assumidas e adotadas na pesquisa, a partir da seguinte estrutura:

- Classificação da pesquisa (3.1)
- Método de trabalho (3.2)
- Revisão da literatura (3.3)
- Modelo teórico de análise (3.4)
- Estudo de caso (3.5)

3.1 Classificação da pesquisa

Esta pesquisa é aplicada, pois visa compreender a operacionalização de um programa público e extrair direcionamentos que possam ser aplicados por gestores públicos na gestão de suas organizações e por atores que compõe o quadro decisório das ações governamentais, principalmente a nível municipal. Mesmo com as especificidades de cada instituição inserida na administração pública, entende-se que a experiência de uma organização pública pode apoiar a tomada de decisão de outros gestores. (BOOTH; COLOMB; WILLIAMS, 2008; GRAHAM, 2010; SOARES, 2012)

LACERDA et al. (2007) propõem uma tipologia para classificação de pesquisas em Engenharia de Produção, a partir de diversas características de métodos científicos. O resumo desses critérios consolidados para o delineamento da pesquisa, e adaptados para a mesma, pode ser visto na Tabela 15.

Tabela 15: Classificação da pesquisa

Critério	Classificação	Justificativa
Natureza	Aplicada	Segundo BOOTH; COLOMB; WILLIAMS (2008), uma pesquisa é considerada aplicada quando a mesma busca produzir conhecimentos que apresentem consequências práticas para resolução de problemas específicos. No caso do presente trabalho, o problema de pesquisa possui origem e resultados práticos, já que objetiva entender as práticas e regras locais quando da operacionalização de um programa público.
Abordagem	Qualitativa	A abordagem qualitativa assume a existência de elementos subjetivos, e que não podem ser quantificáveis, quando da "interpretação dos fenômenos" e da "atribuição de significados" (SILVA; MENEZES, 2005). Assim, dado que a presente pesquisa apresenta organização, análise, interpretação e crítica de fontes de dados bibliográficos, documentais e de entrevistas, a mesma configura-se como de abordagem qualitativa.

Critério	Classificação	Justificativa
Objetivo de estudo	Exploratória	O trabalho é classificado como exploratório, uma vez que tem como objetivo "proporcionar maior familiaridade com o problema de pesquisa estudado, de forma a torná-lo mais explícito" (SILVA; MENEZES, 2005). Cabe que ressaltar, que até o presente momento não foi encontrada nenhuma abordagem que se assemelhe a proposta de pesquisa, apesar dos muitos estudos sobre o objeto.
Procedimento técnico	Pesquisa Bibliográfica	Concebida a partir de textos já publicados (LAKATOS; MARCONI, 2007). A revisão da literatura é considerada, neste trabalho, fonte dos elementos que condicionam a operacionalização da estratégia saúde da família.
	Estudo de caso	Em relação aos estudos de caso, "representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo "como" e "por que", quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. " (YIN, 2010). Para BENBASAT, GOLDSTEIN e MEAD (1987), o estudo de caso é uma estratégia adequada para capturar conhecimento dos praticantes e desenvolver teorias a partir deste conhecimento.

Fonte: Adaptado de LACERDA et al. (2007)

3.2 Método de trabalho

O presente tópico visa descrever o método de trabalho empregado para alcance do objetivo da pesquisa. A Figura 35 se incumbe de ilustrar o método de pesquisa, o qual foi projetado a partir do objetivo de pesquisa definido no item 1.2 deste documento.

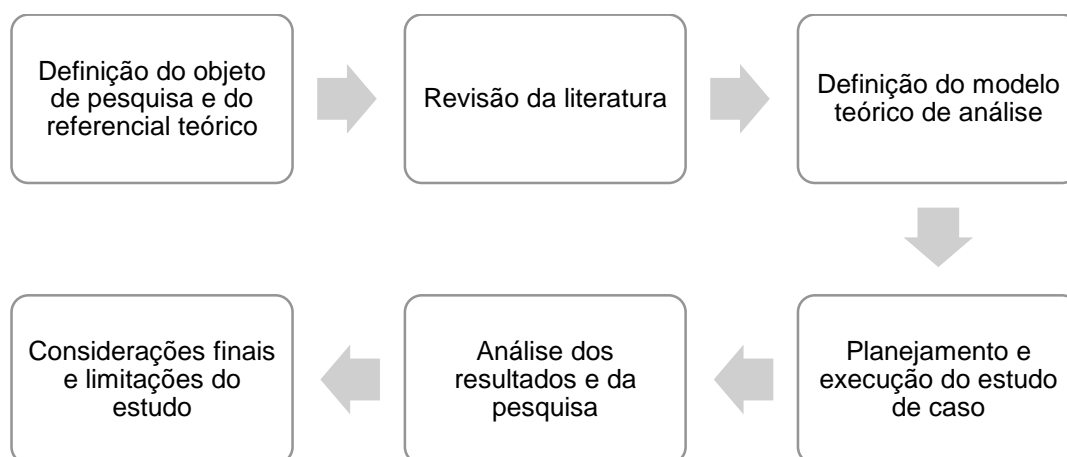


Figura 35: Método de trabalho

O método de pesquisa se inicia a partir da definição do objeto de pesquisa e do referencial teórico que o envolve. Definido o referencial teórico, foi realizada revisão bibliográfica que serviu de suporte para compreensão da Estratégia Saúde

da Família enquanto política pública inserida no Sistema Único de Saúde. Além disso, este procedimento foi a base para definição do modelo teórico de análise para suporte ao estudo de caso. Uma vez que também faz parte dos objetivos da pesquisa observar a prática, foi realizado estudo de caso em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro para a identificação dos elementos que corroboram ou restringem a operacionalização do programa em nível local. Para tal, foi necessário elaborar um protocolo de pesquisa para guiar o estudo.

Os tópicos a seguir se encarregam de apresentar tais procedimentos.

3.3 Revisão da literatura

A revisão acerca do tema de pesquisa foi realizada na base Capes e possuía o objetivo de investigar, extensivamente, as principais tendências de abordagens acadêmicas sobre o tema “operacionalização da Estratégia Saúde da Família”. As etapas utilizadas para seleção de referências bibliográficas são apresentadas na Figura 36.

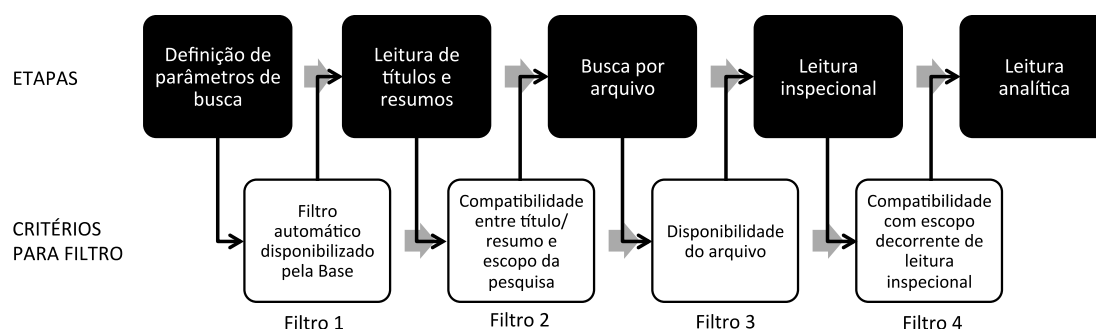


Figura 36: Etapas utilizadas para seleção de referencial bibliográfico

Nesta busca sistemática, realizada em maio de 2015, a primeira palavra-chave utilizada foi “saúde da família” em uma busca aberta (não avançada), que retornou com 7.519, uma quantidade considerada grande. Desta forma, filtrou-se por período, restringindo as publicações a partir de 1990, quando foi promulgada a lei orgânica da saúde (marco normativo de surgimento do SUS) e, portanto, esperava-se restringir o domínio excluindo textos e debates cujo objeto seriam mais distantes da configuração vigente do SUS. Este filtro retornou com 6.961 textos. Os tópicos emergentes foram os dispostos na Tabela 16.

Tabela 16: Tópicos que emergiram do resultado de “saúde da família” e respectivas quantidades de textos vinculados

Tópicos que emergiram do resultado de “saúde da família”	Quantidade de textos vinculados ao tópico (essas quantidades contêm duplicatas)
--	---

Tópicos que emergiram do resultado de “saúde da família”	Quantidade de textos vinculados ao tópico (essas quantidades contêm duplicatas)
Family health	740
Family Health Program	601
Saúde da Família	579
Programa Saúde da Família	552
Primary Health Care	549
Atenção Primária À Saúde	409
Enfermagem	165
Nursing	155
Salud de La Familia	147
Mental Health	131
Health Promotion	126
Health Education	111
Programa de Salud Familiar	101
Atención Primaria de Salud	99
Oral Health	95
Family Health Strategy	94

Esta quantidade foi considerada como não tratável, sendo necessário alterar os parâmetros de busca³⁵ a partir da redefinição de palavras chave e por migração na plataforma para busca avançada. Neste primeiro exercício foi possível observar que mesmo adotando palavra chave em português, havia também retorno de textos em inglês. Por esta razão as buscas prosseguiram em português.

A segunda iteração do processo ocorreu em busca avançada, mediante configuração de palavra-chave em “é exato” a “saúde da família” e “contém” “public”. Esses parâmetros retornaram 723 textos, que foram todos analisados por seu título e resumo, bem como a aderência destes ao objetivo de pesquisa. Destes 723 textos, considerando também a verificação de disponibilidade de material e leitura inspeccional, foram selecionados e inventariados 182.

A terceira iteração para levantamento de materiais de referência permaneceu na busca avançada, desta vez com as palavras chave “é exato” a “saúde da família” e “é exato” a “gestão”. Esses parâmetros retornaram 312 textos, que foram todos analisados por seu título e resumo, bem como a aderência destes ao objetivo de pesquisa. Destes 312 textos, considerando também a verificação de disponibilidade de material e leitura inspeccional, foram selecionados e inventariados 11. Este número foi reduzido, pois durante o processo de filtro por título, as duplicatas foram desconsideradas. Nesse sentido, pode-se concluir que este parâmetro é mais afim/direcionado ao tema de pesquisa por conta dos tópicos emergentes desta iteração, dispostos na Tabela 17.

³⁵ Alguns outros filtros de tópico foram procedidos, mas este processo não foi considerado relevante de ser exposto.

Tabela 17: Tópicos que emergiram do resultado de “saúde da família” e “gestão”, e respectivas quantidades de textos vinculados

Tópicos que emergiram do resultado de “saúde da família”	Quantidade de textos vinculados ao tópico (essas quantidades contêm duplicatas)
Saúde Da Família	56
Primary Health Care	54
Atenção Primária À Saúde	50
Programa Saúde da Família	49
Family Health	45
Family Health Program	43
Gestão Em Saúde	27
Health Management	21
Public Health	16
Saúde Pública	16
Sistema Único de Saúde	14
Saúde Mental	12
Mental Health	11
Family Health Strategy	10
Health Evaluation	10
Avaliação	9
Brazil	9
Primary Care	9
Health Policy	8

Em função da quantidade e diversidade de textos percorridos no processo supracitado, a autora considerou suficiente parar as iterações de busca com estes 193 textos, os quais foram devidamente processados e analisados.

Além disso, foi procedida uma busca não sistemática sobre operacionalização de políticas públicas, na qual buscou-se resgatar textos que apresentasse no próprio título alguma relação com o tema. Foram utilizados a plataforma Capes e o Google Scholar. Na base capes optou-se por realizar busca avançada, mediante configuração de palavra-chave em “contém” “operacionalização” e “contém” “política pública”. Esses parâmetros retornaram 88 textos, que foram todos analisados por seu título e resumo, bem como a aderência destes ao objetivo de pesquisa. Destes 88 textos, considerando também a verificação de disponibilidade de material e leitura inspecional, foram selecionados e inventariados 13. As mesmas palavras chave foram empregadas no Google Scholar. No total, como resultado, obteve-se 3 teses ou dissertações, 8 livros e 19 artigos, os quais foram inventariados.

Outras fontes bibliográficas foram utilizadas a partir de recomendações e busca do tipo bola de neve. Este número não foi contabilizado, mas podem ser estimados a partir das referências bibliográficas finais deste documento. Para gestão das referências bibliográficas, utilizou-se o software livre Mendeley®, que facilitou consideravelmente o processo de inventário e classificação dos materiais levantados na revisão da literatura, a leitura destes textos, além de facilitar também o processo

de escrita, seja em questões de formato como também de busca interna às notas de leitura.

3.4 Modelo teórico de análise

Uma vez que o objetivo de pesquisa consiste em levantar e identificar os desafios e as práticas assumidos pelos gestores municipais que atuam na área de saúde da família, foi necessário determinar os elementos que norteariam este levantamento empírico junto aos gestores. A autora denominou de modelo teórico de análise este conjunto de elementos que foram selecionados, a partir da revisão da literatura, para proceder com o estudo de caso. Este tópico, portanto, busca descrever o processo de seleção do modelo teórico de análise e o conteúdo do modelo selecionado.

O processo empregado para selecionar o modelo teórico de análise é sintetizado na Figura 37, o qual tem início com os resultados da revisão na literatura³⁶.

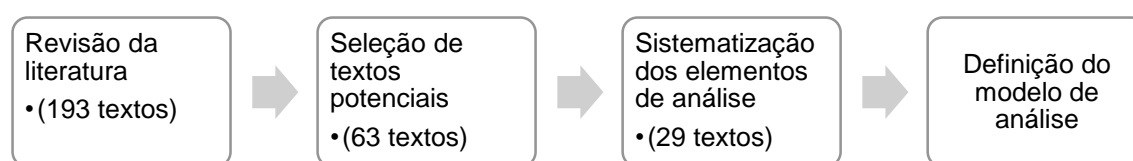


Figura 37: Processo de seleção do modelo teórico de análise

Dentre os textos selecionados para leitura analítica na revisão da literatura e, de fato lidos analiticamente para construção do referencial teórico, alguns deles foram considerados como potenciais para compor o modelo teórico de análise uma vez que estudavam analiticamente a Estratégia Saúde da Família ou a Atenção Primária à Saúde a partir de e com base em elementos determinados. Para se chegar a estes artigos potenciais, foi realizado um filtro dos 193 textos inventariados na revisão da literatura a partir do critério supracitado. Destes 193 textos, 63 deles foram considerados como potenciais por utilizar e/ou propor, em seu estudo, elementos determinados para analisar a ESF ou APS³⁷.

³⁶ Cujos procedimentos são descritos em 3.3.

³⁷ O critério para seleção de modelos potenciais considera não somente publicações relacionadas à Estratégia ou ao Programa Saúde da Família. Também foram incluídas propostas referentes à Atenção Primária à Saúde que tivessem relação ao programa estudado, desde que resultantes da revisão bibliográfica procedida.

Desta forma, foi procedida uma releitura destes textos com intuito de identificar os elementos. Nesta releitura, percebeu-se que 34 dos textos considerados como potenciais não apresentavam elementos de análise condizentes com o objetivo de pesquisa. As principais razões de não aderência identificadas foram: discussão sobre relevância de determinado tema de forma específica ou ampla; apresentação do contexto/trajetória/evolução histórica da ESF/APS ou de seus princípios³⁸; abordagem predominante de questões e conteúdos clínicos³⁹; proposição de solução ou análise de componentes muito específicos do contexto de atenção primária⁴⁰. Estes textos foram descartados. A Tabela 18 indica os tipos de texto que foram considerados para a etapa seguinte do processo.

Tabela 18: Tipos de texto considerados para seleção do modelo de análise

Tipo de texto	Quantidade
Artigo	19
Dissertação de mestrado	5
Livro	3
Relatório	1
Tese de doutorado	1
Total	29

Estes textos foram analisados sistematicamente com o intuito de extrair os elementos que os autores utilizaram para analisar a ESF e/ou APS. O resultado deste exercício está disposto no APÊNDICE 1. Desta lista de 29 modelos, observa-se que a maioria consiste em avaliações e/ou análises de modelos de atenção primária (por exemplo, comparações entre UBS tradicionais e Saúde da Família), proposições de indicadores de desempenho ou práticas voltadas para produção do cuidado. Deste inventário, destacou-se a quantidade de publicações (um total de 8) cujo objetivo era avaliar, por meio do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)⁴¹, o alinhamento das unidades de saúde de um território com os atributos da atenção primária definidos por STARFIELD (2002).

Isto seria uma justificativa aceitável para selecionar a ferramenta. No entanto, avaliando o conteúdo dos questionários, constatou-se que a aplicação da ferramenta

³⁸ E análises sobre este processo tendo como referencial a realidade brasileira ou caso de municípios específicos, tanto no âmbito político quanto no organizacional. É o caso, por exemplo, de MOROSINI (2007), VIANA; POZ (2005) e CAMPOS (2006).

³⁹ Esta dissertação não pretende afirmar, defender ou constatar que condutas clínicas são melhores ou recomendadas de serem seguidas.

⁴⁰ Como por exemplo, (a) o modelo de atenção crônica de MENDES (2012), (b) a análise dos benefícios de contratos de gestão, mecanismos de incentivos e da gestão por resultados em unidades de saúde colocados por DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS (2012); (c) a avaliação realizada por GAMA; LEITE; BALDINI (2007) de como a política de promoção de saúde de um município foi incorporada à Estratégia Saúde da Família; (d) proposição de competências de equipe ou profissionais como em MOTTA (2001) ou NASCIMENTO; OLIVEIRA (2010).

⁴¹ Apresentado em 2.3.2.3.

propriamente dita não permitiria a consecução dos objetivos desta dissertação, visto que nesta não se pretende avaliar alinhamento das unidades frente aos atributos da APS. Além disso, a utilização dos atributos propriamente dita conduziria as entrevistas, dado o que já foi ponderado sobre a não pertinência de avaliação, a situações hipotéticas de “se é”, “porque não é”, ou “como deveria ser”, que também se desviam do objetivo de pesquisa. Desta forma, a autora se debruçou sobre a obra de STARFIELD (2002) de modo a entender a origem das proposições desta ferramenta.

Nesta leitura, observou-se que o livro de Starfield é bastante extenso e com diversas proposições inerentes à APS, sendo a última delas, os atributos da atenção primária, os quais culminaram na ferramenta PCATool. Estes atributos são consequências da forma pela qual Starfield entende o sistema de serviços de saúde: a relação entre a capacidade do sistema e seu desempenho. "*A capacidade do sistema de serviços de saúde é o que propicia a prestação destes serviços. Seus elementos capacitadores consistem dos recursos necessários para oferecer os serviços*" (STARFIELD, 2002, p.55). Considerou-se, portanto, os elementos utilizados pela autora para entender a capacidade do sistema de serviços de saúde como alinhados aos objetivos da presente pesquisa. Estes elementos são indicados e descritos na Tabela 19 e foram selecionados para compor o modelo teórico de análise desta dissertação. Ou seja, o modelo selecionado foi o de STARFIELD (2002), quando a autora propõe elementos para analisar a capacidade do sistema de serviços de saúde.

Tabela 19: Modelo teórico de análise selecionado

Elemento	Descrição
Administração do sistema de saúde	Responsabilidade pela tomada de decisão (se há participação da população, etc.)
Pessoal	Inclui todos os envolvidos na prestação do serviço e sua educação e treinamento
Instalações e equipamentos	Inclui os prédios e os componentes físicos das instalações, incluindo elementos como instrumental laboratorial e tecnologia para diagnóstico ou tratamento
Delineamento da população eletiva para receber os serviços	Cada unidade do sistema de serviços de saúde deveria ser capaz de definir a comunidade à qual serve e conhecer suas características importantes em termos sociodemográficos e de saúde. Membros da população deveriam ser capazes de identificar sua fonte de atenção e estar conscientes da responsabilidade desta pela oferta dos serviços requeridos. Este elemento está relacionado ao atributo longitudinalidade e é abordado no capítulo 8
Gerenciamento e comodidades	Inclui características dos serviços que não aquelas diretamente relacionadas à atenção clínica (forma de registro dos resultados de exames; forma de tratar e abordar o paciente)
Variedade de serviços oferecidos pelas instalações	Gama de serviços disponível e oferecida na unidade (capítulo 10 do livro fala sobre esta decisão)

Elemento	Descrição
Organização de serviços	O pessoal trabalha em grupos ou individualmente? Quais os mecanismos para assegurar a confiabilidade e quem é responsável por oferecer os diferentes aspectos da atenção
Mecanismos para oferecer continuidade da atenção	Mecanismos utilizados para lidar com problemas que exigem mais de uma consulta ou exigem transferência de informação. (Continuidade é considerada no capítulo 11)
Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento	Não tem sentido possuir pessoal, instalações e equipamentos se não puderem ser utilizados por pessoas que deles necessitem. Existem diversos tipos de acessibilidade: acessibilidade em relação ao tempo (horário de disponibilidade), acessibilidade geográfica (adequação de transporte e distância percorrida) e acessibilidade psicossocial (existem barreiras de linguagem ou culturais à comunicação entre os funcionários, nas instalações, e os pacientes? A acessibilidade é considerada no capítulo 7 do mesmo livro.
Arranjos para financiamento	Método de pagamento dos serviços e como a equipe é remunerada por seu trabalho.

Fonte: STARFIELD (2002, p.55-58)

3.5 Estudo de caso

O método de estudo de caso é uma investigação empírica recomendada para auxiliar na compreensão de fenômenos sociais complexos, na qual busca-se explorar, descrever, explicar e/ou prever tais fenômenos. (YIN, 2010)

Este enquadramento é condizente aos objetivos da presente pesquisa, mencionados no item 1.2, razão pela qual o método de estudo de casos múltiplos foi adotado. Assim, o estudo de caso realizado possui como objetivo identificar como ocorre a operacionalização da Estratégia Saúde da Família em municípios, sob a ótica elementos de capacidade dos sistemas de serviço de saúde propostos por STARFIELD (2002). A intenção é identificar quais são os principais aspectos locais que dificultam ou favorecem a operação do Programa a nível local, e como estes aspectos são superados (ou não).

Desta forma, este tópico descreve os procedimentos adotados para condução do estudo de caso. Inicialmente, são apresentados e justificados os critérios empregados para definição das unidades de estudo (3.5.1), seguido dos meios de coleta e análise dos dados e informações (3.5.2). Por fim, há exposição do protocolo seguido para condução do estudo (3.5.3).

3.5.1 Seleção das unidades

A unidade de análise do estudo de caso, de acordo com o entendido por YIN (2010), é, nesta pesquisa, a operacionalização do PSF em municípios, descrita

inicialmente pelos elementos do modelo de STARFIELD (2002) para entender a capacidade dos sistemas de saúde (vide 3.4).

O critério de conveniência indicado por PATTON (2014) foi considerado para definição do Estado do Rio de Janeiro, em razão da celeridade e da logística. O mesmo critério foi utilizado para definição dos municípios estudados, desta vez por conta do acesso e da disponibilidade dos contatos nas respectivas secretarias municipais de saúde. Além disso, procurou-se os municípios com Pacto pela Saúde estabelecido e vigente junto ao Estado e que estivessem situados em regiões de saúde distintas, de modo que as experiências e as soluções para um mesmo problema fossem mais diversas. Os municípios selecionados foram Magé e Piraí. A Figura 38 situa os municípios estudados no mapa do Estado do Rio de Janeiro. O mapa possui divisão político-administrativa estabelecida pelas regiões e microrregiões de saúde. Os municípios estudados estão destacados em vermelho, com seus nomes em branco. Com o mesmo intuito, a Tabela 20 os caracteriza.

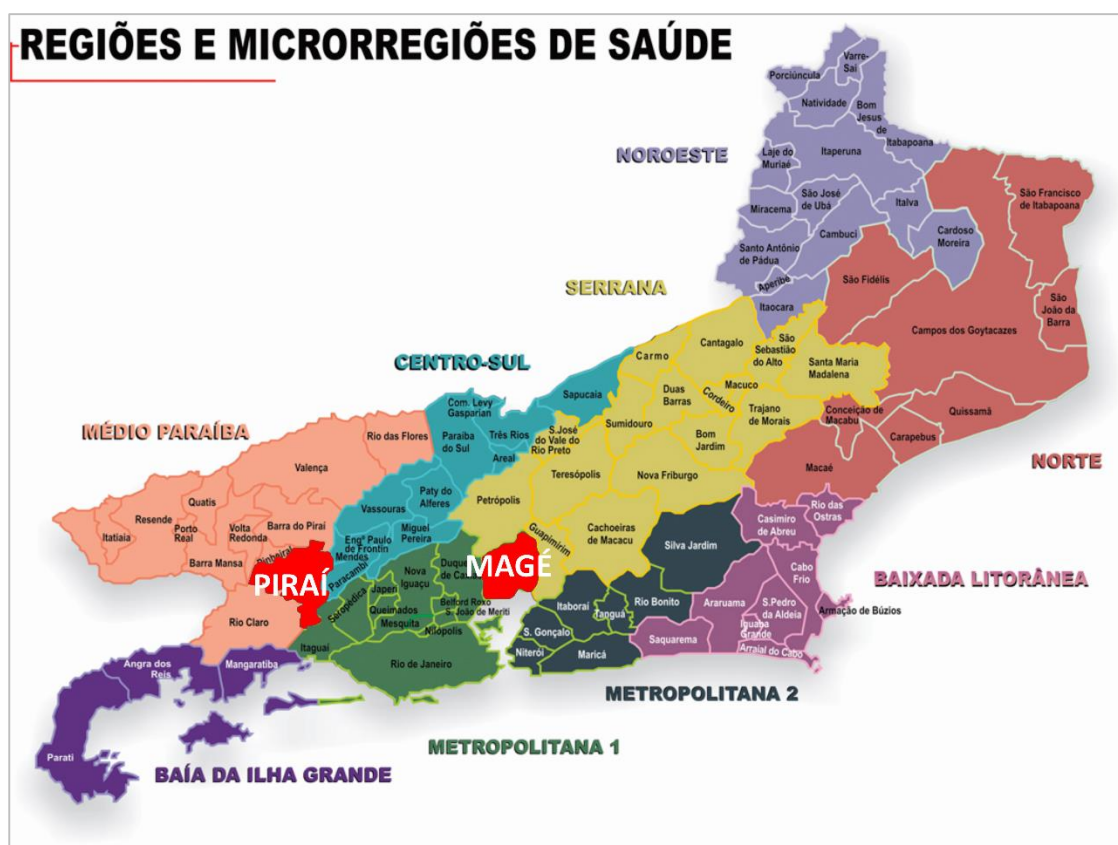


Figura 38: Regiões e microrregiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro
Fonte: Adaptado de CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (2015)⁴²

⁴² Os municípios destacados em vermelho são os municípios selecionados para o estudo de caso.

Tabela 20: Características dos municípios estudados

Características dos municípios		
Nome	Magé	Pirai
População em 2010	227.322	26.314
Área da unidade territorial (km ²)	388,5	505,38
Densidade demográfica (hab/km ²)	585,1	52,1
PIB a preços correntes	2.512.879	1.161.158
Índice de desenvolvimento municipal (IDHM)	0,709	0,708

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), (2010)⁴³

Os critérios de tamanho da amostra (EISENHARDT, 1989) e de máximas variações (PATTON, 2014) foram assumidos para definir quais Unidades de Saúde da Família que seriam estudadas no município. De acordo com PATTON (2014), este critério pode ser adotado em ocasiões nas quais importantes elementos podem ser avaliados, padrões de comportamento identificados, e desvios identificados e justificados. Esta decisão foi tomada em conjunto com os gestores das secretarias de saúde dos municípios, ocasião na qual estabeleceu-se que quatro Unidades seriam estudadas em cada município, que atenderiam aos critérios supracitados e, ainda, manteriam homogeneidade da amostra (PATTON, 2014).

3.5.2 Coleta e análise de dados e informações

YIN (2010) reconhece seis possíveis fontes de evidências em um estudo de caso, a saber: documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos. Nesta dissertação fez-se uso de fontes documentais e de entrevistas. Além disso, a autora visitou as instalações das unidades, fonte também de percepções acerca da pesquisa e de imagens. No entanto, como o tempo desta observação foi reduzido e o procedimento não foi sistemático, a observação direta não foi considerada uma fonte de evidência.

Entrevistas envolvem questionamentos diretos para pessoas sobre suas opiniões, experiências, sentimentos e conhecimento. Deste modo, optou-se por proceder com entrevistas semiestruturadas, em tom de diálogo. Por um lado, há um roteiro que orientada a condução das entrevistas, propiciando a coleta minimamente homogênea de informação. Por outro, garante liberdade ao entrevistado de discutir algum tópico pertinente e permite que as questões serão abordadas de modo mais direcionado às experiências e conhecimentos de cada entrevistado. Portanto, a

⁴³ Os dados referentes ao IDHM são fornecidos pelo IBGE em outra página, a saber: <http://goo.gl/1dmGtl> (acessado em Julho de 2015).

ordem previamente estabelecida dos questionamentos não necessariamente é seguida e novas questões surgem e complementam o roteiro. (PATTON, 2014)

As entrevistas foram realizadas, para ambos os municípios, com: (a) o gestor diretamente responsável pela coordenação do PSF na Secretaria Municipal de Saúde, e (b) os gestores das USF. Todas as entrevistas ocorreram separadamente, no local de trabalho dos gestores, no período entre julho e setembro de 2015, seguindo o cronograma disposto na Tabela 21.

Tabela 21: Cronograma de entrevistas

Município	Data	Duração aproximada	Entrevistadx
Magé	30/jul	01:08	Ex-coordenador do PSF
	03/ago	00:51	Conselheira Municipal de Saúde
	04/ago	01:37	Coordenador do PSF
	20/ago	01:06	Gestora da USF Partido
	20/ago	01:05	Gestor da USF Santa Dalila
	27/ago	01:20	Gestora da USF Nova Marília
	27/ago	00:45	Gestora da USF BNH
Piraí	05/ago	01:33	Gestora da USF Caiçaras
	28/ago	01:00	Gestora da USF Centro
	08/set	01:41	Gestora da USF Casa Amarela
	10/set	01:30	Gestora da USF Arrozal
	10/set	01:05	Coordenadora de Atenção Básica

No total, foram contabilizadas aproximadamente 14 horas e 30 minutos de entrevistas, e 26 horas em 1.450 quilômetros de deslocamento.

No caso do município de Magé, o trâmite⁴⁴ para o contato ao coordenador do PSF gerou mais entrevistas do que o previsto no protocolo de estudo de caso (abordado no item 3.5.3). Estas foram consideradas, apesar de fornecerem informações e percepções não necessariamente referentes ao tempo presente. A distinção temporal foi devidamente incorporada nas análises.

Todas as entrevistas seguiram o mesmo protocolo de modo a minimizar as fragilidades decorrentes da condução, mencionadas por SOBH & PERRY (2006). Esta é uma prescrição de YIN (2010) para se alcançar maior confiabilidade nos resultados.

Além disso, todas as entrevistas foram gravadas, com prévia autorização dos respondentes e transcritas posteriormente. A gravação permite que as notas durante a entrevista sejam focadas e reduzidas, permitindo que o diálogo seja mais fluido, sem a preocupação de perder alguma informação específica ou as reais palavras do

⁴⁴ O contato inicial se deu pelo ex-coordenador do PSF do município, que facilitou o acesso por meio do contato com uma atual Conselheira Municipal de Saúde, visto que trabalharam juntos à época. Esta Conselheira, por conseguinte, possibilitou o acesso ao coordenador atual do PSF.

entrevistado, e sem interrupções para escrita. Por outro lado, o fato de a entrevista estar sendo gravada pode inibir os gestores a expor suas opiniões e experiências ou influenciar suas respostas. Neste sentido, foi acordado com os mesmos que o anonimato seria preservado e que as transcrições das entrevistas não seriam divulgadas. Estes e outros consentimentos foram celebrados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo modelo encontra-se no APÊNDICE 2. Os documentos levantados foram aqueles disponibilizados pelos entrevistados. Sua reprodução e publicação nesta dissertação foram devidamente autorizados.

3.5.3 Protocolo de estudo de caso

O protocolo de estudo de caso possui aspecto fundamental no que tange o aumento de confiabilidade do estudo, uma vez que aborda pontos relacionados à configuração da pesquisa, aos procedimentos de coleta e análise de dados, e às questões que refletem os objetivos da pesquisa (MARTINS, 2008; PATTON, 2014; SOBH; PERRY, 2006; YIN, 2010). O protocolo de estudo de caso segue a estrutura geral indicada na Figura 39.

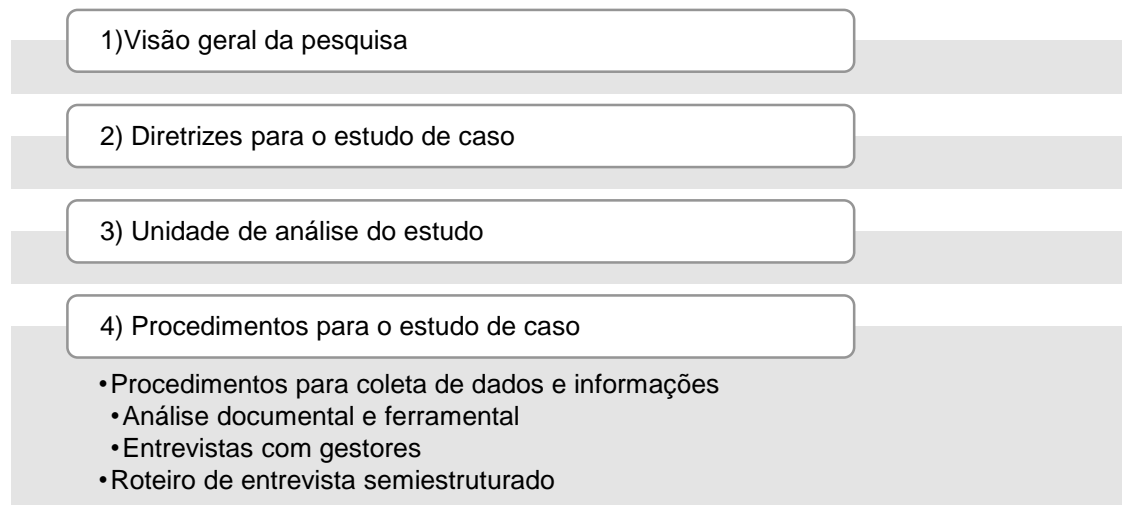


Figura 39: Estrutura do protocolo de estudo de caso

O conteúdo do protocolo desenvolvido e aplicado nesta pesquisa é disposto na íntegra no APÊNDICE 3. O mesmo foi disponibilizado e apresentado aos entrevistados previamente.

4 ESTUDO DE CASO

Tendo visto a síntese do quadro conceitual e o protocolo desenvolvido e utilizado para a condução dos estudos de caso, este tópico descreve os principais resultados dos casos estudados

4.1 Estudo de caso do município de Magé

Magé é um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, com área territorial de 388,5 Km², com uma população de 227.322 habitantes e densidade demográfica de 585,1 habitantes/km² (IBGE), conforme ilustrado pela Figura 40. O PIB a preços correntes do município é de 2.512.879 mil reais, acarretando em um PIB per capita de R\$11.291,62, conforme apontado pelo IBGE⁴⁵.

⁴⁵ Informação extraída do site do IBGE cidades, no link <http://goo.gl/PdhRbV> acessado em fevereiro de 2016.

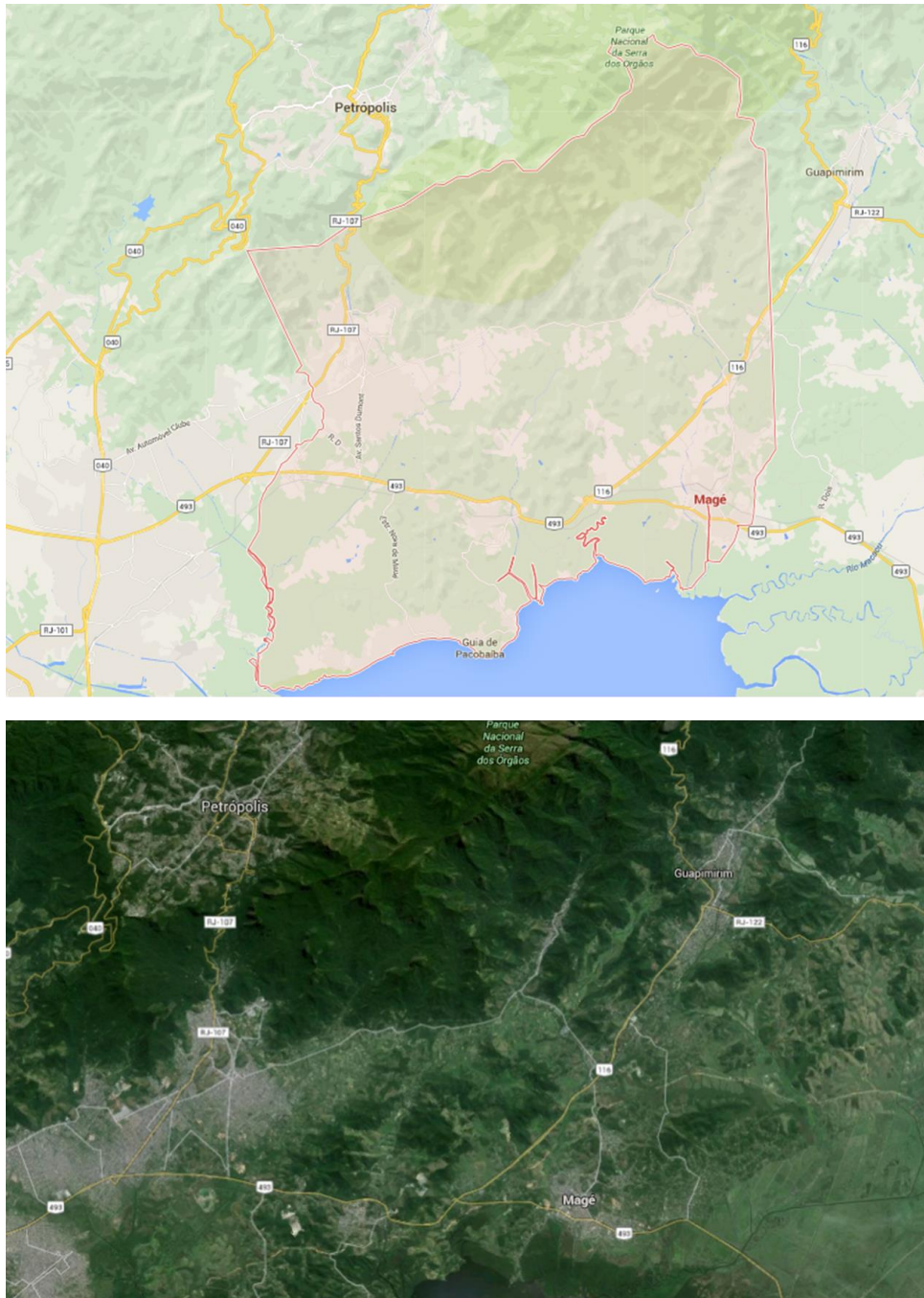


Figura 40: Mapas do município de Magé extraídos do *GoogleMaps*®

4.1.1 Administração do sistema de saúde

A cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica do município de Magé é de 75,47% (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2015a). A Figura 41 apresenta o mapa de cobertura do Programa no município. O recorte das micro áreas foi arbitrado pelo governo municipal à época da implantação do Programa. Segundo as entrevistas, a definição das micro áreas foi uma decisão política (e não epidemiológica ou com base nas características e

necessidades da população) e não houve qualquer tipo de alteração deste recorte desde então.

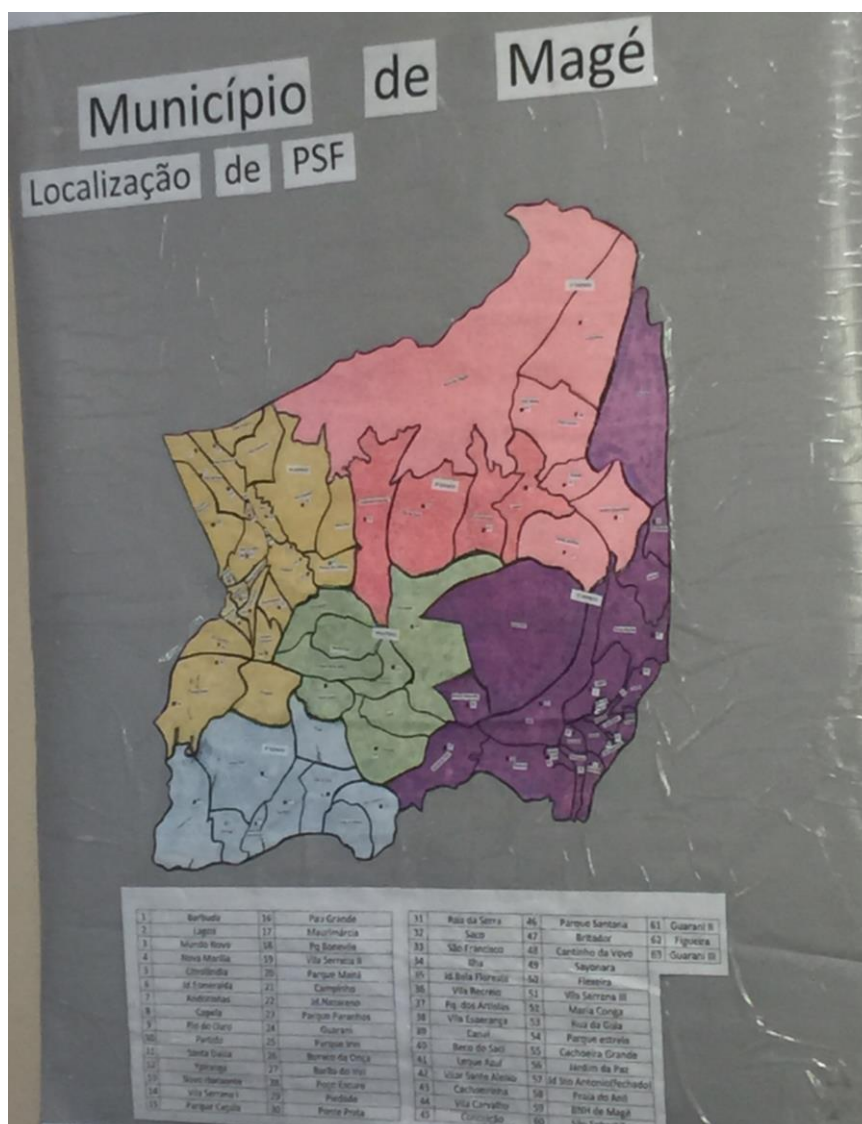


Figura 41: Mapa de cobertura do PSF no município de Magé.⁴⁶

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde sobre a abrangência populacional das unidades, “cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). No entanto, foi relatado que as unidades optam por operar com base nas necessidades e características da população. Uma das unidades visitadas atua em

⁴⁶ Fotografia tirada e reproduzida pela autora na Secretaria Municipal de Saúde mediante autorização. Trata-se de uma foto ilustrativa de como o Município é dividido nas micro áreas de atenção à saúde. A tabela abaixo do desenho do mapa do município é uma listagem das unidades de cada microrregião. Não há intenção de listar essas microrregiões.

território que abrange 36 mil habitantes e opera com uma equipe de saúde, relação distante daquela preconizada pelo Ministério.

Porém, isto não foi considerado pelos gestores como algo que compromettesse a capacidade de oferta dos serviços, como consultas médicas e de enfermagem. A crítica dos gestores, nesse sentido, se refere à atuação da unidade na região, pois a quantidade de pessoas e famílias acompanhadas pelos agentes aumenta, prejudicando, desta forma, a busca ativa, as visitas domiciliares, o vínculo, o diagnóstico⁴⁷ e o acompanhamento das condições de saúde. Até certo modo, é possível inferir que a redução da assertividade da atuação do agente comunitário, principalmente em relação à busca ativa, reduz naturalmente a demanda da unidade e aumenta a propensão à demanda espontânea. Ou seja, os pacientes deixam de ser trazidos à unidade pelos agentes para, por exemplo, “receberem” cuidados preventivos ou de promoção, direcionando a procura por cuidado de condições agudas e recebimento de medicação, que acabam sendo priorizados tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais.

A população que reside em área não coberta pode utilizar serviços de unidades de outra região – ou receber serviços que seriam de atenção básica em outro tipo de unidade de saúde - mas geralmente está fora das ações preventivas. Uma das USF visitadas, por exemplo, é próxima do centro. O centro é uma região que não possui cobertura e, portanto, não possui unidade ou agentes. Os residentes do centro são atendidos, mas não são visitados, pois não há cadastro. Por estas razões, a gestora da unidade aponta que o controle desta população é deficitário ou inexistente. A USF deve planejar capacidade para atender não somente a demanda decorrente de sua área de cobertura como também de áreas próximas que acabam por ser de sua responsabilidade.

A rede de prestação de serviço diz respeito a rede local que fornece e produz cuidado aos pacientes da USF, mas que, no entanto, não está contido no escopo de operação da USF. São serviços prestados por diferentes instituições e que propiciam um cuidado integrado ao paciente. O arranjo desta rede é uma decisão do município e representa a forma pela qual o sistema de saúde local é administrado.

Os principais serviços levantados nas entrevistas com os gestores são o atendimento com especialista, o atendimento especializado e exames complementares. Todos estes serviços, apesar de serem prestados por outros agentes, possuem demanda originária na USF, a qual tende a acompanhar o paciente na navegação na rede. Além dos serviços, ao final deste tópico são

⁴⁷ O aumento de práticas que fomentam o diagnóstico pode ser acompanhado de aumento de demanda, representada pelos novos pacientes diagnosticados.

descritas duas percepções levantadas nas entrevistas acerca da farmácia popular e o atendimento na rede privada, que também compõem o sistema local.

O município de Magé possui núcleos de especialidades (como uma policlínica⁴⁸) em Magé, Raiz da Serra e Santo Aleixo (distritos do município de Magé). Tais núcleos prestam serviços ambulatoriais com médicos especialistas. As três localizações facilitam o deslocamento da população e, por conseguinte, evitam faltas às consultas agendadas. Neste sentido, foi relatado pelos gestores que existe uma correlação entre estes dois fatores. Ou seja, quando o deslocamento é muito longo ou de difícil acesso geográfico, o índice de falta nos atendimentos ambulatoriais tende a ser maior do que quando a distância é pequena. De acordo com os entrevistados, isto ocorre por razões como falta de dinheiro para passagem e traslado, tempo disponível reduzido por conta da jornada de trabalho do paciente, ou não falta de alternativas de deixar os filhos. Portanto quanto mais próximo e acessível é o local do atendimento em relação ao local de origem, maior tende a ser a aderência do paciente.

Outro tipo de atendimento é o atendimento especializado. Geralmente, tal serviço é prestado por atores fora do município, por meio do mecanismo de referência e contra referência. São casos estaduais, nos quais o paciente precisa procurar a USF para ser encaminhado para o atendimento especializado⁴⁹.

O terceiro serviço provido aos pacientes por meio da rede é o de exames complementares. Eles podem ser fornecidos pela rede municipal ou por referência. Quando a demanda por exames complementares é identificada, a USF encaminha a solicitação para a secretaria. Alguns exames, como tomografia, são realizados no hospital municipal de Magé. No caso dos exames realizados fora do município, a USF deve preencher a guia de referência e contrarreferência (ANEXO 1) e enviar para a Secretaria Municipal de Saúde, que realiza o agendamento. Tendo a data e o horário do exame, o ACS leva tais informações na casa do paciente, além de instruir a respeito do exame e seus procedimentos. Um caso apontado nas entrevistas foi o de pacientes diabéticos acompanhados pelas USF e que precisam realizar exame de fundo de olho. Geralmente, o município possui a conduta de referenciar este tipo de demanda para o Hospital de Olhos Santa Beatriz, no município de Niterói.

⁴⁸*“Policlínica: Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015d)*

⁴⁹A dinâmica de prestação deste serviço é descrita em 4.1.7.

Qualquer cidadão com receita médica válida pode adquirir medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular⁵⁰ a preços reduzidos em até 90% do valor do mercado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b). O Programa desempenha um papel fundamental na ampliação do acesso a medicamentos. No entanto, de acordo com as entrevistas, percebeu-se que há redução do acompanhamento do paciente quando este deixa de buscar o medicamento na USF para buscá-lo na farmácia popular, sendo considerado um ponto negativo sob esta perspectiva. Muitas vezes o paciente realiza tal escolha em função da proximidade e do deslocamento. A Figura 42 representa a localização da farmácia popular do centro, cuja procura é bastante alta por parte dos pacientes.

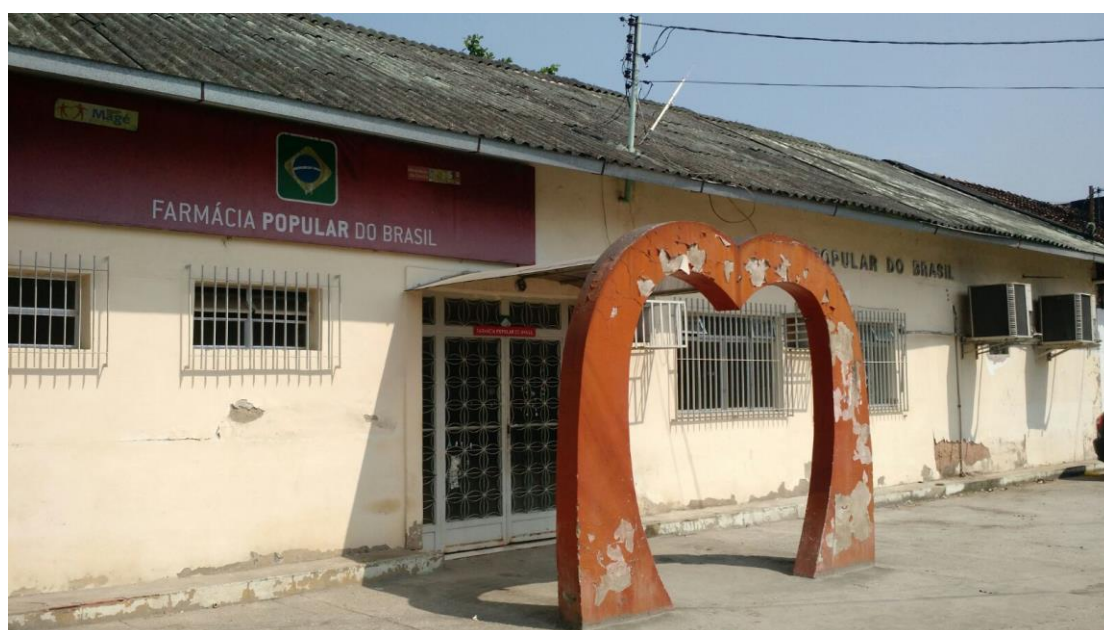


Figura 42: Farmácia popular do município de Magé.⁵¹

O último ponto a ser mencionado sobre o sistema de saúde se refere à parcela da população que é conveniada a planos de saúde privados e/ou que consome serviços de clínicas e ambulatórios populares⁵². A maioria das pessoas que aderem ao atendimento privado não frequenta assiduamente a USF. No entanto, estes indivíduos não deixam de utilizar serviços como vacinação, realização

⁵⁰“O Governo Federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. O Programa possui duas modalidades: uma Rede Própria de Farmácias Populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de ‘Aqui tem Farmácia Popular’ “ (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Disponível em <http://goo.gl/aB6Hfm>. Acessado em Setembro de 2015. A lista dos medicamentos incluídos no Programa encontra-se disponível em <http://goo.gl/HBvnN0>.

⁵¹ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

⁵² Trata-se de clínicas e ambulatórios privados que ofertam atendimento a preços baixos ou “populares”. Este tipo de modelo é bastante comum no município.

de curativos, exames que o plano “não cobre” e fornecimento de medicamentos. Houve relatos de casos em que, quando da busca ativa, o indivíduo se recusa a receber o agente em sua casa, alegando que não precisa dos serviços da USF em razão de possuir convênio. Por fim, também há situações em que o indivíduo não é acompanhado pela USF até o momento em que desenvolve “doenças mais caras”, cujo tratamento não está incluído ou é incluído parcialmente no atendimento privado. Nestes casos, percebe-se que a USF é utilizada como veículo para atendimento especializado e que é custoso no setor privado. Este grupo de paciente geralmente não possui intenção de ser acompanhado com fins preventivos.

Em determinadas localidades do município, não há (ou há em pequena quantidade) atendimento privado. Os gestores reconhecem a correlação de que a redução do acesso à atenção privada (seja por disponibilidade quanto por propensão de pagamento) aumenta a população acompanhada pela USF (e não apenas o volume de atendimento da unidade). Nestes casos, a USF se torna referência naquela comunidade, a verdadeira porta de entrada. O mesmo se aplica às localidades mais carentes. No que o indivíduo vai à USF em busca de materiais, por exemplo, ele é acompanhado.

4.1.2 Pessoal

A composição média das equipes de saúde da família no município de Magé é: médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A formação dos ACS geralmente é ensino médio completo, não havendo requisitos explícitos por parte da Secretaria para contratação destes.

No início da implantação do Programa no município, a Coordenação do PSF contratou médicos especialistas e estabeleceu uma sistemática de rodízio de especialidades nas USF, em razão da ausência de clínicos gerais ou médicos especializados em saúde da família. Adotou-se a política de contratar médicos de especialidades diferentes para atuar na saúde da família, porém estabelecendo rodízio para que sempre existisse uma especialidade em todas as unidades ao longo do mês. Esta decisão foi tomada também por conta da baixa disponibilidade de consultas com especialistas (o núcleo de especialidades ainda não existia) e da presença de condições de saúde específicas relacionadas principalmente à saúde da mulher e da criança, além de condições dermatológicas.

O cenário atual é um pouco diferente. Apenas uma das USF visitadas possui atendimento médico todos os dias. Segundo as entrevistas, não há problemas para contratação de médicos, trata-se de uma questão de respeitar limite orçamentário. A formação destes médicos é, em sua maioria, clínico geral. O coordenador do Programa mencionou que há, em algumas USF, médicos que possuem alguma especialidade, mas que atuam como generalista. Nenhuma das USF estudadas apresenta médicos com especialização em saúde da família (ou áreas afins).

O vínculo trabalhista aplicado para todos os funcionários é contrato por tempo determinado, com base na Consolidação das Leis Trabalhistas. Segundo as entrevistas, este tipo de contratação não prejudica o vínculo com a comunidade, apesar de ter sido relatado, por exemplo, que os médicos tendem a permanecer no Programa por menos de dois anos na média. Uma entrevistada relatou que a carga horária do médico estabelecida na contratação não é atrativa, fazendo com que haja um médico atuando em mais de uma unidade (razão para não haver consultas médicas diárias na maioria das unidades). Além disso, o médico não costuma residir no município e a rotina de deslocar-se até o município é custosa (por exemplo, há um pedágio cujo valor foi considerado alto).

Os ACS também são contratados por meio de contrato por tempo determinado. Este tipo de vínculo, no caso dos ACS, foi considerado por alguns entrevistados como um vínculo trabalhista precário. Isto porque propicia mudanças na equipe a cada mudança de governo. Como consequência, o vínculo com/entre a equipe e com a comunidade é interrompido. Os novos ACS ingressam sem capacitação e por meio de critérios de seleção próprios do novo governo/gestor. Quando este novo ACS começa a compreender o Programa, há nova troca de governo. O fato de o ACS pertencer à comunidade facilita o processo de aprendizagem e as mudanças nem sempre são totais. Há uma quantidade considerável de ACS que atua na mesma USF há mais de 5 anos. Em geral, os gestores relatam não haver muita rotatividade, mas cabe destacar que os gestores entrevistados atuam no Programa há menos de 2 anos.

O ponto positivo levantado em relação aos tipos de vínculos trabalhistas estabelecidos se refere à flexibilidade de alteração das equipes. Nas hipóteses em que o profissional não se adequa aos princípios e procedimentos do programa ou se não desenvolve boa relação/aceitação da comunidade, há possibilidade de adequá-lo em outras funções ou disponibilizar a vaga para outra pessoa.

O último aspecto relacionado ao pessoal diz respeito aos treinamentos e às capacitações. Os treinamentos e capacitações são centralizados na Secretaria Municipal de Saúde, que atualmente está investindo em capacitação. Conforme

mencionado, a formação dos ACS é ensino médio completo. O conhecimento de saúde advém bastante da experiência prática, além dos treinamentos ministrados pela Secretaria Municipal de Saúde e práticas locais de treinamento e reciclagem. Uma alta rotatividade pode prejudicar o acúmulo de conhecimento em saúde dos ACS.

Um exemplo de organização de capacitação para as USF foi o caso recente do e-SUS e humanização. A Secretaria Municipal de Saúde solicitou que quatro gestores de USF próximas planejassem e ministrassem capacitação de seus agentes de forma coletiva e conjunta. Assim, houve troca de práticas e conhecimento, além de que o treinamento foi direcionado àquela localidade.

Ainda sobre capacitação, houve destaque ao Telessaúde, um programa de educação à distância, educação permanente e cursos semipresenciais do Ministério da Saúde. No Estado do Rio de Janeiro, este programa é vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). As USF que já possuem este recurso possibilitam que a equipe reserve uma parte do dia ou da semana para se dedicar à educação continuada.

Outro ambiente de interação entre a equipe de uma USF são as reuniões de equipe. Estas reuniões são frequentes e contam com a equipe para discutir os problemas, sejam eles de pacientes (relacionais ou clínicos) ou problemas de convivência da equipe. Nestas reuniões a equipe revê e verifica as melhores formas de resolvê-los. Há educação continuada nesse sentido. No entanto, é comum relatos de que cada profissional toma suas ações para atuar em casos/situações específicas.

Não há reunião periódica formal para troca de práticas e experiências entre as USF. Porém é comum que os gestores se encontrem em sua rotina de trabalho. Em uma das unidades pesquisadas, a gestora entrevistada é recém contratada e relatou que, quando há oportunidade de encontro com outros enfermeiros, busca sempre tirar dúvidas. No geral, essas dúvidas são relacionadas a procedimentos administrativos. Como exemplo, ela mencionou a situação em que um paciente procurou a unidade e suspeitou-se de um caso de hepatite. A gestora não sabia como proceder e se informou com uma enfermeira gestora de outra unidade, que a instruiu dos procedimentos a serem seguidos.

4.1.3 Instalações e equipamentos

No início da implantação do Programa no município, o governo construiu as unidades tendo como referência a estrutura tradicional de posto de saúde. Desta forma, o conceito atual de USF não foi replicado às instalações atuais.

A estrutura física, por exemplo, não possui um auditório ou uma sala de reunião, como é sugerido pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). Por consequência, as equipes das USF não possuem espaço físico para interagir com a comunidade nas instalações. Geralmente, quando há campanhas ou ações de saúde que demandam tal espaço, as USF utilizam a área externa (a maioria possui uma espécie de quintal), transportando cadeiras e afins. Durante as visitas realizadas pela autora, houve o acompanhamento de uma ação de saúde voltada ao aleitamento materno conduzida pela Coordenação. Durante esta ocasião, foi necessário interromper o evento para alterar a disposição das cadeiras nas quais as mães com os seus bebês (público desta ação) estavam sentadas, pois o sol, a partir de certo horário, passou a ser considerado prejudicial aos bebês. Isto é um exemplo de inconveniente por não haver espaço físico adequado para interação com a comunidade.

Com vistas a remediar esta característica de não haver espaço para interação da equipe com a comunidade, foi identificado em uma das entrevistas que uma das USF visitadas dispõe de espaço fora da unidade, o qual é disponibilizado pela associação de moradores local. A sede da associação, portanto é utilizada como espaço para realizar reuniões, palestras educativas, entre outras atividades. Um exemplo mencionado na entrevista com a gestora desta USF foi o caso de uma oficina de reaproveitamento de alimentos, conduzida por uma nutricionista vinculada à Secretaria Municipal de Saúde⁵³.

Outro ponto relacionado a instalações e equipamentos se refere à manutenção. A manutenção predial e dos equipamentos são serviços que devem ser solicitados à Secretaria Municipal de Saúde, que possui parceria com outra Secretaria da prefeitura que presta este tipo de serviço. A solicitação do serviço é realizada por meio de memorando físico, visto que nem todas as USF possuem computadores ou telefones. A manutenção predial das instalações foi considerada

⁵³ Apesar disto, a associação de moradores não foi considerada pela gestora como atuante nas questões de saúde. Sua atuação neste âmbito se restringe à disponibilização do espaço físico. A associação também auxilia os pacientes com o comprovante de residência, que é necessário para realizar cadastro na USF e atualizá-lo. Este apoio é direcionado a, por exemplo, pessoas que residem em imóveis com “situação jurídica complicada” (termo utilizado pela entrevistada). Tal apoio consiste na elaboração de declaração de que aquela pessoa reside em determinado lugar.

pelos entrevistados como insuficiente, afetando muitas vezes os atendimentos. A Figura 43 representa uma amostra do estado de conservação das instalações, a partir de uma foto do consultório de uma das unidades estudadas.



Figura 43: Fotografia da sala de acolhimento e de atendimento de enfermagem de uma das USF visitadas no município de Magé.⁵⁴

Nenhum comentário específico foi proferido sobre a manutenção de equipamentos. Vale ressaltar apenas a conduta assumida por algumas USF em utilizar a autoclave do dentista para esterilizar materiais para atendimento na USF. Esta prática é assumida no caso das USF que possuem atendimento de saúde bucal.

Alguns móveis administrativos e/ou voltados aos atendimentos também se encontram em mal estado de conservação, prejudicando as operações das USF e o cuidado humanizado. Um caso a se mencionar, ilustrado na Figura 44, é do arquivo no qual os cadastros das famílias são armazenados. A relevância destes tipos de documento e informação é sabida (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012; FRANCO, [s.d.]; MELO et al., 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b; SANTOS; RIBEIRO, 2015), bem como sua forma de armazenagem. Segundo a gestora desta unidade, a USF não possuía local para arquivar tais documentos. Então dois ACS foram em um depósito tentar encontrar algo que pudesse cumprir tal função. O estado de conservação do móvel pode comprometer a integridade dos dados lá armazenados. Definitivamente, as condições atuais da infraestrutura das USF não

⁵⁴ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

estão consoantes às sugestões do manual de estrutura física das unidades básicas de saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b)



Figura 44: Arquivo de uma USF visitada no município de Magé.⁵⁵

Outro problema registrado sobre instalações é a falta de água frequente, que prejudica e muitas vezes inviabiliza a prestação de serviço, sendo necessária interrompê-la. Sem água não é possível, por exemplo, fazer curativo, realizar vacinação, e outras coisas básicas como lavar a mão para atender a um paciente. De modo a mitigar este problema, a Secretaria Municipal de Saúde contrata caminhões pipas para abastecer as USF. Segundo as entrevistas, a frequência de abastecimento não é suficiente. Uma das causas para esta insuficiência é o tamanho da caixa d'água, que possui volume de armazenamento não condizente com o consumo, e não há outro meio para estocar a água fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde. Na ocasião da entrevista, uma gestora relatou que estava há três semanas sem água. Segundo ela, foi necessário solicitar baldes de água a vizinhos para evitar a interrupção dos serviços na unidade. Cabe ressaltar que a falta de água é um problema crônico do município⁵⁶.

⁵⁵ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

⁵⁶ Algumas notícias sobre esta característica foram selecionadas. Observa-se que tal problema não é recente. Por exemplo: <http://goo.gl/GIz3sy> ; <http://goo.gl/gKG22B> ; <http://goo.gl/fsDxoL> ; <http://goo.gl/bUQhH4>. Todos os links foram acessados em Setembro de 2015.

4.1.4 Delineamento da população eletiva para receber os serviços

Desde o início do governo e da gestão vigente, não houve mapeamento epidemiológico dos territórios. Por isso, não é possível afirmar com precisão qual a característica epidemiológica da região. No entanto, de acordo com a demanda percebida pelos gestores, hipertensão e diabetes são consideradas prevalentes na região. As doenças da infância são controladas, pois há vacinação e esta população é bastante assídua.

Três dos quatro gestores entrevistados relataram a grande prevalência de idosos em seu território. Segundo eles, este aspecto demográfico aumenta as demandas (e conseqüentemente a necessidade por capacidade) por atendimentos e acompanhamento do Hiperdia. Além disso, o referido aspecto também implica no número de pacientes acamados e que, em razão de sua condição, requerem atendimento domiciliar e geralmente mais frequente (por exemplo, recebem mais visita dos agentes comunitários).

Ainda sobre o quadro epidemiológico e sua relação com o reconhecimento da população para oferta de serviços, é válido mencionar que dois dos gestores entrevistados apontaram que é comum que pacientes comuniquem para a unidade e para a comunidade o aparecimento de doenças, sejam elas descobertas na unidade ou em suas casas. A população que irá receber os serviços é dinâmica. Ampliar serviços que visem acompanhar e diagnosticar pacientes geralmente altera o perfil da demanda e das condições de saúde prevalentes na região. Conforme as ações relacionadas a diagnóstico se tornam mais amplas e eficazes, geralmente há aumento da demanda da unidade, que deve repercutir em ajuste de capacidade e (re) direcionamento da oferta de serviços.

Em relação ao acompanhamento na unidade, foi colocado por alguns dos gestores entrevistados que a quantidade de vezes que o paciente procura a unidade indica ou que não está havendo resolutividade ou que há alteração nas características epidemiológicas (seja por condição de saúde, seja por questões relacionadas à educação em saúde). Os pacientes, em sua maioria, tendem a não ser muito assíduos ou frequentes, apesar de serem os mesmos. Geralmente, buscam os serviços da unidade quando tem algum problema ou necessidade. A principal razão levantada foi a respeito das características de trabalho da população, a qual costuma sair muito cedo de casa para ir trabalhar e, muitas vezes em outro município, fazendo com que retornem em horário após o funcionamento da Unidade. A não assiduidade pode ser um fator que compromete o vínculo e o caráter de

prevenção e promoção de saúde. As USF geralmente não executam ação em educação em saúde para instruir a comunidade neste sentido.

O delineamento da população que irá receber os serviços da unidade também pode ser analisado sob o ponto de vista interno, quando o usuário já se encontra na unidade a procura de algum serviço. Neste caso, as práticas de acolhimento direcionam a demanda para um atendimento específico, direcionando a capacidade e a oferta de serviço. Ocorre, muitas vezes, de o paciente não concordar com encaminhamento determinado pela enfermeira nesta etapa de atendimento. Um dos hábitos relatados como rotineiro, e que é praticado por pacientes, é o de burlar o estabelecido no acolhimento e esperar o médico sair de uma consulta para abordá-lo no corredor no intuito de conseguir ser atendido. Uma das gestoras mencionou que “*os pacientes querem sempre ser atendidos por médico*”. A mesma acredita que seja uma questão cultural⁵⁷. Por este lado, o vínculo entre médico e paciente/comunidade pode dificultar este processo de planejamento e alocação de capacidade, em especial no que se refere à execução da agenda programada.

Outra característica do território que implica na capacidade de execução das ações são as regiões consideradas como áreas de risco, consideradas assim por estarem inseridas em realidades como o tráfico de drogas e outras violências. Além da dificuldade de acesso aos domicílios, a USF tenta alcançar e inserir esta população em programas como o de tabagismo e o de saúde mental (acompanhada pelo CAPS, que são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente).

Em duas das regiões visitadas, foi relatado que às vezes os pacientes evitam ir (ou não vão) ao pronto socorro porque acreditam que o problema será melhor resolvido na USF. Nem sempre a necessidade que leva este paciente a buscar a USF é capaz de ser resolvida nesta. Geralmente, pode ocorrer aumento de demanda no acolhimento, mas não necessariamente a alterar o quadro de população que recebe os serviços.

Em geral, os pacientes hipertensos costumam recorrer à USF com bastante frequência para aferir pressão arterial. A cada vez que o paciente hipertenso comparece à USF permite que a equipe de saúde acompanhe sua condição de saúde, se o mesmo está tomando seus medicamentos corretamente, e forneça orientações/instruções. Há casos em que o paciente acredita ser necessário tomar o medicamento para controlar a pressão arterial somente em situações de pressão

⁵⁷ A literatura reconhece este problema na atenção primária à saúde (ALMEIDA et al., 2010; MENDES, 2010, 2012; SERAPIONI; SILVA, 2011; STEIN, 1998; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010)

alta. O acompanhamento auxilia a instrução neste e em outros aspectos. Por consequência, esta circunstância evita agudizações, como AVC, e entradas ou internações no pronto atendimento ou hospital da rede.

Outra relação de causalidade diz respeito ao planejamento familiar. Quando/se não há muita procura das consultas e reuniões de planejamento familiar (ou quando ele não é procurado da forma como a USF propõe atender), é possível que haja aumento do número de gestantes e bebês na região. Tanto as gestantes quanto os novos bebês irão consumir outros serviços e produtos da USF.

4.1.5 Gerenciamento e comodidades

Este tópico foi o que possui retorno mais diverso quando da realização das entrevistas, talvez pela amplitude de seu escopo. Para organizar a exposição do conteúdo levantado, os seguintes tópicos, emergentes de categorização dos resultados das entrevistas, são propostos:

- Suprimento de bens e serviços (4.1.5.1);
- Padrões da Secretaria Municipal de Saúde (4.1.5.2);
- Sistemas e tecnologia da informação (4.1.5.2)

4.1.5.1 Suprimento de bens e serviços

O suprimento de bens e serviços é centralizado na Secretaria Municipal de Saúde. Para o caso de medicamentos e materiais consumíveis, há uma farmácia almoxarifado central. O mesmo acontece no caso dos materiais de limpeza e administrativos. Semanalmente, os materiais necessários para o horizonte são requisitados por meio de um formulário padrão de requisição de materiais, apresentados na Figura 45.



REQUISIÇÃO DE MATERIAL

De:	Protocolo			
Para:	Nº			
Item	Discriminação	Quantidade Requisitada	Quantidade Fornecida	
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
Data:	Requisitado por:	Aprovado:	Recebido:	Depósito Geral

Figura 45: Requisição de materiais para a Secretaria Municipal de Magé⁵⁸

As quantidades são estipuladas por experiência do consumo histórico e de expectativa do comportamento da demanda ao longo da semana. A USF envia seu motoboy (ou outro funcionário, dependendo de disponibilidade do primeiro) para a central. Todas as segundas-feiras a farmácia realiza as entregas atendendo à requisição. A mesma dinâmica acontece no caso dos materiais de limpeza e administrativos.

A manutenção predial e de equipamentos também é centralizada na Secretaria Municipal de Saúde, conforme mencionado em 4.1.3. Não há contratos de terceirização envolvidos. Funcionários da prefeitura (de outra secretaria) prestam este serviço. O serviço de limpeza é executado pela própria equipe de saúde da unidade.

O serviço de exame de sangue é realizado por meio de um contrato celebrado entre Secretaria e um laboratório privado. A equipe coleta as amostras nas USF (geralmente nas sextas-feiras) e envia para o laboratório. A USF recebe os resultados, que são repassados aos pacientes por meio de visita domiciliar ou consulta presencial.

⁵⁸ Formulário disponibilizado nas entrevistas e digitalizado pela autora com devida autorização para sua divulgação.

No que diz respeito ao suprimento de vacinas, há de se mencionar que este é realizado pela Coordenação de imunização, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Em casos de desabastecimento, o coordenador estabelece critério de priorização. Um exemplo citado em entrevista foi o caso da vacina antitetânica, que está em falta no Estado e em Magé. Nesta situação, o público gestante foi priorizado. Esta classe de assunto é discutida em um grupo de *WhatsApp*®.

4.1.5.2 Padrões da Secretaria Municipal de Saúde

As USF coletam as informações de produtividade e epidemiológicas rotineira e manualmente, por meio de artefatos desenvolvidos pela prefeitura⁵⁹. As informações que devem ser coletadas são basicamente aquelas preconizadas pelo Ministério da Saúde, para fins de faturamento. Os formulários preenchidos são encaminhados à Coordenação do PSF, que digitaliza e aponta as informações no Sistema de Atenção Básica (SIAB). A Coordenação possui um núcleo próprio e centralizado de digitadores. Com a implantação de computadores nas unidades, espera-se que esta atividade seja reduzida e realizada pelas próprias unidades.

Ao final do mês, os gestores de unidades consolidam as informações e elaboram um relatório para fins de prestação de contas. As informações consolidadas são discutidas entre coordenações. As metas pactuadas como Governo do Estado⁶⁰ devem ser cumpridas, porém não há sanção se não são atingidas. Cabe ressaltar que, no atual momento, este formato de coleta de dados está em processo de revisão, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, em função da substituição do Sistema de Atenção Básica para o e-SUS. Os artefatos apresentados foram desenvolvidos de acordo com os dados requisitados pelo e-SUS. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde elabora os protocolos clínicos (baseados nas versões do Ministério da Saúde) que devem ser seguidos pelas as unidades. Não foi levantado qualquer protocolo que tenha sido elaborado ou que seja seguido individualmente por alguma das USF estudadas.

No que diz respeito à satisfação do usuário, mesmo não tendo um método para avalia-la, a Secretaria Municipal de Saúde organizou, por demanda da comunidade, um setor de ouvidoria, localizado na recepção da Secretaria de Saúde. Trata-se de uma iniciativa não necessariamente centrada e/ou direcionada às USF.

⁵⁹Os referidos artefatos são apresentados no ANEXO 2. Estes artefatos foram disponibilizados para a autora e reproduzidos neste documento mediante autorização dos entrevistados. De acordo com os entrevistados, seu formato está de acordo com o formato de informação demandado pelo e-SUS.

⁶⁰O ANEXO 3 apresenta os indicadores e metas pactuados.

Portanto, os comentários e reclamações relacionados ao atendimento e serviços prestados pelas USF são encaminhados para a Coordenação do PSF para tratamento. Foi relatado que, no governo anterior, havia aplicação de pesquisa de satisfação por um instituto de pesquisa contratado pela Prefeitura. O foco desta pesquisa era fortemente político. Não havia metas e sanções formalmente estabelecidas, mas os gestores eram cobrados. Por conta disso, acabavam atuando de forma “preventiva” na satisfação do usuário, contribuindo para melhoria do atendimento. Não foi possível levantar as questões que compunham tal pesquisa de satisfação.

A Secretaria Municipal de Saúde trabalha com um padrão mínimo. Ou seja, cada unidade tem liberdade para trabalhar do jeito que melhor convir, porém são cobrados a cumprir determinadas diretrizes. Quem tende a possuir melhor visão e percepção das necessidades das pessoas é quem trabalha mais próximo. É compreensível que a Secretaria Municipal de Saúde, por estar mais distante da ponta, não tome conhecimento e ações padronizadas. Os indicadores coletados pela mesma não enxergam essas ações, que buscam contribuir que o programa opere com melhores ganhos. Cada realidade social e de saúde se adere ao programa de sua forma, visto que há diferenças de necessidade inerentes a cada território. Isto não reduz a relevância do intercâmbio de práticas locais. Magé não possui um espaço formalizado para este propósito.

4.1.5.3 Sistemas e tecnologia da informação

Apenas uma das USF visitada possui computador. No entanto, o Coordenador do PSF mencionou que a maioria das 61 USF operantes possui computadores instalados e funcionando. A Secretaria Municipal de Saúde possui 246 computadores (armazenados em seu refeitório) para distribuir para unidades de saúde (que não apenas USF. Apesar da manutenção e suporte de informática ser realizado por equipe da Prefeitura, somente o Ministério da Saúde/DATASUS pode realizar a instalação dos equipamentos fornecidos.

Atualmente, o principal uso de sistema de informação se refere à alimentação do SIAB, visto que é requisito para faturamento e recebimento de verbas. A coleta de dados que alimentam o sistema é manual. As informações são digitalizadas, consolidadas e apontadas na Secretaria. Algumas das USF estão realizando teste piloto do módulo de prontuário eletrônico do e-SUS. Segundo a percepção e expectativa dos gestores, o novo sistema propicia melhor controle

social, pois é possível identificar, por exemplo, se exame foi lido. Por esta razão, tende a acompanhar melhor as informações de saúde dos pacientes.

O único sistema próprio da Secretaria (e que tenha sido identificado nas entrevistas) é o sistema de filas de exames complementares e consultas de especialistas, denominado “esus”⁶¹ e desenvolvido pela RG Sistemas. As consultas e os exames podem ser agendados pela própria equipe, que pode deixar de utilizar a Secretaria Municipal de Saúde como intermediária direta e obrigatória. A Figura 46 ilustra como o agendamento é facilitado, até mesmo sob o ponto de vista de repasse e controle de informação para a equipe e o usuário. O software, após cadastro e escolha de data e hora da consulta com o especialista, imprime um extrato com as informações, o qual é repassado aos ACS e, posteriormente, ao paciente. Isto facilita e padroniza o repasse de informação aos pacientes. Nas USF que não possuem computador ou o esus, o modo de repasse de informação é arbitrado pela equipe ou por cada ACS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SUS

USF - Distrito
CNES

GUIA DE REFERÊNCIA

A REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA SÃO REQUISITOS FUNDAMENTAIS

Nome: _____
Idade: _____
Endereço: _____
Bairro: _____
Município: _____
Nº de Prontuário: _____

Motivo do Encaminhamento:
Consulta Ambulatorial de: Ginecologista

Exames Complementares (especificar): _____
Outros (especificar): _____
Relato do Setor de Origem:
História Sumária: _____
Exames Complementares e Tratamento: _____

Consultar a consulta
Data: _____
Paciente: _____
Prontuário: _____
Cartão SUS: _____
Local: _____
Objetivo: _____
Setor: _____
Profissional: _____
Obs: LEVAR CARTÃO SUS / IDENTIDADE.

UNICO PRIMEIRA VEZ
GINECOLOGIA

Consulta marcada no dia _____

Figura 46: Extrato de marcação de consultas emitido pelo sistema⁶²

Além disso, foi relatado uso de outros sistemas do governo (esta lista não é exaustiva, apresenta apenas os apontados nas entrevistas):

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN
- Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC
- Sistema de Regulação - SISREG

⁶¹ Grafia idêntica ao sistema do Ministério, mas com pronúncia diferente

⁶² Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização. Informações privativas foram suprimidas da imagem. Os textos são ilustrativos.

4.1.6 Variedade de serviços oferecidos pelas instalações

O acolhimento direciona o paciente as suas necessidades quando de seu primeiro contato à USF (BARROS; SÁ, 2010; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010), direcionando também a demanda dentro da unidade. De modo a facilitar o trabalho no acolhimento, as USF optam por priorizar que os atendimentos sejam agendados pelos ACS quando da visita domiciliar⁶³. Assim, os pacientes vão à USF para seu atendimento ou exame, de forma mais organizada. Por consequência, o acolhimento pode focar no atendimento da demanda espontânea.

O cadastro da população adscrita é realizado pelo ACS. Por recomendações da Secretaria Municipal de Saúde, deve haver um cadastro mínimo de 150 famílias por agente, podendo ser maior dependendo do tamanho da população⁶⁴. O cadastro é realizado uma vez, e é revisado a cada 2 anos aproximadamente. As famílias são flutuantes no território, mas não reflete na cobertura de cada USF. As flutuações relatadas são referentes a mudanças de casa dentro da mesma região, alterando a rota das visitas domiciliares e mapeamento das famílias.

As ruas do território, por sua vez, são cadastradas e mapeadas. Os ACS possuem rotas específicas preestabelecidas, que seguem essas ruas rotineiramente. Às vezes, além desta sua obrigação, os ACS dão cobertura aos pacientes de modo específico, dando orientações ou apoio para realização de exames ou atendimentos. Uma das USF visitadas, por exemplo, não possuía telefone e as vezes os pacientes também não possuem. Então, os ACS utilizam seus telefones particulares para levar estas informações ou então vão à casa do paciente (mesmo que fora de sua rota diária). Isto reforça a relevância do vínculo e da visita.

O acompanhamento nas casas é realizado diariamente pelos ACS, que realizam as visitas domiciliares às famílias cadastradas sob sua responsabilidade. No caso de gestantes, crianças abaixo de 2 anos, hipertensos, diabéticos, ou pessoas em situação de risco⁶⁵, o ACS retorna dentro do mês para manter o controle e acompanhar o caso. Os gestores costumam dizer que “os agentes são meus olhos lá fora”.

⁶³ Esta dinâmica é detalhada em 4.1.9.1.

⁶⁴ Entretanto, isto não quer dizer que famílias não cadastradas não receberão atendimento. As famílias não cadastradas têm garantia do atendimento.

⁶⁵ Pessoas que sofreram algum acidente, alguma perda, algo que fuja à questão crônica

Outro ponto particular da visita domiciliar e da dinâmica de prestação de serviços é o cuidado com a população acamada. Os acamados são pessoas que não podem se deslocar para a unidade e precisam de acompanhamento. O controle desta população não é sistemático no município. Como esta população é flutuante⁶⁶, geralmente são utilizados lista de papel, vários papeis, com anotações de cada ACS. Todas as segundas-feiras há consulta domiciliar do médico e enfermeiro a este público. Na ficha de atendimento, o médico indica que aquela consulta/atendimento foi domiciliar. A Secretaria Municipal de Saúde, portanto, tem conhecimento dos atendimentos realizados, qual idade média dessa população, e até mesmo qual o diagnóstico foi atribuído (apesar de muitas vezes não ser de conhecimento da USF).

O acompanhamento das condições crônicas (Hipertensão), por sua vez, ocorre nas instalações e é planejado para ocorrer em dias de consulta com médico. Foi relatado que geralmente não há frequência ou procura para os grupos e reuniões de apoio e orientação. Nestes encontros, as orientações são voltadas à alimentação e ao cuidado. Além disso são realizados pesagem, verificação de pressão arterial, peso, cintura, exame de sangue de rotina, entrega de nova receita. Se for constatado que o paciente precisa de atendimento clínico, a consulta é agendada. A medicação é entregue na USF e o agente de saúde a entrega na casa do paciente. Durante a entrevista, a Conselheira de Saúde e também diretora do hospital municipal mencionou que uma das formas que faz com que ela perceba a efetividade do acompanhamento das condições crônicas é o aumento da incidência de pacientes residentes no município com infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), e amputações decorrentes do diabetes.

As ações relacionadas ao planejamento familiar geralmente não conseguem ser fixadas na agenda da USF como normalmente os profissionais preferem, porque as pessoas não comparecem para agendar ou para participar da reunião. O perfil desta demanda é querer receber os remédios ou então realizar a esterilização cirúrgica. Os interessados vão a unidade, onde o enfermeiro apresenta os métodos contraceptivos que podem ser oferecidos alguns anticoncepcionais que o município fornece (as USF possuem controle de que medicação cada mulher cadastrada segue) e preservativos. Além disso é possível realizar o procedimento de esterilização cirúrgica (ligadura de trompas ou vasectomia), sendo necessário que a

⁶⁶ A condição de saúde pode ser temporária, como por exemplo, um paciente acamado por conta de um acidente de trânsito.

família participe de quatro reuniões e haja consentimento do casal em participar⁶⁷. Depois das quatro reuniões, os documentos são encaminhados para assistente social para dar prosseguimento no procedimento cirúrgico.

Por fim, uma última prática relacionada ao processo de cuidado se refere ao fornecimento de medicação para pacientes acompanhados. Há ações pontuais de ACS que apoiam a população analfabeta ou idosa para facilitar que o paciente tome as medicações conforme as prescrições. Exemplos levantados de atividades são: colar na caixa do remédio adesivos que identificam qual remédio, quantidade e frequência a ser seguida; colar adesivos de lua e sol para indicar se o remédio deve ser tomado na parte da manhã ou da noite; separar os remédios em saquinhos para não os misturar ou não os tomar todos de uma só vez (ex. tomar todos os remédios X de uma vez só e deixar de tomar o Y naquele dia). São ações direcionadas aos indivíduos de modo particular e pontual, de acordo com as necessidades percebidas pelo ACS e sua vontade em ajudar o paciente.

Há também atividades desempenhadas pela USF que não são estritamente relacionadas a questões de saúde e que repercutem efeitos para outros setores. Um exemplo disto a pesagem de crianças vinculadas ao Bolsa Família⁶⁸, atividade esta realizada pelas USF. Esta prática reforça a necessidade de acompanhamento destas crianças. Um dos gestores entrevistados mencionou que uma considerável parte da comunidade é beneficiada pelo Programa e que é preciso mobilizar ACS para buscar estes pacientes nas épocas de pesagem, pois a procura não parte da população e a USF precisa responder à Secretaria.

A Secretaria Municipal de Saúde e/ou as USF estabelecem relações de parceria com outras instituições para desempenhar seu papel: (a) projeto longevidade; (b) programa saúde na escola (PSE); (c) Funasa; (d) Centro de Referência em Assistência Social.

O projeto longevidade é uma ação em prevenção e promoção de saúde relacionada à Saúde do Idoso (há uma coordenação específica na Secretaria). Os pacientes acompanhados pelas USF são inseridos no projeto, o qual consiste na oferta de atividades físicas para este público específico. As atividades ocorrem duas ou três vezes na semana dentro do escopo: pilates, ginástica, alongamento, dança,

⁶⁷ Para mais detalhes sobre o marco legal, consultar a LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996, que trata do planejamento familiar. Disponível em <http://goo.gl/zyOPeu> Acessado em Setembro de 2015.

⁶⁸ "O Bolsa Família é um programa federal destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 154 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro do acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social. Através do Bolsa Família, o governo federal concede mensalmente benefícios em dinheiro para famílias mais necessitadas." Descrição disponível em <http://goo.gl/zZPK1p>. Acessado em setembro de 2015.

capoeira, entre outras. Geralmente, ocorrem em centros poliesportivos, quadra do batalhão ou na própria unidade. Os impactos desta atividade são percebidos pelos gestores e pelos idosos como positivos, visto que estimulam a saúde mental, física, emocional e social. Não se trata somente da atividade física propriamente dita, mas também do espaço de relacionamento social com o educador e outros idosos.

O Programa Saúde na Escola (PSE) consiste em ações realizadas fisicamente no espaço escolar e conduzidas pela equipe da USF em conjunto com a da escola. Tanto a USF quanto a escola necessitam estar localizadas no mesmo território. A decisão pelo estabelecimento desta relação é tomada entre Secretarias. A principal atividade realizada e considerada como rotina é o monitoramento e avaliação antropométrica dos alunos (hemoglicoteste, aferição de pressão, índice de massa corporal e acuidade visual), que serve como triagem. Quando há alguma alteração clínica o aluno é encaminhado para uma consulta na USF ou com especialista. É possível também que haja encaminhamento para atendimento junto a psicólogo. A ideia é levar as demandas de saúde das escolas para a USF, onde haverá o acompanhamento clínico. Além disso, a equipe de saúde ministra palestras e outras ações de promoção e educação em saúde nas escolas, tanto nas salas de aula para alunos e professores, quanto para os pais e responsáveis na reunião de pais. Nestas ocasiões, geralmente as escolas que acionam. Eventualmente, ocorre troca e empréstimo de material administrativo entre escola e USF.

A parceria com a Funasa diz respeito a uma ação preventiva contra a dengue. Chama-se “caminhada da dengue”, a qual ocorre sistematicamente no território em determinadas épocas do ano, segundo as rotas já definidas. Nestas caminhadas, os agentes da Funasa, a equipe de saúde e a comunidade buscam por focos e conscientizar os moradores. A atividade também repercute na USF e no território: muitos moradores vão a USF comunicar que viram, por exemplo, uma casa ou terreno não ocupados com potencial de foco, ou que algum vizinho reluta em adotar as medidas preventivas. Tais colocações são registradas e incorporadas nas ações seguintes.

O Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) costuma estabelecer vínculo com as USF principalmente em localidades consideradas como carentes. Segundo as entrevistas, este vínculo se resume ao encaminhamento de indivíduos. Por um lado, quando um acompanhado do CRAS apresenta algum problema relacionado à saúde, o mesmo é encaminhado à USF. Por outro, se um paciente da

USF apresenta alguma necessidade ou característica de vulnerabilidade, ele é encaminhado para o CRAS⁶⁹.

Por fim, há também os serviços já mencionados até aqui: atendimento médico e de enfermagem, coleta de sangue e vacinação.

4.1.7 Organização de serviços

No caso de Magé, as USF trabalham com agendamento de três tipos de atendimento: (1) os atendimentos prestados pela USF em suas instalações; (2) o atendimento a médico especialista ou exames dentro da rede do município; e (3) o atendimento ou exames especializados. As práticas de agendamento e acolhimento são vistas como solução para redução de fila, pois termina com a cultura das pessoas chegarem muito cedo à USF (muitas vezes antes de abrir) para pegar senhas para atendimento⁷⁰. Com o agendamento, a oferta se torna certa sob o ponto de vista do paciente.

O agendamento dos atendimentos ofertados pela USF é realizado na própria USF ou nas casas dos pacientes quando da visita domiciliar e/ou busca ativa. No caso dos agendamentos realizados pelos agentes, o acionamento pode partir de vontade do paciente ou por recomendação do próprio ACS.

Na consulta com o clínico geral, muitas vezes é identificada a necessidade de consulta com especialista ou exames complementares. O médico, então, preenche uma ficha de encaminhamento para a Secretaria Municipal de Saúde proceder com o agendamento do mesmo. Nos casos das USF que dispõem de computador, o agendamento é realizado por sistema próprio, mencionado no item 4.1.5.3, reduzindo o papel da Secretaria Municipal de Saúde.

Os tempos de espera variam de acordo com a especialidade médica e capacidade de oferta. O município possui oferta considerada como suficiente pelo Coordenador do PSF em ortopedia e neurologia. Os encaminhamentos para oftalmologista apresentam maior tempo de espera, visto que são encaminhados para o Hospital Santa Beatriz, em Niterói. Os maiores problemas, segundo os gestores, são aqueles que demandam regulação (SISREG) para hospitais públicos, como o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e hospitais grandes que atendem gestantes de alto risco. Não há monitoramento do tempo médio de

⁶⁹ Geralmente, são observados e encaminhados problemas com documentos, certidões, vale transporte, necessidade de ter acesso a cadeira de rodas, percepção de violência doméstica, entre outros.

⁷⁰ Este comportamento é tipicamente encontrado nas estruturas tradicionais de postos de saúde.

espera, mas os gestores possuem tempos médios estimados por sua percepção prática. Segundo eles, os exames e atendimentos dentro do município são resolvidos no mesmo mês. A Figura 47 ilustra um fluxo genérico do atendimento especializado.

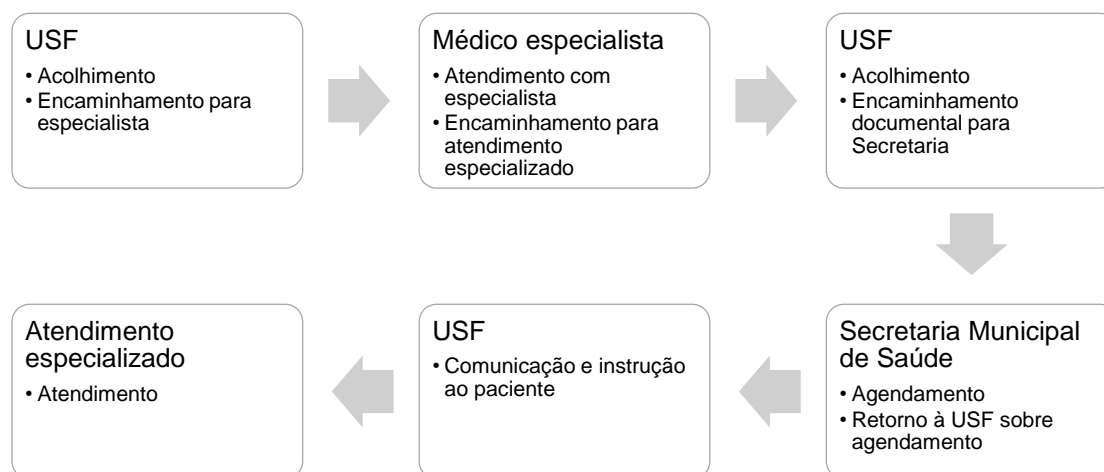


Figura 47: Fluxo genérico do atendimento especializado referenciado

Uma situação exemplificativa da Figura 47 foi mencionado em uma entrevista. Um indivíduo hipotético busca a USF pois sofreu uma lesão. O clínico geral atende este paciente, diagnostica como uma condição ortopédica e faz encaminhamento para um ortopedista. O município dispõe desta especialidade em seu núcleo de especialidade. Desta forma, a USF realiza o agendamento da consulta com o especialista, via Secretaria, e comunica ao paciente a data. Na consulta com especialista, o ortopedista observa que é necessária uma cirurgia, pois se trata de um caso especializado. Por esta razão, encaminha o paciente para o INTO, por exemplo. Para ter acesso a uma consulta no INTO, o paciente precisa retornar a USF para que a equipe preencha os documentos necessários para enviar para a Secretaria, que é responsável por agendar a consulta, via SISREG. Segundo os relatos, este tipo de procedimento pode demorar de 1 a 2 anos. É possível acionar prioridade. Para tal, se faz necessário acionamento e intervenção de assistente social. Mesmo assim, nem sempre repercute em real ou considerável celeridade.

A participação da USF no agendamento se encerra no repasse das informações da consulta ou exame agendados para o paciente, que pode retornar a USF para retirar dúvidas. O repasse desta informação é realizado pelo ACS, cada um com seu método. Uma situação particular narrada em uma entrevista foi caso de

uma paciente que não sabia ler e que, por conta disto, o ACS já tinha o hábito de ir na casa desta paciente toda véspera de atendimentos agendados para recordá-la.

Não há uma sistemática estabelecida para controle dos resultados destes atendimentos. Geralmente o paciente retorna à USF para outro tipo de atendimento e acaba por se ter retorno, pois o médico mantém registro na ficha de atendimento do paciente. Se o paciente não retornar, a USF não sabe se o problema do paciente foi resolvido ou não. Existem casos em que o ACS estabelece rotina própria para acompanhar o paciente, mas são pontuais e nunca abrangentes para toda a equipe e comunidade. O vínculo mais uma vez facilita esse processo de controle e acompanhamento da condição de saúde.

A relação das USF com a Secretaria Municipal, por sua vez, não é periodicamente fixada. Tal contato acontece sob demanda, porém de fácil e rápido acesso quando solicitado. Tudo que não é resolvido na unidade é passado diretamente para a secretaria dar seguimento na solicitação, apoio, necessidade em urgência com exames, ou até mesmo em caso de dúvidas a serem sanadas (como dúvidas relacionadas a atendimentos, protocolos a serem seguidos, entre outros). O contato com a Secretaria é visto pelos entrevistados como suporte para segurança em casos pontuais, ou em alguns casos por insegurança do gestor em determinada situação.

4.1.8 Mecanismos para oferecer continuidade da atenção

Geralmente, as campanhas/ações de saúde ocorrem conforme direcionamentos da Coordenação. Estas campanhas possuem acompanhamento de indicadores. Estes indicadores são controlados pela vigilância em saúde, que recebe os dados dos gestores das unidades. A população que faz parte desses programas é monitorada, por exemplo: quem faz parte do programa de longevidade tem acesso ao cardiologista, faz avaliação, eletrocardiogramas, são encaminhados a endócrinos pois sua grande maioria são diabéticos. Este acompanhamento é realizado mais na ótica de produtividade (sim, não, porcentagem).

Outra forma de monitorar os resultados é por unidade, neste caso não sistemático, a qual ocorre nos casos em que o paciente que é assiduamente acompanhado se ausenta da unidade (exemplo: deixa de comparecer ao Hiperdia, não vai realizar curativo, não agenda ou falta consultas com o clínico, deixa de buscar medicamento). Quando esses comportamentos são percebidos pela equipe, há busca ativa destes casos para entender o que se passou e tomar providências a

respeito. Em muitas ocasiões, acontece do paciente estar internado ou sendo acompanhado pela rede privada. Conforme mencionado, trata-se de uma forma de monitorar as condições de saúde dos pacientes, mas que possui caráter corretivo e perceptivo, não sendo sistemática.

Uma das principais limitações identificadas pelos gestores sobre o trabalho do ACS consiste em buscar meios de saber se o agente interage e estabelece, de fato, vínculos e laços com os pacientes (individualmente e com a comunidade). Um dos gestores deu um exemplo que consegue perceber o quão estreito (ou não) é este vínculo quando o ACS e/ou a equipe é convidada pelas famílias para participarem de eventos de sua vida privada. No entanto, são escassos e excepcionais a ocorrência desses aspectos.

No geral, os casos apresentados conseguem ser conduzidos e solucionados na própria unidade pelo clínico geral. Porém, quando isso não é possível, o mesmo faz o encaminhamento para a especialidade em questão. Exemplo, quando há necessidade de ortopedista. O clínico geral faz o pedido dos exames necessários para quando a consulta for marcada. Outro exemplo relevante é o caso de hepatite no qual é acionado o programa de DST e a vigilância. O trânsito destes pacientes pela rede de saúde não é acompanhado sistematicamente pela USF. No entanto, caso haja procura do paciente, sua situação é plausível de ser rastreada por meio de seu cadastro na unidade.

4.1.9 Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento

STARFIELD (2002) entende que o acesso ao atendimento pode ser ofertado principalmente por duas formas: a acessibilidade em relação ao tempo (4.1.9.1) e a acessibilidade geográfica (4.1.9.2). Estes pontos são abordados a seguir.

4.1.9.1 Acessibilidade em relação ao tempo

As unidades no município de Magé funcionam das 8h às 17h. Os atendimentos são preferencial e predominantemente agendados de forma antecipada. A oferta de serviços e a capacidade, portanto, é fixa/estável e certa. O volume de *backlog* ou de demanda reprimida, no que se refere aos serviços prestados pelas unidades, não é acompanhado sistematicamente. No entanto, há que se mencionar que o vínculo entre equipe e comunidade favorece a percepção desta demanda reprimida. Além disso, houve indícios nas entrevistas de que a

busca ativa/visita domiciliar também corrobora para melhor acesso aos serviços, acompanhamento e uso da capacidade, visto que há melhor direcionamento à oferta (como uma espécie de pré-triagem).

Os agendamentos podem ser realizados ou pelo agente comunitário ou na própria unidade presencialmente. As unidades preferem o agendamento realizado pelos ACS, para melhor organizar a demanda. Cada agente possui sua agenda particular, onde agenda os pacientes. Posteriormente, esta informação é incorporada à agenda central da unidade.

Existe uma fração preestabelecida de consultas por dia para cada ACS agendar. A capacidade diária de consultas é de 40 pacientes/dia, divididos igualmente em 2 turnos. Destas 40 consultas, 5 consultas/dia são reservadas para atendimento de urgências/demanda espontânea. Nem todas as unidades realizam consultas médicas diariamente. Geralmente, nos dias em que não há consultas médicas, a frequência de pacientes na unidade é majoritariamente de gestantes.

Há dias específicos para os tipos de atendimentos. Segundo os gestores, organizar a agenda de acordo com a demanda por condição de saúde, permite que a unidade direcione seus recursos e capacidade àquela população específica. O Ministério da Saúde estabelece o escopo de atuação da Saúde da Família e as Unidades organizam sua capacidade para atendê-lo. Neste sentido, é válido mencionar que a lógica de organizar a oferta a partir das características da demanda é uma das práticas sugeridas pela literatura (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2012). Nestes casos de direcionar a capacidade, o foco é atender os pacientes do Hiperdia, com gravidez precoce, as gestantes de baixo risco, e imunização. Há disponibilidade suficiente de material para ofertar aos usuários sem a necessidade de ter o controle rígido de atender somente a população adscrita e/ou cadastrada.

4.1.9.2 Acessibilidade geográfica

No início da implantação do Programa a localização das USF foi planejada de maneira que as instalações fossem construídas próximas a vias movimentadas. O objetivo desta decisão foi facilitar acesso da comunidade e dos funcionários, bem como exibir novas obras proporcionadas pelo governo vigente à época. Tais intenções podem ter sido a causa da distribuição atual das USF em relação às áreas de cobertura.

De todo modo, o fácil acesso é uma das características predominantes nas USF do município. Como consequência, foi levantado que os principais meios de transportes utilizados pela população e pelos funcionários é a bicicleta e o deslocamento a pé. Em alguns casos, foi identificado também o moto táxi. Os entrevistados mencionaram que ônibus urbano e taxi não costumam ser utilizados. Afinal, não existe ônibus urbano entre bairros dentro do mesmo distrito, apenas entre distritos, fato que apoia a colocação. Foi identificado como prática comum os ACS utilizarem bicicletas próprias para percorrerem suas rotas quando das visitas domiciliares. Segundo as entrevistas, o perfil de baixada do relevo do município facilita esta prática. A Figura 50 busca retratar a bicicleta como meio de transporte.



Figura 48: Fotografia da entrada de uma das USF visitadas no município de Magé⁷¹

As USF não possuem veículo próprio. Quando há demanda para transportar algum paciente acamado ou então levar médico para consulta domiciliar, a USF deve solicitar um veículo à Secretaria Municipal de Saúde. Uma das USF visitadas possui veículo próprio, pois possui parceira com um vereador da região, o qual disponibiliza um automóvel e um motorista para atender às demandas por deslocamento da USF.

O último ponto levantado nas entrevistas, e que diz respeito a questões logísticas e de localização da USF, é a extensão da área de cobertura. Quanto maior é a área, mais restrita é a busca ativa, pois os ACS realizam menos visitas, mantendo a produtividade mínima de visitar cada família sob sua responsabilidade

⁷¹ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

uma vez ao mês. No entanto, uma variável foi apontada como amenizadora desta questão: os ACS da equipe de saúde são residentes do território no qual a USF atua. Esta é uma orientação do Ministério da Saúde e também foi apontado pelos gestores como geradora de impactos positivos. O fato do ACS pertencer à comunidade facilita a interação com a mesma, visto que ele conhece os moradores e seus problemas. Além disso, os ACS são conhecidos pelos moradores, que os procuram quando há necessidade. O contato é constante e o vínculo existe, mesmo que não seja por meio da busca ativa propriamente dita.

4.1.10 Arranjos para financiamento

Conforme mencionado, a coleta de indicadores possui fins de prestação de contas para faturamento e recebimento de recursos. A prestação de contas por parte das unidades ocorre semanal e mensalmente. Ao final de cada mês há apresentação dos resultados na Câmara. A Conselheira Municipal de Saúde entrevistada acredita que a territorialização traz consigo a fragmentação de recursos e considera isto um ponto negativo do programa. O Ministério da Saúde fornece custeio mínimo, tendo a prefeitura que arcar com o restante.

De todo modo, foi realizado levantamento no portal de transparência do município de Magé⁷² no intuito de levantar as despesas orçamentárias do município e o montante que destinado à função saúde. Estas informações, em valores absolutos, encontram-se dispostas na Figura 49.

⁷² Portal de transparência do município de Magé encontra-se disponível em <http://goo.gl/y0eTRj>, cujo acesso foi realizado em março de 2016. Neste portal, foram levantadas as LOA (Lei Orçamentária Anual municipal) dos anos de 2013 a 2015, visto que anos anteriores não estavam disponíveis. Como é de amplo conhecimento, a LOA é, de forma bastante sucinta, uma lei que estima receitas arrecadadas e autoriza a realização das despesas do plano de governo para o exercício seguinte. As LOA consideradas foram as Lei nº 2176/2012, Lei nº 2211/2013, e Lei nº 2254/2014, as quais correspondem, respectivamente aos anos de 2013, 2014 e 2015.

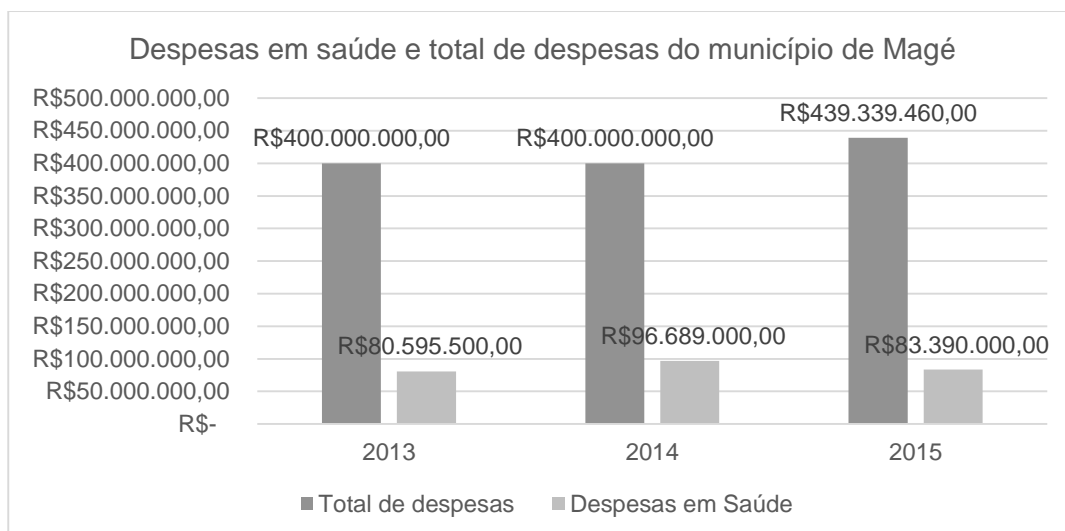


Figura 49: Despesas em saúde e total de despesas do município de Magé nos anos de 2013 a 2015.

Fonte: Portal de transparência do município de Magé (<http://goo.gl/y0eTRj>).

Lei nº 2176/2012, Lei nº 2211/2013, e Lei nº 2254/2014

4.2 Estudo de caso do município de Piraí

Piraí é um município da Microrregião do Vale do Paraíba Fluminense, na Mesorregião do Sul Fluminense, com extensão territorial de 505,38 Km² (IBGE, 2010). O mapa do município é apresentado na Figura 50, no qual é possível perceber que a relação entre a extensão do território e sua ocupação é baixa. Isto é confirmado pela densidade do município, apontada pelo IBGE como de 52,1 habitantes/km².

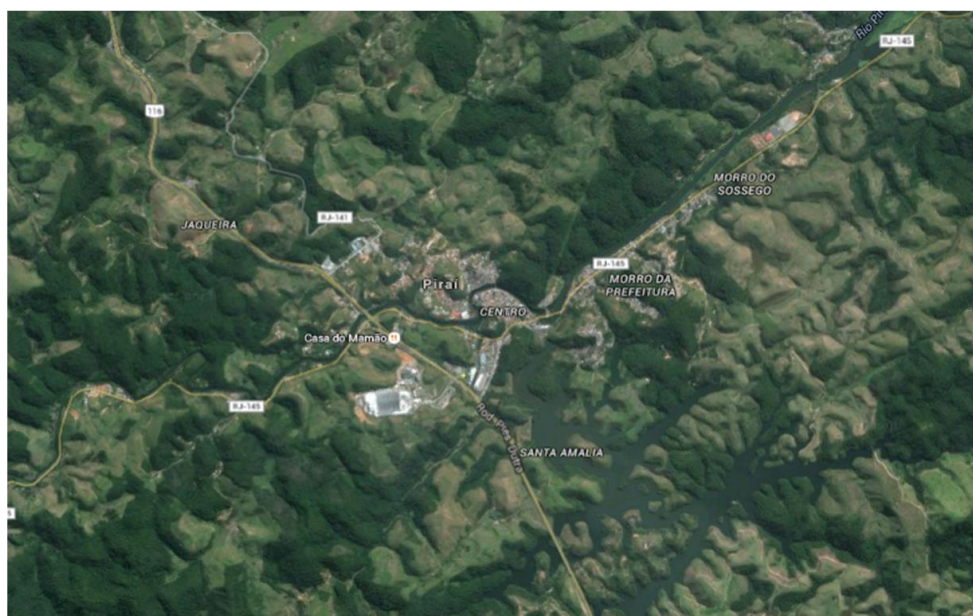
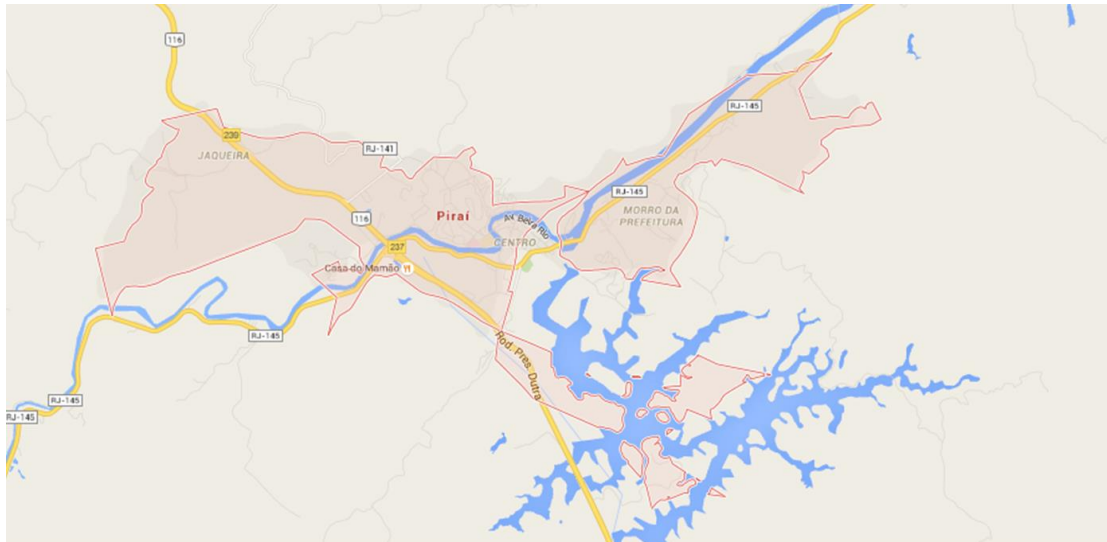


Figura 50: Mapas do município de Pirai extraídos do *GoogleMaps*®

Esta localização, próxima e de fácil acesso aos municípios com maior PIB do país⁷³, propicia a instalação de empresas e atrai investimentos. Isto se reflete no PIB do município, de 1.161.158 mil reais (IBGE, 2010). Desta forma, o PIB per capita de Pirai é entorno de 43.053,94 reais⁷⁴

De acordo com o portal da prefeitura, o município de Pirai vem passando por grandes transformações nos últimos anos, tornando-se referência nacional em áreas como saúde, educação e tecnologia. Como consequência deste aspecto, o IBGE indica que o índice de desenvolvimento municipal de Pirai é de 0,708

⁷³ São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.

⁷⁴ Informação extraída do site do IBGE cidades, no link <http://goo.gl/qTkNdP> acessado em fevereiro de 2016.

4.2.1 Administração do sistema de saúde

Uma das principais peculiaridades do território do município de Pirai para administração do sistema de saúde local é a sua baixa densidade populacional. Apesar deste fator, os gestores conseguiram desenhar a área a ser coberta e, em 2002, foi possível alcançar 100% de cobertura de Saúde da Família (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2015b).

As ações em parceria com atores da comunidade, agentes de outras instâncias públicas e setores de ação, são bastante exploradas no Município. Atualmente, o foco do município é aumentar a participação da população na concepção e execução das ações de saúde. O principal mecanismo empregado é o Conselho Gestor, que reúne um conselheiro da unidade e representantes da comunidade impactada para discutir problemas afetos ao atendimento daquela população de entorno da unidade. De acordo com os entrevistados, as reuniões do conselho de gestores costumam apresentar considerável participação da comunidade, o que facilita a deliberação de questões de oferta ou qualidade dos serviços.⁷⁵

Outros mecanismos utilizados no planejamento do sistema de saúde local são os Colegiados de Gestão e as Conferências Municipais. No caso dos Colegiados de Gestão, a Secretaria Municipal de Saúde reúne os cargos de confiança e discute conjuntamente as ações a serem tomadas. Este processo de discussão pode ser intersetorial, a depender do objeto, como é o caso da Educação e da Promoção Social. Por outro lado, As Conferências Municipais de Saúde, instituídas no marco regulatório do SUS, são mecanismos para promover a participação da comunidade na gestão da saúde no município (BRASIL, 1990; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2009). Nestas conferências, representantes da sociedade que compõem o Conselho Municipal de Saúde definem as metas da saúde para os próximos dois anos. O Conselho Municipal de Saúde, por sua vez, se reúne mensalmente para validar todas as ações e realizar a prestação de contas dos recursos da saúde.

Para que estes encontros corram bem, as USF realizam pré-conferências nos bairros para levantar os problemas e as necessidades locais e organizá-los para apresentação nas reuniões, podendo também ser considerada como um mecanismo de prestação de contas à comunidade. Esta prática aumenta a participação popular, legitima as dificuldades municipais, e tende a tornar a conferência mais produtiva.

⁷⁵ Um exemplo de decisão tomada com participação da comunidade é apresentado no item 4.2.7

Um exemplo de necessidade que emergiu destas pré-conferências foi a pista para caminhada de uma região estudada. A comunidade apontou esta necessidade em uma pré-conferência, e os diversos órgãos pertinentes foram envolvidos para produzir e implementar esta solução considerada como pertinente para qualidade de vida e saúde da comunidade.

Em síntese, a população participa na administração do sistema de saúde através de um conselho municipal atuante, dos conselhos e colegiados gestores das unidades, e ainda da ouvidoria da saúde. Além disso, a comunidade pode requerer uma reunião para determinado problema e as equipes vão até elas para receber as reclamações ou críticas. Pode-se observar que os conselhos comunitários não são meros instrumentos consultivos. No caso do município de Pirai, conforme relatado nas entrevistas, a gestão recorrentemente envolve a população em decisão sobre a maneira pela qual os serviços são organizados ou oferecidos. Isto, inclusive, é considerado como um alinhamento aos propósitos da Atenção Primária à Saúde (HARZHEIM, 2004; MENDES, 2012; STARFIELD, 2002).

A coordenadora de atenção básica acredita que esta participação da população é fruto de trabalho prévio de conscientização e educação da mesma. Uma das gestoras entrevistadas acredita, por exemplo, que as parcerias firmadas entre as USF, Secretaria Municipal de Saúde, e igrejas da região contribuíram para divulgar o trabalho e conscientizar a população. Segundo ela, a associação com entidades religiosas surtiu diferença no entendimento da população da unidade como uma clínica da família e não como um pronto atendimento. As igrejas também desempenham papel relevante, além deste de espaço de comunicação e interação, ao fornecer seu espaço físico para execução de campanhas de vacinação.

Observando a administração do sistema de saúde sob a perspectiva interna à Secretaria Municipal de Saúde, foi identificado que os mecanismos de contato entre USF e Secretaria (e suas Coordenações) e entre as USF são as reuniões de conselho gestor, a reunião com a coordenação do sistema de regulação, e o fórum dos gerentes. As reuniões de conselho gestor foram descritas anteriormente. A reunião com a coordenação do sistema de regulação, por sua vez, se refere a uma reunião quinzenal entre a coordenação de atenção básica, os representantes/gestores das unidades, e a coordenação que trata da regulação. O objetivo desta reunião é debater o desempenho e casos que requerem ações de regulação, para, desta forma, articular soluções para os mesmos. O último mecanismo, o fórum gestor, consiste em um evento mensal no qual todos os gerentes de unidades de saúde se reúnem, repassam e discutem os indicadores e metas, trocam experiências, tiram dúvidas entre si, entre outros. Nesta ocasião,

também são transmitidos informes da Coordenação como, por exemplo alteração na cobertura de vacina, alertas a doenças predominantes, mudanças em sistemas de informação, demanda por estudo de caso, mudanças na Secretaria Municipal de Saúde, entre outros.

Um exemplo de objeto de discussão do fórum gestor citado em uma entrevista foi o caso da imunização do papiloma vírus humano (HPV). A partir dos indicadores, constatou-se que a segunda dose da vacina de HPV não estava atingindo alcance na meta de cobertura. Os gestores das USF em conjunto com as Coordenações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde debateram soluções para melhorar o indicador. Surgiu na discussão a ideia de aplicar as vacinas diretamente nas escolas, orientando previamente as alunas e seus responsáveis. As equipes das USF se organizaram para executar esta força tarefa de imunização. Posteriormente, em outro fórum gestor, durante a análise de indicadores, percebeu-se que a meta de cobertura fora superada.

Por fim, o último ponto a ser abordado dentro do elemento “administração do sistema de saúde” diz respeito à pactuação de saúde. O município de Pirai faz parte da primeira região de saúde que pactuou, perante ao Governo do Estado, em conjunto e em acordo com outros municípios próximos. O intuito foi de promover solidariedade entre os municípios da região e realizar um planejamento regional integrado. Atualmente, esta prática é uma diretriz do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013a) para pactuação de saúde no SUS. A gestão de saúde no município é considerada pelos entrevistados como bastante organizada, com relatos positivos acerca da integração com a rede Cegonha, Urgência/Emergência, e outras iniciativas. Para todas as discussões necessárias, os representantes do Estado se reúnem em grupos técnicos em uma das regiões pactuadas e debatem soluções. Segundo a coordenadora de atenção básica, em razão da maturidade do município em relação à implantação da Saúde da Família, Pirai é utilizado como uma das referências nesta área pelas demais instâncias governamentais, o que naturalmente aumenta o grau de proximidade destas relações. A título exemplificativo, e como será mencionado em 4.2.5.3, Pirai é um dos municípios piloto da implantação do módulo de prontuário eletrônico do sistema e-SUS.

4.2.2 Pessoal

Pirai é um município com baixa densidade demográfica. Seu território é extenso e a população é pequena. Isto reflete em questões logísticas (desenvolvidas

no item 4.2.9.2), e de cobertura da população adscrita. A maior parte das USF opera com equipes de saúde responsáveis por um número menor de famílias e indivíduos em relação ao sugerido pelo Ministério da Saúde.

No início da implantação do Programa e da divisão dos territórios, era estabelecida para USF uma equipe formada por 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro e 5 (cinco) agentes comunitários para uma concentração populacional de 6.000 indivíduos por área atendida por uma unidade. Posteriormente, esta quantidade foi reduzida para 3.000 pessoas. Na época não havia uma concentração de 6.000 ou de 3.000 indivíduos (padrões estabelecidos pelo Ministério) por área, o que fez a equipe da Coordenação de Atenção Básica solicitar em Brasília autorização para implantar unidades por uma concentração populacional menor que 3.000 pessoas, devido à baixa densidade demográfica do município. O governo federal, então, autorizou que implantassem uma unidade de saúde da família a cada 2.000 pessoas⁷⁶.

No caso de Piraí, a grande maioria dos profissionais são concursados atualmente. Os agentes passaram a ser funcionários públicos, e essa mudança segundo relato de uma gestora, foi bastante positiva pela criação e estabelecimento de vínculo, e percepção da mesma de maior comprometimento destes. É prevista realização de concurso para o nível superior.

Geralmente as USF possuem mais de uma equipe de saúde da família, mas não há divisão na prática. O Ministério da Saúde define que a equipe deve ser dedicada por micro área. Gestores consideram que alternar é ruim pois não tem tratamento contínuo (cada um tem sua conduta). Por outro lado, acham que o paciente deve ter o direito de se consultar com o médico que desejar. Quando há duas equipes de saúde da família, obrigatoriamente existem dois enfermeiros, sendo um deles o gestor da unidade. Assim, esse perfil desempenha as duas funções. Por um lado, a vivência na prestação de cuidado aumenta. Por outro lado, pode gerar sobrecarga de atividades no mesmo perfil. Os gestores relatam deficiência de quadros administrativos na composição da equipe.

Em relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estes normalmente cobrem menos famílias e indivíduos do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde. Anteriormente eram contratados apenas técnicos de enfermagem como ACS, por meio de contratos de tempo determinado. Em 2014, o município promoveu um concurso público, por recomendação do Ministério Público, cujo edital estabeleceu

⁷⁶ No caso de uma das unidades visitadas, a equipe é formada por 2 (duas) enfermeiras, 1 (um) médico, 1(uma) técnica de enfermagem, 1 (um) dentista, 1 (um) auxiliar de dentista, 1(um) fisioterapeuta e 2 (dois) auxiliares gerais para atender 1700 pessoas.

como competência mínima formação completa no ensino médio⁷⁷. Desta forma, a maior parte da equipe atual das USF trabalha a menos de 1 (um) ano. De acordo com os entrevistados, poucos funcionários anteriormente contratados conseguiram passar no concurso, o que gerou renovação substancial na equipe. Segundo eles, era comum que as contratações fossem realizadas por indicações que, por muitas vezes, não eram acompanhadas de competências essenciais para as funções.

A percepção dos gestores em relação aos requisitos de seleção concerne às competências necessárias, porque permite uma formação mais genérica, e que não considera a experiência e conhecimento na área da saúde⁷⁸. Por outro lado, um ponto colocado como positivo é que o concurso aumenta a quantidade de interessados em ocupar a função e, conseqüentemente, de ACS para ampliar presença nas comunidades. Além disso, uma das gestoras pontuou que estes ACS admitidos por meio de concurso público possuem conhecimento em informática, matemática, havendo profissionais com nível superior que prestaram concursos e foram aprovados.

Foi relatado nas entrevistas que rotatividade percebida dos médicos costumava ser alta, apesar de não haver medição deste indicador. No entanto, atualmente há a percepção de que a rotatividade reduziu por conta do Programa Mais Médicos, que torna obrigatória a fixação do profissional por pelo menos 3 (três) meses⁷⁹. Ainda assim, a rotatividade é maior do que a percebida em outros perfis. Os entrevistados acreditam que este fenômeno ocorra uma vez que o PSF normalmente é uma “ponte” na carreira do médico. Os efeitos negativos, ainda segundo as entrevistas, se referem principalmente a confiança do paciente, já que este tende a estreitar seu vínculo com a USF por conta do médico. No caso dos enfermeiros, foi relatado que a rotatividade é mais baixa.

As capacitações para as equipes são geralmente promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde e tiveram início em paralelo à implantação do PSF no município.

⁷⁷ PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAÍ (2014) indica o ensino médio como requisito mínimo para aprovação, apesar de BRASIL (2006) requisitar, em seu artigo 6º, inciso III, que o indivíduo tenha concluído o ensino fundamental.

⁷⁸ Cabe ressaltar, que apesar dos relatos, BRASIL (2006) institui que o ACS precisa concluir com aproveitamento o curso introdutório de formação inicial e continuada para exercer sua atividade. Isto está disposto no artigo 6º, inciso II da referida lei.

⁷⁹ Programa Mais Médicos busca “*levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais*” (BRASIL, 2016). O município de Piraí aderiu ao Programa, contando atualmente com cinco vagas autorizadas para médicos. O marco legal do Programa Mais Médicos, instituído por BRASIL (2013), indica, em seu artigo 4º, parágrafo 1º, que “*ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS*”. Além disso, os artigos 5º ao 7º do mesmo instrumento normativo estabelecem que é necessário realizar de um a dois anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para ingresso em outros Programas de Residência Médica.

São fornecidos desde treinamentos mais básicos até especializações e pós-graduação. Segundo a Coordenadora de Atenção Básica, esta prática contribuiu para profissionalizar não somente a atenção à saúde como também sua gestão.

Outra prática assumida pela Coordenação é rotina de realização de fóruns com os gerentes⁸⁰ para informativos e discussão, educação permanente em todas as áreas, discussão de casos, matriciamento, reunião com os médicos para sensibilização com a cultura de indicadores e gestão de desempenho, entre outros. Esta prática fomenta a gestão participativa, além de fortalecer a gestão de conhecimento na Secretaria Municipal de Saúde.

Dentro das USF também há práticas voltadas a gestão de pessoas, mesmo que estabelecidas pelas Secretaria Municipal de Saúde. O treinamento das equipes é prioritariamente responsabilidade da enfermeira gestora. O planejamento e execução destes treinamentos não são periódicos ou sistemáticos. Os gestores geralmente realizam treinamento sob demanda, quando percebem alguma lacuna na rotina de trabalho.

Ainda tomando as USF internamente, observou-se que uma das unidades disponibiliza aos funcionários um horário de relaxamento programado, que conta com o suporte de uma psicóloga. Neste momento, busca-se trabalhar a autoestima do profissional, o conhecimento entre as pessoas da equipe e a preparação das mesmas para saber ouvir os pacientes. Segundo a percepção da gestora, tal prática contribuiu para funcionamento da unidade, com impactos positivos no dia-a-dia. Outro incentivo e/ou ação para motivação da equipe observada em outra unidade é a reunião diária da equipe, cujo propósito é que todo funcionário expresse suas opiniões e sentimentos. Esta reunião diária da equipe pode ocorrer tanto no início com ao fim do dia de trabalho.

4.2.3 Instalações e equipamentos

As USF do município estão passando ou irão passar por reformas para melhoria de suas instalações, seja em relação a estado de conservação quando (re) adequação de seus espaços. Por esta razão, algumas das unidades, inclusive duas das visitas, estão operando em instalações temporárias. Estas obras são

⁸⁰ O fórum gestor foi apresentado no item 4.2.1 sob a ótica da Administração do sistema de saúde. No presente tópico, referente ao elemento “pessoal” do modelo de STARFIELD (2002), a intenção é abordar os aspectos relacionados à gestão de pessoas que o mecanismo proporciona.

decorrentes do Programa “Requalifica UBS”⁸¹, o qual, resumidamente, visa disponibilizar recursos federais especificamente para reformas, ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde. Neste sentido, USF estão sendo reformadas ou construídas com a verba dos editais deste Programa e se mantêm com estrutura física adequada à prestação de seus serviços.

O município de Pirai apresenta um diferencial em relação ao arranjo das instalações das USF. A baixa densidade demográfica do município fez com que fosse desenvolvido o conceito de unidade satélite. Trata-se de uma unidade com posto de atendimento de equipe reduzida, sob a gestão de uma unidade central. Ou seja, uma unidade satélite é, administrativamente, extensão de outra unidade. O propósito de duplicar as instalações, em localidades geográficas distintas e na mesma microrregião, é ampliar o acesso ao serviço reduzindo uma das tradicionais barreiras ao mesmo⁸². No total o município dispõe de 10 unidades de saúde da família, com 3 postos satélites, totalizando 13 USF e 100% de cobertura (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2015b). Foi o caso de uma das USF visitadas, na qual houve visita as suas duas instalações. Os agentes comunitários e os técnicos de enfermagem são a parte da equipe que é “duplicada”, uma vez que uma equipe é alocada na unidade central e outra na unidade satélite. A única alteração diz respeito a equipe médica, que opera em uma escala de deslocamento entre as unidades durante a semana, mediante cronograma pré-estabelecido.

Um outro aspecto relacionado às instalações identificado nesta pesquisa foi o caso de uma das unidades visitadas, a qual está inserida em um micro complexo de saúde⁸³. Estas características trazem benefício e alguns pontos negativos. Foi relatado pela gestora da unidade que há a competição entre equipes de especialistas e equipes de saúde da família, principalmente por consultórios, visto que a unidade possui os dois serviços na mesma instalação. Neste caso, a gestora em questão relatou a necessidade de mais consultórios por contar com diversas especialidades que atualmente revezam uso das salas com as equipes de saúde da

⁸¹ O Programa “Requalifica UBS” é um Programa do Ministério da Saúde, melhor descrito no tópico 4.2.10.

⁸² Um exemplo dado pela coordenadora de atenção básica foi a região de Santanésia, na qual há 1.500 pessoas numa região central e, 10 km depois (e ainda na região de Santanésia), uma concentração de 300 pessoas que teriam acesso dificultado. Por esta razão, foi instalada uma unidade satélite nesta região.

⁸³ A autora utilizou o termo micro complexo de saúde para se referir a um pequeno território (de extensão próxima a um quarteirão) onde se encontra uma concentração de diversa tipologia de unidades de saúde como, por exemplo, com posto de pronto atendimento, ambulatório de especialidades, UPA, hospital, arena para fisioterapia e pilares, posto de ambulância, consultório de especialidades odontológicas, entre outros.

família, por meio de uma planilha de horários. As planilhas são elaboradas com base no horário de atendimento de cada especialidade e a agenda dos médicos é organizada de acordo com exigência da Secretaria Municipal de Saúde. É necessário pontuar, no entanto, que esta situação não impacta na oferta atual de serviços, pois o cronograma é elaborado considerando uma folga. A proposta da gestora é a alocação de uma sala de consultório dedicada a cada especialidade. Neste cenário, melhoraria o conforto dos médicos e do atendimento, mas refletiria em ociosidade/baixa taxa de ocupação das salas. O ponto positivo deste arranjo é o cuidado mais integrado, visto que o paciente navega pelos serviços em uma extensão física praticamente nula, favorecendo sua interação com os profissionais. Além disso, os profissionais também passam a ter facilidades em desempenhar sua função e estabelecer vínculos, uma vez que a proximidade física de outras unidades favorece o fluxo de pacientes, informações e recursos.

Sobre a infraestrutura de esterilização, as unidades, em geral, utilizam autoclaves pertencentes às equipes odontológicas ou de saúde bucal. No caso da USF mencionada no parágrafo anterior, há uma Central de Material Esterilizado (CME) própria que atende a todo o micro complexo. A Figura 51 ilustra a autoclave utilizada na citada CME.



Figura 51: Autoclave da CME de uma das USF de Pirai.⁸⁴

Normalmente⁸⁵, as USF possuem espaços físicos dentro das unidades próprio para realização de reuniões de planejamento e controle das ações de saúde,

⁸⁴ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

⁸⁵ O termo “normalmente” foi empregado, pois todas as USF visitadas possuem espaço para a equipe de saúde, e porque foi apontado por 3 dos entrevistados (a coordenadora da

bem como para realização de trabalho administrativo, como se pode observar na Figura 52.



Figura 52: Exemplo de sala reservada para trabalho da equipe de saúde. ⁸⁶

Os espaços físicos para atividades educativas são principalmente desenvolvidos dentro da própria comunidade, a partir de iniciativas que aproximem o usuário de hábitos de interesse da USF, como promoção, prevenção e autocuidado, de modo a evitar o uso excessivo da unidade. Um exemplo disto é a prática do cultivo de horta (Figura 53), em área externa da USF, que alia a ideia da alimentação saudável com a promoção do autocuidado. Esta iniciativa aproveita um hábito cultural já identificado na comunidade da familiaridade com o uso de plantas medicinais.

Nesse sentido, uma das gestoras entrevistadas mencionou que há promoção de oficinas educativas para orientar a utilização dos vegetais cultivados na horta. Como exemplo, ela mencionou orientações voltadas ao uso de temperos como tentativa de redução de uso e consumo de sal. O público alvo era os pacientes hipertensos, diabéticos, obesos e pacientes renais crônicos, mas estes tipos de orientações podem se aplicar a toda comunidade como prática de promoção da

atenção básica e duas gestoras que trabalham há mais de 10 anos em USF no município) que a maioria das USF possuem este espaço. As unidades que não dispõem de sala para equipe são aquelas que estão em instalações provisórias e que aguardam finalização de obras para retorno ou transferência para instalações mais adequadas.

⁸⁶ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

saúde. Estas ações buscam, ainda, diminuir os casos de agudizações de pacientes acompanhados pelo PSF nos hospitais.



Figura 53: Horta desenvolvida em uma comunidade atendida por USF em Pirai.⁸⁷

4.2.4 Delineamento da população eletiva para receber os serviços

Quando perguntados sobre questões epidemiológicas da população, os gestores entrevistados demonstram preocupação principalmente em relação a hipertensão e diabetes. Os motivos apresentados se relacionam a algumas dificuldades acerca da assiduidade no Hiperdia, uma ação de saúde na qual há um dia dedicado ao atendimento de hipertensos e diabéticos. Os gestores acreditam que esta dificuldade ocorre por conta de característica destas condições de saúde que, geralmente, pode apresentar períodos assintomáticos e cujos danos se manifestam a longo prazo (renal, visual, outros).

Nesse sentido, foram citadas diversas ações que contribuiriam para diminuição dos casos de diabetes no município, como a orientação sobre alimentação correta e a prática de esportes, oferecidos gratuitamente pela própria prefeitura para todas as idades⁸⁸. A população busca por essas atividades, ainda que grande parte não possa participar por limitação oriunda da rotina de trabalho.

As USF atuam para controlar os surtos de doenças em seu território de cobertura (dengue, por exemplo) e para controle daquelas consideradas previsíveis

⁸⁷ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

⁸⁸ No caso da população idosa, a Secretaria Municipal de Saúde também oferece ações como os grupos da memória e da biodança.

pelo perfil da população. Tais serviços impactam na comunidade através do diagnóstico precoce, do acompanhamento do paciente e do controle de uso de medicamentos. O autocuidado é uma das vertentes de preocupação e promoção neste sentido.

Algumas características epidemiológicas ou de hábito do território forçam ações que desviam das padronizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que contribuem para alteração do perfil da comunidade que receberá os serviços ofertados pela USF. Uma das gestoras entrevistadas mencionou que no território de atuação da USF há incidência representativa de esquistossomose e varíola bovina, que os indivíduos comumente contraem em seu emprego. Geralmente, os pacientes que adquirem estas doenças tendem a ocultar sua condição para preservar seu emprego, o que acaba por prejudicar seu diagnóstico e tratamento. Para lidar com esta situação, a equipe da referida USF desenvolveu uma espécie de protocolo voltado à detecção destas doenças, bem como um treinamento sobre o mesmo. Ademais, a gestora da unidade reportou a situação para a Coordenação de Atenção Básica, que, por sua vez, viabilizou uma capacitação em varíola bovina, fornecida pelo Estado particularmente para a equipe da unidade em questão. Desta forma, a própria equipe pôde capacitar os ACS no sentido de aprimorar sua capacidade de detecção destas condições. Cabe ao ACS detectar e encaminhar estes casos para o médico da unidade, que recebe e acompanha o caso. Atualmente, a esquistossomose e varíola bovina são controladas na região, uma vez que a USF possui foco e procedimentos diferenciados em relação às demais USF.

As atividades desenvolvidas pelas USF transcendem a mera prestação de serviços de cuidado direcionados à cura e/ou tratamento de doenças (BODSTEIN, 2009; CAMPOS, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; DE SOUSA; HAMANN, 2009; GAMA; LEITE; BALDINI, 2007; MENDES, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Nesse sentido, os gestores apontaram que há momentos nos quais as USF acabam atuando como um pronto socorro na ocasião do acolhimento. Por consequência, isto limita as ações de promoção e prevenção da saúde. Segundo eles, se faz necessário constante monitoramento das USF para identificar esses momentos de sobrecarga das demandas espontâneas e, ainda, promover atividades educativas para a população sobre a característica e objetivos dos serviços prestados pela unidade. Destarte, um exemplo dado por uma gestora diz respeito ao cuidado com os pacientes idosos e/ou analfabetos que possuem dificuldades de seguir prescrições e orientações clínicas. A gestora instituiu na unidade a conduta de atenção especial dedicadas a este grupo de pessoas, que

devem ser identificadas pela equipe e acompanhadas pontualmente pelos ACS. Um exemplo de ação direcionadas a esta população é a comunicação por meio de desenhos.

Compondo ainda a caracterização da população que recebe os serviços das USF, há os casos em que usuários buscam a unidade visando apenas conversar, pedir orientações quanto a problemas domésticos, psicológicos e outros. Existe um consenso entre os entrevistados de que, geralmente, os profissionais das unidades de saúde da família, não estão preparados para esse tipo de demanda, o que ainda é um *gap* no serviço prestado, uma vez que, em tese, as USF devem se preocupar com quaisquer aspectos que afetem as condições de saúde e a qualidade de vida de seus pacientes.

A promoção social é realizada mediante apoio e orientação do Conselho Regional de Serviço Social (CRES) e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Estes entes são acionados nos casos em que o paciente apresenta situação social grave, visto que este tipo de demanda exige elaboração de relatórios e eventuais visitas de profissionais especializados, que não compõem uma equipe saúde da família. Ainda, são marcadas reuniões periódicas para discutir estes casos nas unidades. De acordo com os relatos outras questões sociais são pouco alcançadas pelo escopo da saúde da família, como etilismo, violência doméstica e dependência química. Estes casos chegam às unidades e são encaminhados, mas alguns gestores entendem que seriam passíveis de tratamento nas unidades se houvesse um profissional adequado para tratar estas questões na mesma. Uma das gestoras entrevistadas acredita que estes aspectos sociais impactam diretamente na qualidade de vida e saúde da família afetada. Atualmente, há a prática de elaborar um relatório da situação familiar caso sejam averiguados maus tratos, violência doméstica, e outros, para acompanhamento⁸⁹.

4.2.5 Gerenciamento e comodidades

Este tópico foi o que possui retorno mais diverso quando da realização das entrevistas, talvez pela amplitude de seu escopo. Para organizar a exposição do conteúdo levantado, os seguintes tópicos, emergentes de categorização dos resultados das entrevistas, são propostos:

- Suprimento de bens e serviços (4.2.5.1);
- Padrões da Secretaria Municipal de Saúde (4.2.5.2);

⁸⁹ Cabe ressaltar que as possibilidades de interação do serviço social com a saúde família são exploradas por BENATTI (2008).

4.2.5.1 Suprimento de bens e serviços

A maioria dos serviços de apoio, como manutenção predial e serviços de suporte de informática, são fornecidos pelo município, com exceção do serviço de limpeza e da manutenção dos equipamentos, os quais são prestados por empresas especializadas e contratadas.

Os medicamentos e materiais de consumo, por sua vez, são solicitados mensalmente ao almoxarifado central por meio de uma requisição. As quantidades solicitadas pelas USF são definidas segundo consumo histórico⁹⁰. Tais solicitações somente são atendidas se não houver reservas de períodos anteriores, fazendo com que a USF mantenha um estoque mínimo. Esta prática, instituída pela Secretaria Municipal de Saúde, é importante para evitar que haja desperdício de medicamentos e/ou materiais por perda de validade. A Figura 54 ilustra a organização de um estoque local (giro rápido) de medicamentos em uma das USF visitadas no município.



Figura 54: Estoque local de medicamentos de uma das USF visitadas no município de Pirai.⁹¹

O inventário dos materiais nas USF é realizado mensalmente, e é requisito para solicitar novos materiais. Sem manutenção e controle dos estoques, o

⁹⁰ O consumo histórico é identificado por meio de percepção e prática da equipe, geralmente não há resgate de registros históricos.

⁹¹ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

almoxarifado não disponibiliza os materiais solicitados. O controle de materiais e sua solicitação é realizada por meio de um artefato, denominado de “mapa de solicitação de materiais” e disposto na Figura 55, que possui uma listagem com materiais prescritos e padronizados, na qual o gestor precisa preencher informações como: estoque anterior, recebimentos, consumo mensal, estoque vigente, e quantidade a ser solicitada.

CÓDIGO UNIDADE		DESCRIÇÃO DO MATERIAL	Estoque Anterior	Recebido no C.C.	Consum. no mês	Estoque Atual	Pedido	Quant. Fornec.
65 . 31 . 1	PACOTE	ABAIXADOR DE LINGUA DE MADEIRA						
65 . 35 . 140	FRASCO	AGUA DESTILADA - 1 LITRO						
65 . 30 . 1	UNIDADE	AGULHA DESCARTAVEL ESTERIL 13 X 4,5						
65 . 30 . 2	UNIDADE	AGULHA DESCARTAVEL ESTERIL 20 X 5,5						
65 . 30 . 4	UNIDADE	AGULHA DESCARTAVEL ESTERIL 25 X 7						
65 . 30 . 3	UNIDADE	AGULHA DESCARTAVEL ESTERIL 25 X 8						

Figura 55: Mapa padrão de solicitação de materiais. ⁹²

O município fornece um escopo de medicamentos mais diverso do que aquele previsto no RENAME. É o caso do Diosmin, um remédio indicado para circulação, não contemplado na farmácia básica, porém autorizado para fornecimento à população pela Secretaria Municipal de Saúde. Neste caso, os ACS fazem uma requisição ao almoxarifado central e, nas quartas e nas sextas, enviam os pedidos e buscam o medicamento, respectivamente. Os tipos de medicamento, bem como respectivas quantidades, são dimensionados pelas receitas emitidas pelos especialistas e levadas pelo paciente para a USF. Na hipótese dos medicamentos de uso continuado, uma vez que a solicitação é aprovada, o fornecimento do medicamento é liberado por três meses. Esse controle de receitas é sempre centralizado na Secretaria Municipal de Saúde. As receitas próximas ao seu vencimento são informadas para reavaliação do paciente. Após este processo de liberação do medicamento, o paciente pode buscá-lo na própria unidade, mesmo que tenha sido prescrito por médico externo às USF.

⁹² Material disponibilizado pelos entrevistados cuja reprodução foi autorizada.

O sistema de pedidos não é informatizado por excesso de problemas na ocasião de sua implantação, utilizando assim a requisição física na central, com liberação também física para posterior conferência.

4.2.5.2 Padrões da Secretaria Municipal de Saúde

Os protocolos clínicos assistenciais seguidos pelas USF e desenvolvidos/adotados Secretaria Municipal de Saúde são adaptados daqueles sugeridos pelo Ministério da Saúde. O município também desenvolve protocolos próprios, geralmente em casos em que há alguma característica de saúde específica da região. Todos eles são analisados e revisados anualmente. No entanto, contribuições e sugestões são discutidas nos fóruns de gestores continuamente, a partir de indicações colocadas pelos profissionais decorrentes de sua experiência prática. Essas contribuições podem ser incorporadas aos protocolos, se consideradas pertinentes pelo grupo responsável na Secretaria Municipal de Saúde. Foco especial é dado aos protocolos de encaminhamento a especialidades. A Figura 56 ilustra a forma pela qual o protocolo é difundido nas USF.

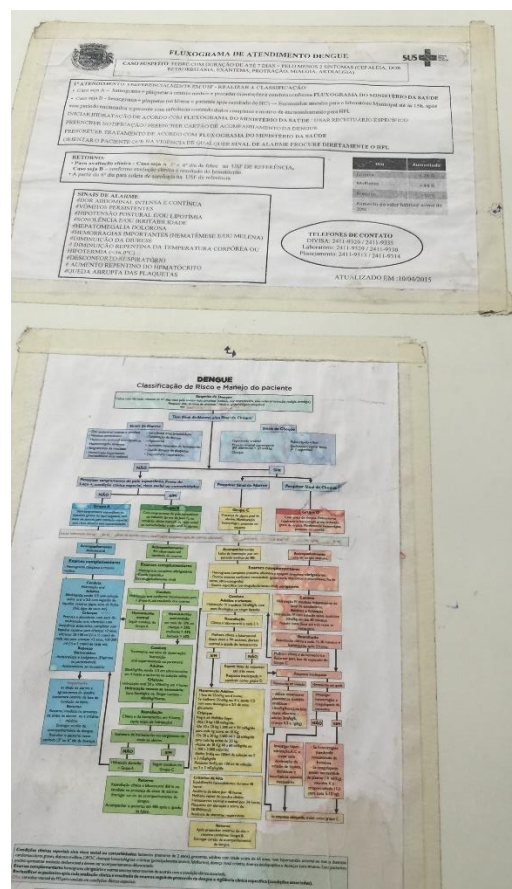


Figura 56: Protocolos de dengue fixados no balcão de atendimento de uma das USF visitadas⁹³

No caso da dengue, por exemplo, foi percebido que os protocolos não estavam sendo cumpridos. A partir das notificações dos pacientes, identificou-se que a pressão arterial e a temperatura não estavam sendo medidas nas USF, e outros pontos do protocolo também não estavam sendo cumpridos. Dessa forma, a Coordenação de Atenção Básica legitimou a ação corretiva para garantir que os protocolos fossem seguidos, além de ter definido marcadores para detectar, em casos concretos, quando não o fossem.

Em consonância, a prática de realizar estudo de caso clínico é igualmente estruturada pela Secretaria Municipal de Saúde. Um grupo de profissionais se reúne duas vezes na semana para discutir condutas⁹⁴. De modo geral, a prática consiste em selecionar casos reais, colocar nas sessões de debate em caráter genérico (descaraterização do caso) para evitar desconfortos, e discutir para gerar um ciclo de aprendizado. Algumas USF conduzem investigações próprias nesse sentido, com intuito de instruir os profissionais da equipe em relação aos pontos de erro e acerto em determinado caso.

A Secretaria Municipal de Saúde também realiza um trabalho de supervisão baseado no PMAQ, onde são levantadas as fragilidades das unidades para ajudá-las a superar esses problemas. Esse trabalho é feito mensalmente, com acompanhamento progressivo.

Os indicadores monitorados pela Secretaria Municipal de Saúde decorrem das metas pactuadas com os Governos do Estado e Federal, indicadas no ANEXO 4. No entanto, a Coordenação de Atenção Básica celebra uma pactuação interna junto às USF, tornando o pacto entre as esferas do governo uma meta mínima. As informações e os dados que alimentam os indicadores são aquelas coletadas manualmente e apontadas no sistema (SIAB), nas USF.

Mensalmente, a Coordenação consolida os dados do SIAB no denominado “caderno de avaliação de indicadores de atenção básica do município de Piraí”, que também apresenta recomendações de melhoria discutidas em equipe, nas reuniões mensais. Nestas reuniões, ocorre uma supervisão técnica, cujo objetivo consiste em discutir indicadores, verificar o desempenho do Programa Saúde da Família, planejar ações a serem tomadas e implantadas no próximo mês, definir como serão as agendas e distribuição de capacidade e oferta de serviços.

⁹³ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização

⁹⁴ Como, por exemplo, onde ser atendido, como agir ou lidar como paciente, entre outros.

Além desta ferramenta, há o Caderno de Gestão, um documento apresentado e desenvolvido a cada quatro meses pela Secretaria Municipal de Saúde, que visa prestar contas ao Ministério Público dos gastos em saúde. Este relatório é apresentado na Câmara Municipal em uma audiência pública. Para que a audiência pública ocorra, a coordenadora de atenção básica se reúne com os gestores da USF, numa espécie de prévia, para apurar as principais causas e questões que geraram os resultados e discutir as medidas que serão tomadas.

Uma das USF desenvolveu indicador próprio além dos controlados pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme indicado na Figura 57, com objetivo de controlar e rastrear os indicadores padrão. Trata-se de um instrumento para facilitar os reportes de casos específicos que refletem na medição.

CRIANÇAS MENORES DE 02 ANOS				
NOME	ID.	VACINA	PESO	OBS.
Pedro Gomes Berçot	22d	OK	3.290	Teste pez OK, AME, Cons part 21/07 VR
Bryan Souza de melo	147	OK	10.700	Retornou do Varjão. Puericultura 21/07.
Thalissom Antunes Janelato	110	Ok	11.680	Peso 18/03 Cons. Agendar. Ult cons part 10/05. Agendado p/Julho/15
Arthur Monteiro Felipe	11	falta	-----	Cons. Agendada PSF p/ 13/08. Veio do RJ vacinas atrasadas.
Maria Fernanda de Oliveira Silva	11m	OK	8.700	Cons PSF 19/04.AMM cons part 18/07
Larissa Manoela Santos	14	Falta 13	9.500	HDA sífilis congênita???.Mae sem adesão Não adere. .cons PSF 02/06/15
Vitor Hugo cesar da Cruz Palm	9m	Falta vacina	7.800	Cons Psf 20/07.AMM.
Luis Davi da Silva Souza Lima	7m	Falta vacinas	8.190	Cons part 01/2015 BP Março/15 cons USF 07/07 AMM. Enc. p/Hosp. Criança agosto/2015 Torcicolo congenito? Realizando fisioterapia 20

NOME	ID.	MOTIVO	DAT	OBS.
Ana Paula Gonçalves	44	Litíase renal, calculo vesical	23/07	HFL
Cristiane Gomes Vitorio Berçot	33	Parto cesárea	08/07	UNIMED

PENDÊNCIAS / OBSERVAÇÕES	
Mulheres +3 anos	Entregue/ atualizado
ATIVID. EDUC.	Não houve
Folga e Hora E.	
Acamados	Não tem.
Feridas Crônicas	Não tem.
Portadores de CA	Não tem.
Nº de família	143
Nº de VD	102
Nº de VD extra	18
DM 29	Acompanhado 29
HAS 94	Acompanhados 77

CRIANÇAS MENORES DE 02 ANOS				
NOME	ID.	VACI	PESO	OBS.
Joao Marcelo fontes de Abreu	8m	OK	8,900	Pez OK. Cons PSF 20/08 AMM
Isaque Araújo Pereira	10m	ok	8.610	Teste pez. 29/10, consulta 18/08 AMM.
Bruno Ramos Santos e Silva	18	OK	11.920	Consulta Dr.Izaura 17/08 AMM PSF cons 20/04

GESTANTES			
NOME	ID.	TRIM.	OBS. / PNAR / RETORNO
Nathalia Monteriro Rodrigues	25	1	DUM 25/04/15. IG: 13s. PNBR 21/07. ENC para PNAR 17/08 tomou Chumbinho/Depressão???. Enc p/

Figura 57: Artefato próprio de controle e rastreabilidade desenvolvido e utilizado por uma das USF visitadas⁹⁵

Em síntese, os indicadores são monitorados mensalmente e discutidos nessas ocasiões e espaços de debate. No entanto, a avaliação formal é trimestral, pois este é considerado o horizonte de tempo mínimo para perceber impactos. Não existem bonificações ou punições relacionadas ao cumprimento de metas, apesar

⁹⁵ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização

de o próprio prefeito já ter identificado como algo importante e de ser objeto de cobranças.

4.2.5.3 Sistemas e tecnologia da informação

Todas as USF do município possuem computadores e conexão à internet, que são utilizados como recursos para a execução dos processos de atendimento e para fins gerenciais e administrativos. O sistema Net Laudo, da Secretaria Municipal de Saúde, facilita os processos de atendimento visto que permite consulta a resultados de exames e acompanhamento dos prazos do mesmo. Trata-se de uma forma mais confiável e célere para disponibilização e armazenagem dos resultados de exame. O acesso a esses sistemas é centralizado na intranet, que foi mencionada e elogiada pelos entrevistados. A Figura 58 apresenta os principais sistemas utilizados pelas USF que podem ser acessados pela intranet.



Figura 58: Tela da intranet com acesso para os sistemas utilizados pelas USF em Pirai.⁹⁶

Além destes, foram levantados nas entrevistas o uso dos seguintes sistemas:

- SISREG
- SIAB
- e-SUS

⁹⁶ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização

- Cartão SUS (Cardweb), que pode ser feito na unidade
- SINAM

Algumas USF estão sendo piloto do e-SUS no processo de transição com o SIAB. Não foi o caso de nenhuma das entrevistadas, de modo que não foi possível extrair percepções deste processo de substituição.

Ainda sobre sistemas de informação, foi identificado que as USF não fazem uso de sistema de prontuário eletrônico. Os prontuários são gerados manualmente a partir de artefatos e documentos físicos que seguem as informações de monitoramento do Ministério da Saúde⁹⁷. As informações destes prontuários são apontadas em planilhas em MS. Excel e inseridas no SIAB. A equipe de cada USF é responsável por esta atividade, a qual é realizada nas próprias instalações.

Na intranet da Secretaria Municipal de Saúde também é possível acessar protocolos clínicos assistenciais desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde e pelas USF. Além disso, há espaço para que os usuários (equipes e profissionais de saúde) contribuam com sugestões para aprimorá-los⁹⁸. A Figura 59 apresenta a tela da intranet que contém o ambiente de consulta aos protocolos.

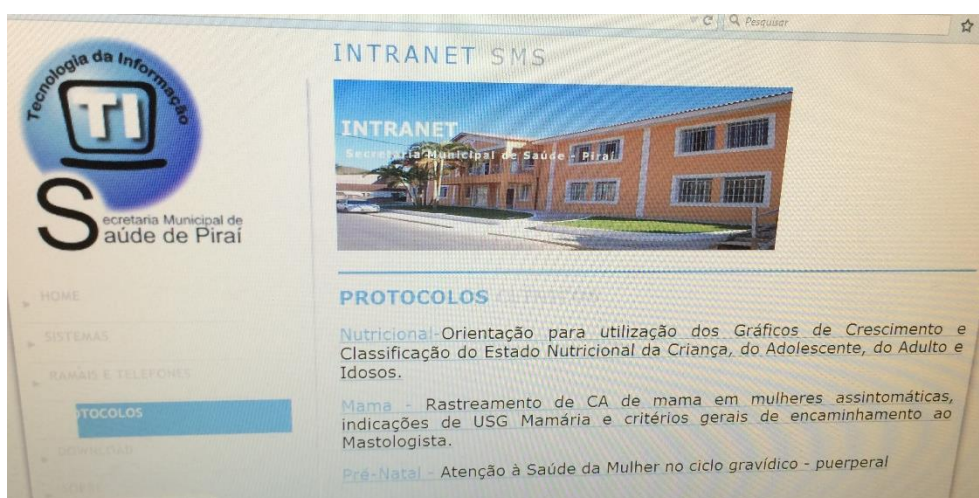


Figura 59: Ambiente de protocolos clínicos e assistenciais disponibilizados na intranet⁹⁹

⁹⁷ Estes artefatos estão dispostos no ANEXO 5

⁹⁸ Trata-se de mais uma forma de revisão e melhoria dos protocolos clínicos assistenciais do município, além das demais apresentadas previamente neste tópico.

⁹⁹ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

4.2.6 Variedade de serviços oferecidos pelas instalações

A agenda das ações de cuidado é elaborada com o Conselho Gestor, que tem forte participação da comunidade. O município, além dos serviços geralmente ofertados por USF e preconizados na PNAB, prioriza ações voltadas a melhoria da qualidade de vida¹⁰⁰, visitas e atendimentos domiciliares, bem como planejamento familiar.

O município foca bastante a prestação de serviços das USF nas visitas e em outros atendimentos domiciliares. A frequência da visita por paciente cadastrado é de 1 (uma) vez ao mês, com exceção de pacientes mais complexos que necessitam de mais visitas. As vagas de visitas domiciliares são reservadas, a priori, apenas para acamados ou para pacientes que tiveram alta hospitalar pós cirurgia. O controle desta população e das visitas é realizado em uma planilha própria, tentativamente padronizada com os outros gestores nas reuniões. Cada gestor tem o seu controle adaptado a suas necessidades. As referidas ferramentas buscam controlar os acamados, a periodicidade de visitas, os pacientes complexos, etc.

Sobre as ações de planejamento familiar, o paciente obrigatoriamente deve passar por 4 reuniões de planejamento para ter acesso a cirurgias irreversíveis, sendo as mesmas divididas em temas/etapas. A primeira reunião tem como tema o corpo, o aparelho reprodutor masculino e o feminino, fisiologia da menstruação, entre outras questões fisiológicas. A segunda reunião é sobre doenças sexualmente transmissíveis, a terceira sobre métodos anticoncepcionais, e a quarta sobre os direitos e leis relacionadas a planejamento familiar (por exemplo sobre as situações aonde se recomenda a laqueadura e a vasectomia).

A reunião é em grupo e oferecida toda sexta-feira, atendendo a demanda mesmo que de 1(um) paciente por mês. A procura geralmente está entre 1 (um) e 3 (três) pacientes por mês. O paciente recebe certificado de que participou das reuniões (declaração de conclusão), podendo, assim, ser encaminhado para o especialista por meio do SISREG. O especialista prescreve o pré-operatório e a USF conduz os exames. Uma vez verificados os resultados por meio do Net Laudo, há encaminhamento para o cardiologista gerar risco cirúrgico. Desta forma, a cirurgia pode ser realizada. Após a alta da cirurgia, agenda-se a visita domiciliar de pós-operatório ou paciente retorna à unidade para seguir com o acompanhamento peculiar à atenção primária à saúde.

¹⁰⁰ Projetos de educação física, pilates, alongamento para gestantes, alimentação, entre outras. Geralmente, o foco é em pessoas de meia idade, que possuem mais disponibilidade de usufruir dos serviços.

Outra prática estimulada pelas USF é o autocuidado, contribuindo para a gestão da demanda por serviços da USF e melhoria das condições de saúde da população. O incentivo para que o paciente promova o próprio cuidado reduz a demanda de consultas mais simples que consomem capacidade sem necessidade real. Para isso, são realizadas reuniões (atualmente quinzenais) que agrupam pacientes com esse perfil, e envolvem profissionais como nutricionistas, enfermeiros, médicos. No limite, serve como uma triagem para consulta realizada pelo próprio paciente (apoiado pela equipe), e nesta reunião receitas podem ser renovadas, exames solicitados, entre outros.

Além das práticas rotineiras mencionadas, existem inovações na operação das unidades observadas em Piraí, a seguir relatadas:

- a) Atendimento a demanda reprimida na regulação de especialidades: Piraí possui uma mastologista, uma nutricionista, e uma nefrologista, que realizam uma triagem inicial dos pacientes indicados para regulação. Esta prática faz com que haja uma dupla verificação, pelo clínico geral/médico da família que encaminha e posteriormente pelo especialista. Desta forma, apenas os casos considerados como de fato pertinentes são regulados, fazendo com que o sistema de regulação fique menos sobrecarregado e que a demanda reprimida, conseqüentemente, possa ser atendida. Há uma central online para marcação de consultas nessas especialidades, a partir da percepção pela central de uma demanda reprimida nessas áreas. A triagem realizada pelos especialistas é conduzida de forma eletrônica, estabelecendo contato com as USF quando pertinente.

- b) Ações baseadas em indicadores: as USF formulam campanhas e ações para melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da comunidade com base nos indicadores epidemiológicos controlados. A avaliação é coletiva, mas a tomada de decisão para acionamento das ações é realizada pela Coordenação de Atenção Básica. Um exemplo apresentado pela coordenadora foi a ocasião onde percebeu-se um certo desvio nos indicadores de preventivo e de incidência de HPV e câncer de colo de útero. Além das campanhas que já existem (como o outubro rosa), a Coordenação de Atenção Básica optou por realizar uma força tarefa nas unidades para realização de preventivos. Os exames foram ofertados diariamente, durante uma semana, a partir de intensificação da busca ativa para captação de

pacientes. Posteriormente, é possível e necessário reavaliar o nível de cobertura dos exames em cada território.

4.2.7 Organização de serviços

Os ACS possuem sistema de rotas previamente estabelecido, de acordo com o número de famílias cobertas a serem visitadas e, eventualmente, por conhecimento, proximidade e vínculo com determinada micro área e sua população. A Figura 60 representa o mapa de atuação de uma das USF visitadas, que estabelece o sistema de rotas entre os ACS. Nas hipóteses em que o ACS, durante as visitas domiciliares, detecta um novo paciente ou uma nova família, é estabelecida a conduta de proceder com o cadastramento baseado em seu relato e com o agendamento de uma primeira consulta.

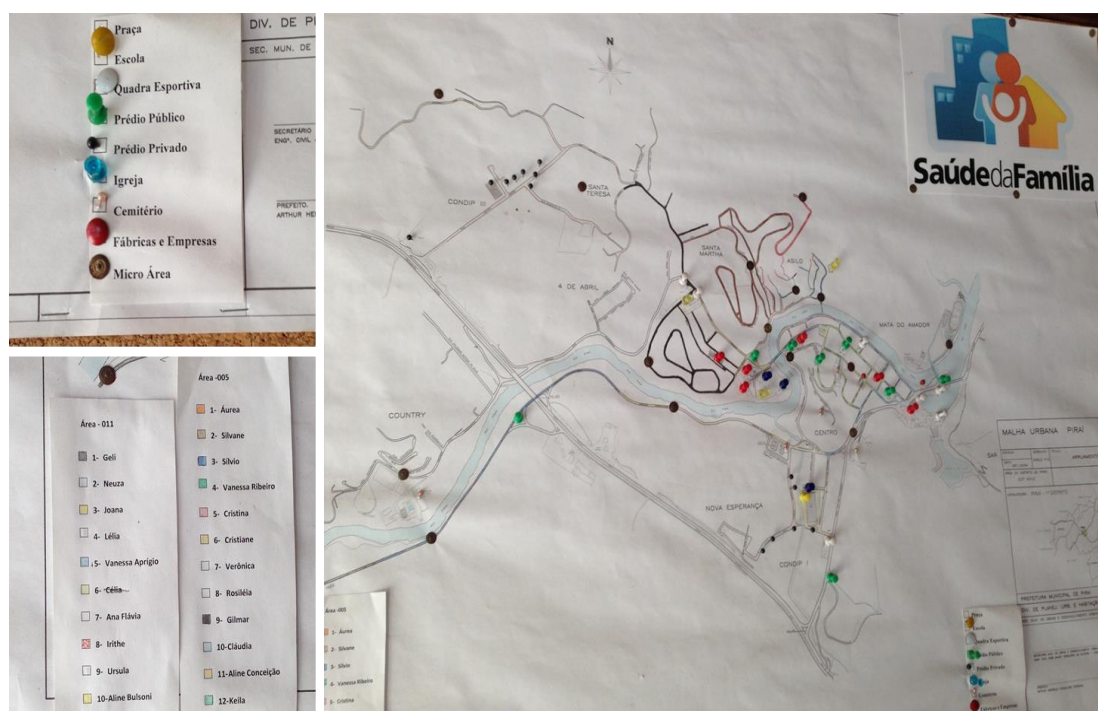


Figura 60: Organização das rotas entre ACS da USF¹⁰¹

De modo a organizar a interação dos ACS com o restante da equipe de saúde, foi identificado em uma das USF visitadas o mecanismo representado na Figura 61, uma espécie de cortina com bolsos, onde se discute e troca informações sobre a comunidade de cada microrregião. Este mecanismo foi considerado como

¹⁰¹ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização. Os textos na imagem são ilustrativos.

relevante para a comunicação na USF visto que os ACS estão nas ruas durante parte do expediente.

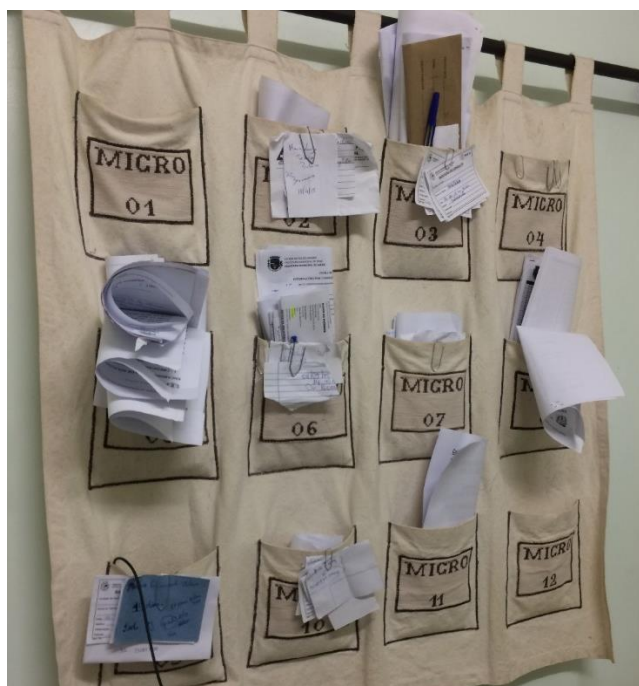


Figura 61: Instrumento de comunicação entre agentes e equipes de saúde acerca das demandas da USF (desenvolvido pela própria equipe)¹⁰²

O agendamento dos atendimentos é realizado pelo usuário presencialmente nas USF ¹⁰³. De acordo com os entrevistados, esta regra foi institucionalizada para mitigar interações desnecessárias nas solicitações de agendamento, como pedidos de atestado e requisições equivocadas, que comprometem a organização da demanda. Os entrevistados acreditam que tais interações consideradas desnecessárias decorrem principalmente por conta de questões culturais da própria população, que se encontra em constante processo de educação¹⁰⁴. Os entrevistados acreditam que os bons resultados advindos desta prática contribuíram para Pirai tenha se tornado um dos municípios pilotos da implantação do módulo de prontuário eletrônico e-SUS. A implantação deste módulo, por sua vez, cria a necessidade de reeducar a população para novos hábitos, como por exemplo a marcação de horários certos para as consultas (e não mais a marcação em blocos) e a consequência do paciente ter que chegar neste horário para evitar desvios na programação. Desta forma, há um consenso de que ainda é preciso desenvolver

¹⁰² Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

¹⁰³ As populações de idosos e acamados são exceção a esta regra de agendamento.

¹⁰⁴ Esta percepção dos gestores é compartilhada por CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2015).

novas práticas para que a comunidade se acomode com o novo modelo, como em todo processo de mudança.

O atendimento médico domiciliar ocorre uma vez por semana (cada médico), priorizando os pacientes em tratamento pós-cirúrgico, acamados, e os rebeldes em abandono de tratamento¹⁰⁵. Caso o agente identifique um paciente que necessite de atendimento médico domiciliar, o procedimento é agendar a visita, porém isto não é registrado no prontuário do paciente, a menos que haja vacina atrasada ou reincidência. Nestes últimos casos, o agente registra no livro de evolução de visita, onde recolhe assinatura das famílias mensalmente. Para o caso das unidades satélites mencionadas no tópico 4.2.3, os médicos saem da USF central e giram pelas unidades satélites obedecendo à escala semanal.

A organização do serviço de coleta de sangue foi definida em acordo e por sugestão da população¹⁰⁶. As USF e a Secretaria não sabiam arbitrar se era preferível realizar a coleta mediante agendamento ou por livre demanda (ordem de chegada). Por um lado, a livre demanda força o paciente a chegar mais cedo para conseguir vaga e gerar filas. Por outro lado, os agendamentos muitas vezes resultam em não comparecimento. A solução proposta pela própria população foi deixar 7 vagas agendadas, 8 vagas para livre demanda e, no caso de falta do agendado, a vaga seria completada por livre demanda. O material coletado é enviado todos os dias da semana para o laboratório de Piraí, de maneira centralizada. Os resultados ficam disponível no Net Laudo. As unidades mais distantes trabalham com coleta semanal, e para o caso de doentes acamados existe a opção de coleta domiciliar. Esta é a organização atual da coleta de sangue nas USF. Os gestores reconhecem a importância da participação da comunidade em ideias para melhoria da oferta dos serviços.

4.2.8 Mecanismos para oferecer continuidade da atenção

De acordo com os entrevistados, os pacientes costumam ser assíduos no que diz respeito à frequência na USF. Como exemplo, foi informado que 80% dos hipertensos e diabéticos são efetivamente acompanhados. O foco nas visitas domiciliares e no vínculo com a família são os principais meios de manter continuidade da atenção. Existe um conjunto de serviços prestados no entorno da USF e que impactam no perfil de oferta de seus serviços, bem como na

¹⁰⁵ Assim denominados pelos entrevistados.

¹⁰⁶ No item 4.2.1 foi mencionado que este caso seria apresentado.

continuidade da atenção. A seguir estão relacionados alguns destes serviços que compõem a rede de atenção à saúde local:

- a) Campanhas de Vacinação: são campanhas organizadas pelo Ministério da Saúde têm boa cobertura nos bairros, a partir da utilização de pontos de referência para a comunidade, como igrejas, praças, parques, outros.
- b) Comunicação com o hospital: há contínua comunicação entre os profissionais das USF e do hospital. O foco desta comunicação é a discussão dos casos que dão entrada nos hospitais com sintomas e características do perfil de demanda das USF. O objetivo é fazer um duplo grau de controle no acompanhamento da comunidade¹⁰⁷ e definir ações para intervir quando necessário. Além disso, a equipe do hospital também contribui para instruir a população sobre as importâncias do acompanhamento pela USF.
- c) Triagem dos encaminhamentos decorrentes consultas particulares: muitos médicos que trabalham nas próprias USF possuem consultórios particulares que praticam preços populares. Isto gera competição com atendimento da USF. Em especial nos casos de encaminhamento para alguma especialidade, esses consultórios eram utilizados como “atalhos”, uma vez que os pacientes não precisariam passar pela triagem na USF, visto que bastaria entregar o encaminhamento do médico para conseguir a referência para determinado especialista. Percebendo esta conduta e reclamações dos especialistas sobre o perfil de paciente atendido (que cerca de 80% não teria necessidade de atendimento especializado), as USF passaram a realizar o procedimento da triagem também para os casos encaminhados pelos consultórios privados, no intuito de só gerar encaminhamentos realmente necessários.
- d) Matriciamento de dermatologia: Piraí estabeleceu uma parceria com a UFRJ há quase 7 (sete) anos para propiciar prestação de serviços de cuidado dermatológico. Uma professora da UFRJ comparece no município e em algumas USF mensalmente, realizando capacitações para que os clínicos gerais se tornem aptos a resolver problemas dermatológicos mais básicos e

¹⁰⁷ Nesse sentido, é válido frisar que o controle primário é realizado pela USF e pelos ACS.

que não exigem consulta especializada. Isto também aumenta a capacidade do clínico geral em discernir sobre os encaminhamentos a especialistas. Além disso, esta médica também conduz mutirões de atendimento especializado com os médicos que treina. Estas práticas aumentam a resolutividade das unidades. Foi relatado por uma gestora entrevistada que antes existia a preceptoria, onde os acadêmicos de psicologia/medicina eram enviados para estágio e os próprios professores eram também enviados para a capacitação dos profissionais. Ainda hoje existe capacitação permanente, especialmente para médicos.

Outra parceria interessante é com a Secretaria de Educação, através do Programa Saúde na Escola (PSE), em que enfermeiros e psicólogos das unidades acompanham escolas para avaliar potenciais demandas a serem encaminhadas para especialidades ou para a própria unidade. Uma das unidades visitadas, por atender 6.000 pessoas, conta com um enfermeiro exclusivo para esse Programa, porém a gestora relata que no caso de unidades com comunidades menores o próprio gestor ou assistente fica responsável por esse trabalho.

Existe um fenômeno comum acerca da utilização do serviço das USF por pessoas com maior poder aquisitivo. Em unidades localizadas perto de bairros considerados mais nobres, em que as pessoas costumam ter plano de saúde, a unidade é utilizada pelas mesmas na busca de um pronto atendimento com o médico. No entanto, não aceitam a lógica de acompanhamento e organização da unidade.

Nesse sentido, foi relado em uma das entrevistas que parte das pessoas de uma região (cerca de 50%) possui plano de saúde e não é tão dependente do SUS. Ainda assim, muitos utilizam unidade para buscar medicamentos, solicitar medicamentos excepcionais, realizar exames que o plano demora a marcar¹⁰⁸. Quando o usuário procura as USF nesses casos, seu acompanhamento é prejudicado pois a característica das pessoas que tem plano é, por exemplo, de não receber os ACS em suas casas, não passar informações a eles por acreditarem que serão expostos, e entender que não necessitam de tal acompanhamento, característica diferente das comunidades mais carentes. Além disso, há percepção comum entre os entrevistados de que a comunidade com acesso a plano de saúde naturalmente também tem acesso a melhor alimentação e lazer, e a condição de saúde tende a ser conseqüentemente melhor.

¹⁰⁸ As USF oferecem eletrocardiograma, pneumologista, cardiologista, entre outros, com prazo de uma semana pelo SISREG.

Em um caso observado em uma das regiões, no entanto, a demanda da USF não é dividida com clínicas particulares pois o plano de saúde local que existia faliu e os usuários desse plano acabaram por ter a necessidade de serem encaminhados para o SUS. Outra situação relatada é que a crise econômica atual está limitando o investimento em planos de saúde pelas famílias, aumentando a busca por serviços públicos. O impacto não é tão significativo pois esses usuários já utilizavam os serviços do SUS e das USF para exames e outros tipos de serviços “pontuais”, mesmo tendo planos de saúde.

4.2.9 Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento

STARFIELD (2002) entende que o acesso ao atendimento pode ser ofertado principalmente por duas formas: a acessibilidade em relação ao tempo (4.2.9.1) e a acessibilidade geográfica (4.2.9.24.1.9.2). Estes pontos são abordados a seguir.

4.2.9.1 Acessibilidade em relação ao tempo

De maneira geral não há demanda reprimida e, inclusive, chega a ser comum a existência de vagas “sobrando” para atendimento nas USF. Como a demanda é realmente pequena, e segundo relatos, não é reprimida para a grande maioria das consultas com especialistas, a agenda é aberta diariamente e raras são as esperas (no máximo para a semana seguinte).

A agenda nas USF oferece consultas diariamente de segunda a sexta, além do serviço de acolhimento que vem a ser o atendimento à demanda que não está agendada (demanda espontânea que chega para triagem), e que possui o objetivo de resolver de 80% a 85% dos problemas. Todas as pessoas que solicitam atendimento são acolhidas, e o atendimento é orientado a uma escuta humanizada. Os gestores apontam que muitas vezes a demanda espontânea não é uma queixa de dor, mas sim uma dúvida de encaminhamento, uma questão psicológica, entre outras.

A agenda de visitas, por sua vez, ocorre uma vez ao mês para cada família, com exceções apenas em quadros de necessidade. Um exemplo fornecido em uma entrevista, foi o caso de visita em domicílio de uma gestante dependente química da região, que exige várias visitas mensais, inclusive para pré-natal domiciliar. Além do aumento da frequência de realização de visitas e atendimentos domiciliares por parte da equipe saúde da família, também existe uma parceria com o CAPS e a

promoção social, solicitada pela própria unidade, para efetuar visitas a parte à usuária em questão, as quais não acompanhadas pela unidade.

De acordo com os entrevistados, o número de consultas ofertadas pelas unidades supre a demanda de serviços da comunidade. Existe um número de consultas previstas pela Secretaria Municipal de Saúde para compor a agenda de atendimentos, cuja decisão tem participação dos gestores das unidades, os quais contribuem com sua percepção acerca das características da demanda. O número estipulado está aberto a mudanças e é definido de acordo com o crescimento esperado para a demanda e pela percepção do gestor da unidade¹⁰⁹.

Em relação ao agendamento de atendimento com especialidades, há a prática de estabelecimento de cotas para os pedidos dos profissionais, como uma forma de determinar a capacidade para o atendimento com especialidades. Em paralelo, a Coordenação de Atenção Básica estabeleceu um controle por especialidade para identificar principalmente as razões de sobrecarga. Quando as cotas de um profissional são ultrapassadas, a coordenação discute o caso junto com este profissional para identificar as possíveis causas e, assim, resolver o problema. Nesse sentido, as principais causas já identificadas são os casos de pacientes encaminhados erroneamente para dada especialidade, que acaba por ocupar capacidade sem consumi-la. Como forma de mitigar essas situações, a Coordenação de Atenção Básica revisou os protocolos clínicos assistenciais de encaminhamento e ministrou treinamentos nas USF. Esta prática já está sendo feita com a área de nefrologia e ortopedia, para tentar tornar uma prática sistemática para todas as especialidades.

4.2.9.2 Acessibilidade geográfica

A divisão das áreas de cobertura e dos territórios foi realizada pelo próprio governo municipal, cuja demarcação foi majoritariamente realizada de acordo com a concentração populacional, e não pela característica epidemiológica. A Figura 62 ilustra o mapa de cobertura de uma USF visitada.

¹⁰⁹ Percepções envolvem alterações de volume e de características epidemiológicas.

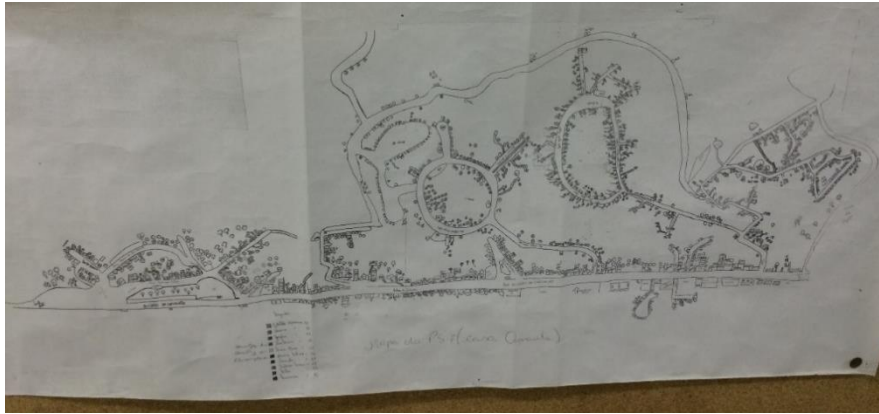


Figura 62: Mapa de cobertura de uma USF em Piraí.¹¹⁰

Uma prática comum e priorizada pela Secretaria Municipal de Saúde é a de visitação e atendimento nas residências. Por decisões de governo, o município desenvolveu competências em relação a esse tipo de ação. Os critérios para visita e atendimento domiciliares são padronizados pela Coordenação de Atenção Básica. De partida, estas visitas se dedicam aos frequentadores assíduos da USF. É disponibilizado 1 (um) carro por unidade, dedicado apenas a levar as equipes para as visitas¹¹¹. Em casos excepcionais os carros também são utilizados para transportar pacientes para realização de exames ou consultas específicas. A Figura 63 ilustra o carro alocado em uma das USF visitadas, e a Figura 64 a agenda semanal de utilização do mesmo para visita domiciliar.



Figura 63: Carro utilizado para visita domiciliar e transporte de pacientes.¹¹²

¹¹⁰ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

¹¹¹ Não é realizada remoção de pacientes, pois isto é função do SAMU.

¹¹² Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAJÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CRONOGRAMA DO CARRO

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
VD ACS	VD FISIOTERAPIA CLÉIA	VD FISIOTERAPIA CLÉIA	VD ENFERMEIRA DENISE	VD DENTISTA CÍNTIA
VD ACS	VD MÉDICA ANANDA	VD MÉDICA LEANDRO	VD ENFERMEIRA DENISE	VD ACS

Escritório de Saúde da Família do Centro
Rua Capitão Manoel Torres, nº 33 - Centro - Pirají - RJ - Cep: 23.175-000
Tel: (24) 2414-9037 ou (24) 24119326

Figura 64: Agenda semanal de utilização do carro para visita domiciliar. ¹¹³

Existem muitas pessoas acamadas na região com dificuldades financeiras. No intuito de melhor atender a esta população, implantou-se a política de visitação ou mesmo de deslocamento do paciente de sua residência até a USF. Isto melhorou o acesso e a condição de saúde das pessoas.

O lado negativo desta política é o custo adicional gerado pelo transporte/deslocamento propriamente dito e pela manutenção da frota. Em consonância, há uma crítica às visitas que se tornam verdadeiros atendimentos, numa lógica *homecare*, que além de consumir mais recursos (tempo e equipe) restringindo o número total de visitas possíveis, cria um hábito acomodado nos pacientes, na contramão da lógica de autocuidado originalmente promovida pelas USF.

Quanto ao acesso dos ACS nestas ações de atendimento domiciliar, geralmente se deslocam para as visitas a pé, com exceção de duas áreas bastante distantes para as quais são levados com os carros das USF. Em situações específicas, existem algumas áreas perigosas em que é necessário ir mais de um agente na rota para a segurança dos mesmos.

Outro aspecto que impacta a utilização de recursos para as visitas e atendimentos domiciliares são pacientes cujo perfil exige equipes maiores e/ou mais capacitadas. Um exemplo que vem se tornando comum é o aumento do índice de usuários de drogas, que raramente se apresentam para tratamento continuado nas USF. Tal situação prejudica diretamente a prevenção que é o maior objetivo do programa saúde da família. Atualmente, algumas das USF estão acionando um psiquiatra e uma psicóloga dedicados às avaliações e encaminhamento dos

¹¹³ Fotografia tirada e reproduzida pela autora mediante autorização.

usuários para o CAPS, no intuito de tratar a dependência química. No entanto, esta prática não é extensiva a maioria das USF.

Adicionalmente à política de visitas, outra iniciativa que facilitou o acesso ao serviço das USF foi a implantação das chamadas unidades satélite, apresentadas e descritas no item 4.2.3. Esta dinâmica melhora significativamente o acesso das pessoas e a sua percepção de satisfação, já que a dificuldade logística é superada.

No caso de uma das USF estudadas, que é situada em uma localidade mais isolada/erma, há a prática de agendar todos os pacientes para chegar no mesmo horário por causa dos horários de ônibus¹¹⁴. A prioridade de atendimento é por horário de entrada na USF, respeitando os debilitados, crianças de colo, idosos, estado de dor, e outros parâmetros do protocolo de classificação de risco. Todos os pacientes agendados para o dia são atendidos, de maneira que o deslocamento realizado pelos mesmos não seja desnecessário.

Para o caso de agendamento de exames, como a mamografia, e tratamentos específicos, como a hemodiálise, a quimioterapia e a radioterapia, os pacientes são referenciados para a rede de atendimento de Volta Redonda. Nesses casos, os gestores relataram que houve época de muitas faltas a estes agendamentos. Para resolver este problema, a Coordenação de Atenção Básica e os gestores das USF buscaram entender junto a comunidade qual era a razão para o não comparecimento. Como resultado, foi possível perceber a dificuldade de deslocamento de alguns pacientes. De modo a solucionar este problema, a Secretaria Municipal de Saúde alocou uma van dedicada ao transporte desses pacientes referenciados. O acompanhamento desta solução apontou para a redução dos índices de não comparecimento, além de reduzir mais ainda o tempo de resposta.

Por fim, cabe citar que a proximidade de algumas USF com pronto atendimentos favorece o trabalho da unidade na ocasião de gerar encaminhamentos de pacientes de urgência/emergência. Esta prática repetida, ajuda a criar o hábito no paciente de buscar atendimento no estabelecimento adequado ao seu problema.

4.2.10 Arranjos para financiamento

Em relação à discussão orçamentária, o repasse de recurso é aproximadamente fixo, conforme o preconizado pela PNAB. No entanto, há críticas

¹¹⁴ O ônibus passa duas vezes ao dia pelo local.

de que “o governo municipal investe mais, o estadual um pouco menos e o federal menos ainda”. Esta crítica também é observada na literatura (CAPUCCI, 2014; CARVALHO et al., 2012; PIOLA et al., 2013). Foi relatado que a Prefeitura destina 30% da arrecadação do município para a saúde¹¹⁵.

A Coordenação de Atenção Básica busca ampliar a captação de recursos com a prática de sempre estar consultando os programas do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde em busca de incentivos. Um exemplo mencionado pela coordenadora é o Programa Requalifica UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015c)¹¹⁶, voltado ao fornecimento de recursos para reformar e construir Unidades Básicas de Saúde. O Programa também envolve ações de informatização dos serviços. Para isso, o município precisa elaborar um projeto dessas reformas e enviar para o Sistema de Monitoramento de Obras em prazo determinado para ganhar o recurso. O próprio Programa fornece modelos de projeto básico de UBS que podem ser seguidos. Além disso, a reforma ou construção é monitorada por tal sistema, sendo o monitoramento requisito para continuidade da liberação dos recursos.

O governo municipal tem incentivado tanto através do projeto de reformas como pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)¹¹⁷. Criou-se a rotina diária de acompanhamento e mapeamento, dentro da Coordenação de Atenção Básica, verificação e estudo de portarias publicadas para captar estas oportunidades. A coordenadora considera que o nível de organização para aproveitar estas oportunidades é um diferencial do município.

De todo modo, foi realizado levantamento no portal de transparência do município de Magé¹¹⁸ no intuito de levantar as despesas orçamentárias do município

¹¹⁵ De acordo com BRASIL(2012), em seu artigo 7º, os Municípios devem aplicar anualmente nos serviços públicos de saúde pelo menos 15% da arrecadação dos impostos que lhe cabem e de alguns tipos específicos de recursos repassados pelo Estado e pela União.

¹¹⁶ Este Programa também foi mencionado no item 4.2.3

¹¹⁷ A PNAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) institui que um dos componentes do financiamento federal para a Atenção Básica são recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Este programa, de acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013, 2015b), “propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde”. Quando há melhora nos padrões de qualidade nas avaliações, há aumento do repasse de recursos de incentivo para o município.

¹¹⁸ Portal de transparência do município de Pirai encontra-se disponível em <http://goo.gl/64ddC7>, cujo acesso foi realizado em março de 2016. Neste portal, foram levantadas as LOA (Lei Orçamentária Anual municipal) dos anos de 2013 a 2015, no intuito de manter o mesmo parâmetro utilizado com o caso de Magé, que apresentava disponibilidade somente neste intervalo de tempo. Como é de amplo conhecimento, a LOA é, de forma bastante sucinta, uma lei que estima receitas arrecadadas e autoriza a realização das despesas do plano de governo para o exercício seguinte. As LOA consideradas foram as Lei nº 1094/2012, Lei nº 1144/2013, e Lei nº 1183/2014, as quais correspondem, respectivamente aos anos de 2013, 2014 e 2015.

e o montante que destinado à função saúde. Estas informações, em valores absolutos, encontram-se dispostas na Figura 65.

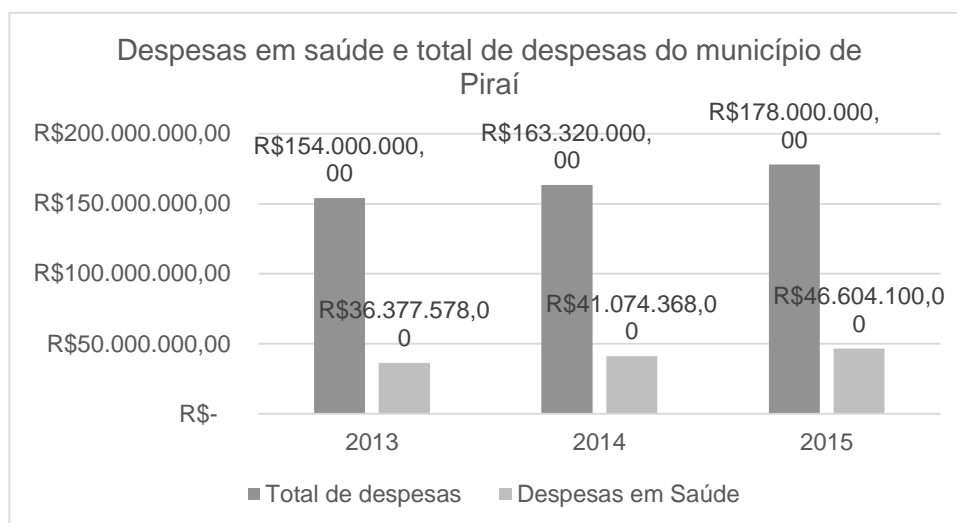


Figura 65: Despesas em saúde e total de despesas do município de Pirai nos anos de 2013 a 2015.

Fonte: Portal de transparência do município de Pirai (<http://goo.gl/64ddC7>).

Lei nº 1094/2012, Lei nº 1144/2013, e Lei nº 1183/2014.

4.3 Análise comparativa dos casos estudados

A análise comparativa dos casos é realizada considerando os elementos de capacidade dos serviços de saúde considerados nesta pesquisa. Para entender a estrutura da análise dos casos, é preciso compreender como esta foi realizada.

Os textos de cada caso foram extraídos e organizados em uma planilha em MS. Excel, com objetivo de estruturar as informações levantadas nas entrevistas. Nesse processo, percebeu-se que havia basicamente três grupos principais de informação. O primeiro grupo foi aquele que contém informações que descrevem características do território¹¹⁹ e/ou do município. O segundo se refere a problemas ou desafios enfrentados pela gestão das USF e da Secretaria Municipal de Saúde na prestação dos serviços e desempenho das atividades das USF¹²⁰. O terceiro grupo, por sua vez, apresenta práticas assumidas e/ou soluções desenvolvidas pelas USF e Secretaria Municipal de Saúde para viabilizar e/ou melhorar a

¹¹⁹ Na planilha de análise, por simplificação, este grupo foi denominado de “Característica do território”.

¹²⁰ Na planilha de análise, por simplificação, este grupo foi denominado de “Problema/Desafio”.

prestação dos serviços¹²¹. Eventualmente as informações nestes grupos podem ter alguma relação entre si. A forma pela qual a referida planilha foi estruturada favorece a visão das relações diretas. Nesse sentido, o APÊNDICE 4 e o APÊNDICE 5 apresentam o resultado deste exercício de síntese do caso do Município de Magé e de Piraí, respectivamente.

Uma vez concluído este primeiro exercício de síntese dos casos estudados, foi preciso identificar uma forma para estabelecer parâmetros de comparação. A partir de uma releitura do conteúdo de ambas as planilhas, foi possível reconhecer que algumas “características do território”, “problema/desafio”, e/ou “prática/solução” eram comuns tanto para realidade de Magé quanto para a realidade de Piraí. Do mesmo modo, alguns aspectos estavam presentes em ambos os municípios, porém a forma como eram tratados ou como ocorriam em cada um deles eram distintas ou até mesmo divergentes. Além disso, outras informações estavam presentes em apenas um dos casos, sendo muitas vezes alguma peculiaridade e/ou diferencial do município. Desta forma, e a partir destes três parâmetros, chega-se à forma pela qual este tópico está organizado:

- Aspectos convergentes dos casos estudados (4.3.1)
- Aspectos divergentes dos casos estudados (4.3.2)
- Particularidades do município de Magé (4.3.3)
- Particularidades do município de Piraí (4.3.4)

A matriz desenvolvida e utilizada para gerar a comparação dos aspectos em comum entre os casos estudados está disponível no APÊNDICE 6. A tabela desenvolvida e utilizada para gerar a comparação dos aspectos divergentes entre os casos estudados está disponível no APÊNDICE 7.

4.3.1 Aspectos convergentes dos casos estudados

Dentre os aspectos identificados como comuns entre os dois municípios estudados, percebeu-se que as principais semelhanças residem no elemento “pessoal”, cujos tópicos emergentes do exercício de comparação se referem à formação do ACS, à rotatividade dos médicos, e às políticas adotadas pelas Secretarias Municipais de Saúde para treinamento e capacitação das equipes saúde da família.

¹²¹ Na planilha de análise, por simplificação, este grupo foi denominado de “característica do território”.

¹²¹ Na planilha de análise, por simplificação, este grupo foi denominado de “Prática/Solução”.

No que se refere à formação dos ACS, observou-se que ambos os municípios estabelecem o requisito mínimo de formação com ensino médio completo para admissão dos ACS. Trata-se de um rigor superior ao requisito mínimo legal, instituído por BRASIL (2006)¹²², o qual preconiza que o ACS deve possuir ensino fundamental concluído para o exercício da atividade. Os gestores de ambos os municípios acreditam que esta prática assumida pelas Secretarias Municipais de Saúde repercute na admissão de funcionários que geralmente não apresentam conhecimento em saúde. Tal conhecimento é adquirido mediante treinamentos, os quais são inclusive mandatórios pela força da lei¹²³, e principalmente pela experiência prática. Portanto, altos índices de rotatividade dos ACS podem refletir na qualidade e nos resultados das atividades desempenhadas por estes profissionais, principalmente aquelas que apresentam menor cunho administrativo, quais sejam¹²⁴: a orientação das famílias quanto à utilização dos serviços de saúde ofertados pela USF; realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhamento das famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, incluindo o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; e informar a equipe das situações de risco identificadas nestes acompanhamentos.

A rotatividade alta dos médicos também é entendida pelos gestores entrevistados como prejudicial ao sistema de serviços de saúde visto que geralmente este profissional é considerado pela população como referência para estabelecimento de vínculo com a USF. A dinâmica do cuidado medicocentrado, assim como a medicalização da saúde e seu viés biologizante, são características dos sistemas de saúde fragmentados orientados ao atendimento das condições agudas de saúde. Superar essas características é considerado um requisito e desafio necessário para a viabilidade dos sistemas de saúde e, principalmente, da Atenção Primária à Saúde (BENATTI, 2008; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2009; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; FRANCO; MERHY, 1998; MENDES, 2012; NETO; MALIK, 2012; SARRETA, 2009; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010; VARGAS; VICCARI; BELLINI, 2010). No caso do município de Piraí, a vinculação ao Programa Mais Médicos foi considerada como um atenuante do problema da rotatividade dos médicos, uma vez que aumenta o período de fixação destes

¹²² Em seu artigo 6º, inciso III.

¹²³ BRASIL (2006), artigo 6º, inciso II.

¹²⁴ Cabe ressaltar que estas atividades estão previstas como atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde na Política Nacional de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 48-50).

profissionais no território. Apesar disto, o índice de rotatividade persiste em ser considerado como prejudicial.

Relativamente às políticas adotadas pelas Secretarias Municipais de Saúde para treinamento e capacitação das equipes saúde da família, foi identificado em ambos os casos que o desenvolvimento e a oferta destes treinamentos e capacitações são em regra centralizados na Secretaria Municipal de Saúde. Em Piraí, há um estímulo a especializações e pós-graduação, com o intuito de profissionalizar a atenção à saúde e a gestão no município. Já em Magé, há um foco nos treinamentos fornecidos pelo Estado, por meio do Telessaúde, além de ações excepcionais de desenvolvimento e oferta de treinamento por equipes de USF.

Especificamente em relação ao território, a análise comparativa dos casos revelou a existência de três aspectos em comum aos municípios, a saber: a redução do acesso ao atendimento privado; a existência de áreas de risco; e a atenção à população que não é alfabetizada e/ou apresenta dificuldades para seguir as prescrições médicas.

No município de Piraí, a redução do acesso ao atendimento privado se deu a partir da falência de um plano de saúde local. Por outro lado, o reduzido acesso ao atendimento privado em um território específico de Magé ocorre por falta de interesse de instituições (clínicas, ambulatórios, entre outros) em se fixar no território e por características socioeconômicas da população, a qual, segundo o gestor entrevistado, não possui condições de estabelecer convênios particulares e/ou se deslocar para outras localidades onde há atendimento privado disponível. Em ambos os casos, apesar das causas distintas, a redução do acesso ao atendimento privado repercutiu no aumento da demanda e do consumo de serviços das USF, tanto em termos de volume quanto de escopo. Isto porque, geralmente, a população que faz uso do sistema privado também utiliza a USF esporadicamente (retirada de medicamento e vacinação, por exemplo), mas recusa ser acompanhada. A partir do momento que a utilização do SUS se torna exclusiva, mesmo que “por força maior” à vontade do usuário, esta parcela da população consome os serviços que já estava habituada a consumir e, ainda, passa receber os cuidados de prevenção e promoção de saúde prestados pela USF.

Ainda em relação a características comuns aos territórios, há de se falar daqueles territórios inseridos em áreas consideradas como de risco. Nesse sentido, foi relatado que a existência destas áreas prejudica a atuação do ACS no acompanhamento das famílias, que muitas vezes relutam em recebê-los. Além disso, a segurança física e psicológica do ACS é posta à prova cada vez que este necessita percorrer suas rotas diárias. No caso do município de Piraí, as rotas

inseridas em áreas de risco são percorridas por ACS sempre em duplas, de modo que um acresça (mesmo que simbolicamente) a segurança do outro. Cabe destacar que este aspecto não foi abordado, sob esta ótica, por nenhum dos trabalhos analisados na revisão da literatura¹²⁵.

Tanto em Magé quanto em Piraí foi observado que parte da população atendida e acompanhada não é alfabetizada e/ou apresenta dificuldades para seguir as prescrições e orientações clínicas. Esta dificuldade, conseqüentemente, pode afetar a efetividade do alcance das ações de saúde desempenhada pelas USF. Em ambos os municípios se percebeu um cuidado especial para com esta população, o qual geralmente parte do ACS de forma pontual, como a comunicação por meio de desenhos ou visitas para recordar datas de agendamentos. Geralmente, a literatura analisa as taxas de analfabetismo nas regiões onde estudam a ESF, mas não fazem relação explícita de como este fator pode influenciar a operacionalização da ESF e a prestação de serviços nas USF. Do mesmo modo, os trabalhos também não discutem como solucionar esta barreira ao acompanhamento.

O último aspecto em comum aos municípios se refere à organização dos atendimentos nas USF, que geralmente operam em horários semelhantes, ofertando escopo de serviços semelhantes. Há dias específicos para os tipos de atendimentos. Nesse sentido, os gestores reconhecem que organizar a agenda de acordo com a demanda por condição de saúde, permite que a unidade direcione seus recursos e capacidade àquela população/demanda específica. Esta prática é reconhecida e recomendada pela literatura (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2012). Além disso, os agendamentos são, em ambos os casos, realizados antecipada e presencialmente, seja na USF como nas visitas domiciliares, de modo a melhor organizar a demanda e a oferta de serviços.

A Figura 66 sintetiza os aspectos convergentes abordados neste tópico.

¹²⁵ SÍCOLI; NASCIMENTO (2003) se aproxima um pouco da discussão sobre área de risco, ao abordar a concepção da saúde como produção social por meio da apresentação do projeto República Bem-Viver. Este projeto que retira idosos que vivem em áreas de risco e assegura o direito à moradia, afastando-os de a institucionalização nos moldes asilares e preservando sua independência e autonomia. Como é possível perceber, o trabalho é focado em práticas de promoção do que nas implicações para o exercício das atividades ordinárias do ACS (e, assim, na operacionalização da ESF).

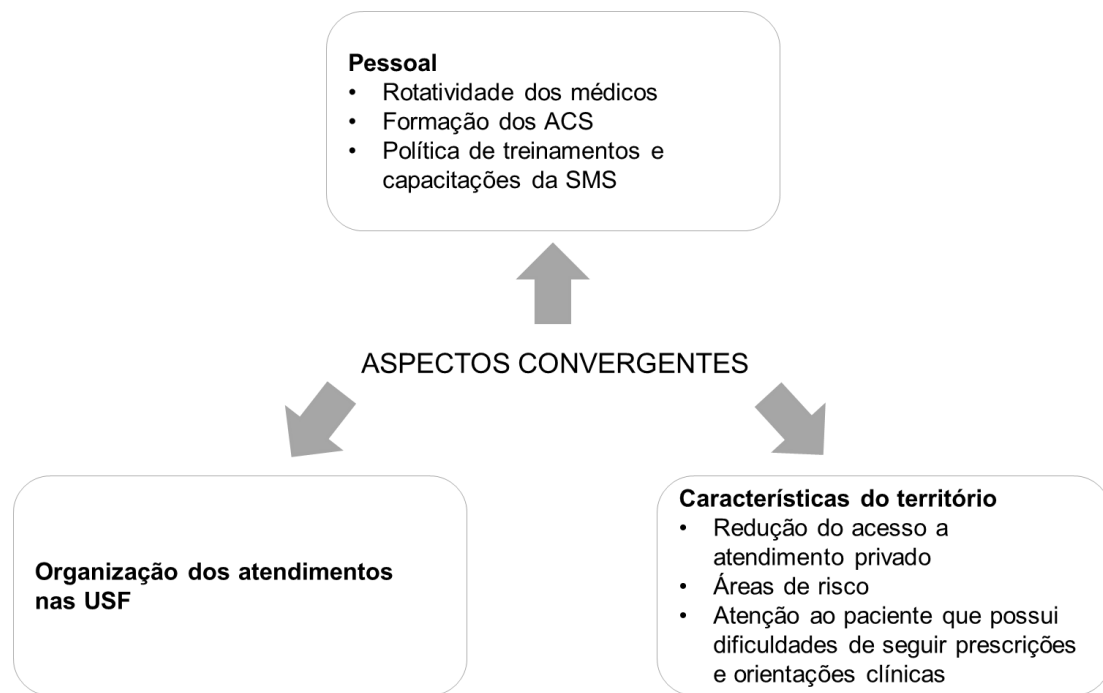


Figura 66: Aspectos convergentes dos casos estudados

4.3.2 Aspectos divergentes dos casos estudados

O primeiro aspecto divergente dos casos estudados está relacionado à cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica e à população adscrita. No município de Magé, a cobertura no ano de 2014 é de 75,47%, vindo de um crescimento considerável, pois em 2010 a cobertura era de 28% (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2015a). O município de Piraí, por outro lado, apresenta cobertura de 100% desde 2003, segundo relatos das entrevistas. Esta característica repercute principalmente na parcela da população que tem acesso aos serviços das USF em sua totalidade. A população que reside em área não coberta pode utilizar serviços de unidades de outra região. No entanto, esses serviços se limitam àquelas demandas espontâneas, geralmente direcionadas ao cuidado de condições agudas ou agudizações de condições crônicas. Por consequência, esta mesma parcela da população não é contemplada nas ações de acompanhamento e/ou preventivas. Por definição, isto distancia o sistema de serviço de saúde dos propósitos da APS e de todos os demais benefícios esperados para um sistema de saúde orientado a estes propósitos, quais sejam a integralização do cuidado e a gestão da clínica (HARZHEIM, 2004; MENDES, 2011, 2012; NETO; MALIK, 2012; STARFIELD, 2002).

O segundo aspecto que decorre de característica do território e que reflete na “administração do sistema de saúde” é a densidade demográfica dos municípios¹²⁶. O município de Magé apresentou, no censo de 2010, uma densidade demográfica de 585,1 Hab./Km² e Piraí, 52,1 Hab./Km². Essa discrepância acarreta, principalmente, na quantidade de pessoas acompanhadas e no território abarcado por cada USF. Estes dois fatores implicam diretamente na operação das mesmas.

No caso do município de Piraí, houve um certo dilema em relação ao recorte das microrregiões. Se o município acompanhasse a quantidade populacional por equipe saúde da família recomendada pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012)¹²⁷, a extensão territorial seria inviável de ser percorrida e acompanhada pela equipe, além de se distanciar dos critérios norteadores da determinação das subpopulações¹²⁸. Reduzindo o tamanho do território coberto por USF, a população adscrita seria consideravelmente inferior, porém com um perfil mais condizente aos padrões sugeridos para recorte. Dessa forma, houve uma negociação com o Ministério da Saúde, que autorizou o recorte das microrregiões no município, resultando em um cenário no qual a maior parte das USF opera com equipes de saúde responsáveis por um número menor de famílias e indivíduos em relação ao sugerido pelo Ministério da Saúde. O mesmo acontece em relação às famílias acompanhadas pelos ACS em Piraí. Esta condição possibilitou ao município que direcionasse os serviços das USF aos atendimentos domiciliares, de modo a reforçar o princípio da orientação familiar e comunitária a partir da aproximação e estreitamento de vínculos. De acordo com os gestores, isto contribuiu significativamente para melhora dos padrões de saúde da região.

Em situação oposta, o município de Magé possui muitas USF cuja população adscrita é superior a 4.000 pessoas, quantidade máxima recomendada pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012). Nesse sentido, é válido recordar que uma das USF visitadas abrangia um total aproximado de 36.000 indivíduos. A principal consequência deste fato é que a quantidade de pessoas e famílias acompanhadas

¹²⁶ Cabe ressaltar que este fator só foi explicitado nas entrevistas realizadas com os gestores no município de Piraí. No entanto, a problemática e suas consequências foram abordadas em ambos os casos.

¹²⁷ A PNAB, ao mencionar Especificidades da Equipe de Saúde da Família dispõe que “cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe”

¹²⁸ Estes critérios se referem aos riscos socio sanitários, aos riscos estratificados por situação de saúde, grau de vulnerabilidade da população, e outros eventuais fatores epidemiológicos e sociais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2011, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; NETO; MALIK, 2012)

pelos ACS aumenta, prejudicando, desta forma, a busca ativa, as visitas domiciliares, o vínculo, o diagnóstico e o acompanhamento das condições de saúde. Desta forma, há alteração substantiva no perfil da demanda e da oferta, que se volta aos cuidados de condições agudas por uma questão de priorização de capacidade.

O terceiro aspecto divergente sobre território, desta vez relacionado ao acesso geográfico das USF, se refere a sua localização e aos meios de transporte disponíveis para possibilitar este acesso. Como já foi mencionado, Piraí apresenta baixa densidade demográfica, com territórios de cobertura considerados pelos gestores como extensos. Geralmente, este distanciamento físico repercute em distanciamento do acompanhamento e do vínculo (MENDES, 2012). Diante desta característica, o governo de Piraí optou por priorizar atendimentos domiciliares. Para viabilizar esta diretriz, a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza um carro para cada USF, para transportar equipe e, eventualmente, pacientes para realização de exames ou consultas. Os veículos possuem cronograma pré-estabelecido para organizar a utilização deste recurso e, assim, a oferta dos serviços. Insta salientar que alguns gestores, apesar de reconhecer os benefícios decorrentes desta prática (do foco em atendimento domiciliar), acreditam que a mesma promove uma espécie de inércia nos pacientes, que se habitua com acionamento constante da equipe. Este condicionamento, por sua vez, se opõe aos princípios e práticas de autocuidado difundidos pelas USF em Piraí e pela literatura (CAMPOS, 2013; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012; FLEURY, 1997; MENDES, 2011, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; SARRETA, 2009; VANDERLEI, 2005). O foco em atendimento domiciliar é também mais custoso, pois envolve o custo do transporte/deslocamento propriamente dito, a manutenção de frota, e um consumo maior de tempo e equipe.

Por outro lado, em Magé, a situação logística é um pouco diferente. Mesmo que a densidade demográfica seja maior do que a de Piraí, o município enfrenta problemas de alcance de suas ações no território por conta da cobertura do Programa e do recorte político das microrregiões, que resultou em áreas extensas e com grande contingente populacional. A opinião dos gestores entrevistados é unânime em apontar que estas características restringem a busca ativa e o acompanhamento das famílias, pois os ACS realizam menos visitas, mantendo a produtividade mínima de visitar cada família sob sua responsabilidade uma vez ao mês. O principal meio de transporte dos ACS e dos pacientes é a bicicleta, cujo uso é facilitado pelo relevo de baixada predominante no município e propiciado pela escassez de linhas de ônibus intracomunidade. Ao contrário de Piraí, as USF não possuem veículo próprio. Quando há demanda para transportar algum paciente

acamado ou para levar algum médico para consulta domiciliar, a USF deve solicitar um veículo à Secretaria Municipal de Saúde. A disponibilidade de veículos é escassa e incerta, o que leva a USF por vezes a adotar práticas pouco ortodoxas. É o caso de uma das USF visitadas, que curiosamente possui veículo próprio, pois possui parceria com um vereador da região, o qual disponibiliza um automóvel e um motorista para atender às demandas por deslocamento da USF.

O quarto aspecto divergente diz respeito ao atendimento privado no território e seus reflexos na operação da USF¹²⁹. Em ambos os casos, quando este é presente e seu acesso é viável, percebe-se uma tendência de consumo pontual¹³⁰ dos serviços nas USF. Foi considerado comum haver recusa desta parcela da população em receber ACS em seu domicílio ou em ser acompanhada pela USF. Magé possui um problema crônico (e multicausal) de assiduidade¹³¹, e a aderência ao atendimento privado é um elemento que contribui para isto. Neste município, em adição, foi relatado que a procura e acompanhamento podem iniciar se o paciente desenvolve "doenças mais caras". Em Piraí, apesar da tendência relatada, foi entendido que os serviços públicos de saúde do município, considerando atividades de acompanhamento e prevenção, são utilizados inclusive por parte da população que possui plano de saúde. Segundo entrevistados, isto ocorre em função de qualidade similar e melhor resposta dos serviços municipais. Há de se ponderar que, em ambos os casos, a baixa integração entre o sistema de saúde público e privado é evidente e contribui consideravelmente para as ineficiências e redundâncias observadas nos sistemas locais de saúde estudados. Essa percepção é também compartilhada por PEDROSO; MALIK (2007, p. 6) e BARRA (2013).

De maneira geral, foi percebido que a assiduidade dos pacientes, quinto aspecto divergente, é bastante diferente nos municípios estudados¹³². Se por um lado, em Piraí, os pacientes costumam ser assíduos no que diz respeito à frequência na USF, em Magé os pacientes, em sua maioria, tendem a não ser muito assíduos ou frequentes, apesar de serem os mesmos. Esta discrepância decorre, de um lado, da oferta e das práticas assumidas pelas USF e pelas Secretarias Municipais de Saúde e, de outro lado, das motivações da população ao procurar e consumir os serviços de saúde. Esta última, inclusive, pode ser moldada em função das práticas

¹²⁹ O atendimento privado no território também apresentou aspectos convergentes, os quais são descritos no item 4.3.1

¹³⁰ Como vacinação, realização de curativos, exames que o plano "não cobre", fornecimento de medicamentos, ou até mesmo consultas.

¹³¹ A assiduidade dos pacientes será abordada mais adiante, ainda neste tópico.

¹³² Cabe ressaltar que a não assiduidade pode ser um fator que compromete o vínculo e o caráter de prevenção e promoção de saúde (ALMEIDA et al., 2010; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2012; SANTA HELENA; NEMES; ELUFNETO, 2010; STARFIELD, 2002).

assumidas pelas USF e pelas Secretarias Municipais de Saúde como é o caso, por exemplo, de ações observadas em Piraí direcionadas à educação em saúde, cujo propósito é instruir a população sobre a estrutura do SUS e que unidades de saúde buscar em quais situações.

Nesse sentido, foi relatado no município de Magé que geralmente os pacientes buscam os serviços da unidade quando apresentam algum problema ou necessidade. Um reflexo disto é o fato de que as ações do Hiperdia não apresentam frequência. As USF tentam contornar este problema agendando as consultas médicas e retirada de medicamento desta população nos dias de ações do Hiperdia, mas os gestores apontam que ainda assim não é suficiente. Também não foram identificadas no município iniciativas de rastreamento de pacientes quando há interrupção de frequência ou acompanhamento. Em contrapartida, foi observado em Piraí que o foco dado às visitas domiciliares e ao vínculo com a família são os principais meios de manter continuidade da atenção. Além disso, foi mencionado que há contínua comunicação entre os profissionais das USF e do hospital do município. O propósito desta comunicação é a discussão dos casos que dão entrada nos hospitais com sintomas e características do perfil de demanda das USF. O objetivo é fazer um duplo grau de controle no acompanhamento da comunidade e definir ações para intervir quando necessário. Os gestores têm a percepção de que estas medidas facilitam o acompanhamento e a assiduidade dos pacientes.

Especificamente em relação à população acamada, foi identificado que Magé não possui um controle sistemático desta¹³³. Os ACS anotam em papéis o nome do paciente quando verifica sua situação na visita domiciliar. Em Piraí, entretanto, o controle desta população e das visitas é realizado em uma planilha própria, tentativamente padronizada com os outros gestores nas reuniões. Cada gestor tem o seu controle adaptado a suas necessidades. As referidas ferramentas buscam controlar os acamados, a periodicidade de visitas, os pacientes complexos, etc.

Adentrando à estrutura da USF, emerge o sexto elemento divergente dos casos estudados, que diz respeito às instalações das USF. Em Magé, o estado de conservação de móveis, equipamentos e instalações foi considerado pelos gestores como prejudicial às operações das USF e ao cuidado humanizado. Segundo eles, a manutenção predial e de equipamentos é centralizada na prefeitura e considerada insuficiente. Como consequência, as equipes buscam meios pouco ortodoxos para conservar equipamentos, móveis e instalações, como foi o caso do arquivo

¹³³ Entrevistados consideram que há presença significativa de idosos no território e que este aspecto demográfico aumenta as demandas (e conseqüentemente a necessidade por capacidade) por atendimentos e acompanhamento do Hiperdia, e por atenção a pacientes acamados.

mencionado em 4.1.3. Em Piraí, por outro lado, as USF estão sendo reformadas ou construídas com recursos do Programa “Requalifica UBS”, emergentes de iniciativa da Coordenação de Atenção Básica deste município para viabilizar novos arranjos para financiamento.

Em adição, a estrutura física das USF nos municípios também difere entre si. Em Magé, as USF foram construídas tendo como referência a estrutura tradicional de posto de saúde e, por questões políticas e orçamentárias, não puderam ser reformatadas. A estrutura física das USF em Magé não possui auditório ou sala de reunião, em oposição ao sugerido por MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). Por consequência, as equipes das USF não possuem espaço físico para interagir entre si e/ou com a comunidade nas instalações. Como alternativa, as equipes utilizam área externa da unidade ou outros espaços na comunidade, como é o caso da Associação de moradores de uma das regiões, para suprir a falta de espaços de diálogo. De modo semelhante, apesar das USF em Piraí apresentarem estrutura condizente às recomendações do Ministério da Saúde, as mesmas buscam interagir com a comunidade também em áreas externas às suas instalações para iniciativas voltadas a promoção, prevenção e autocuidado. Um exemplo disto é o caso do cultivo de horta¹³⁴, que foi desenvolvido a partir de um hábito cultural identificado na comunidade.

Ainda sobre a estrutura das USF, o sétimo aspecto divergente se refere à tecnologia da informação que, diante dos casos estudados, considera o grau de informatização das USF. O município de Piraí possui USF computadorizadas e com acesso à internet, sendo algumas delas piloto do e-SUS no processo de transição com o SIAB. A intranet da Secretaria Municipal de Saúde deste município garante acesso aos sistemas utilizados, que facilitam processos de atendimento e gerenciais, além de estabelecer um ambiente para consulta e sugestão de melhoria dos protocolos clínicos. No município de Magé, por outro lado, observou-se que apenas uma das USF visitadas possui computador. A Secretaria Municipal de Saúde está com computadores para instalar, mas que dependem de equipe do DATASUS/MS para proceder com a instalação. Por conta disso, as USF geralmente não fazem uso de sistemas de informação, à exceção de algumas que realizam agendamentos por meio do sistema de filas de exames complementares e consultas de especialistas. O uso de sistemas da informação é considerado como essencial para monitoramento, avaliação e melhoria de políticas e serviços públicos, das condições de saúde da população e da racionalização dos processos de decisão,

¹³⁴ Este caso foi apresentado em 4.2.3.

uma vez que se trabalha com informações com rastreabilidade e confiabilidade (CARVALHO et al., 2012; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; LOTUFO; MIRANDA, 2007; MALIK; SCHIESARI, 1998; MELO et al., 2013; SAVASSI, 2012; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

A ausência de computadores nas USF de Magé faz com que a coleta de dados para alimentação dos indicadores seja física e manual¹³⁵. Os indicadores, oitavo aspecto divergente, são utilizados para prestação de contas e faturamento. Do mesmo modo, os indicadores monitorados no município de Piraí são, em sua maioria, os mesmos acompanhados por Magé (decorrente das pactuações), e são compilados no chamado “Caderno de Gestão”, um relatório apresentado e desenvolvido a cada quatro meses pela Secretaria Municipal de Saúde, que visa prestar contas ao Ministério Público dos gastos em saúde. Este documento é apresentado na Câmara Municipal em uma audiência pública. Para que a audiência pública ocorra, a coordenadora de atenção básica, diferentemente do que ocorre em Magé, se reúne com os gestores das USF, numa espécie de prévia, para apurar as principais causas e questões que geraram os resultados e discutir as medidas que serão tomadas. Este processo é alimentado por outras iniciativas, como é o caso das ações baseadas em indicadores (mencionadas em 4.2.6), e do “Caderno de avaliação de indicadores de atenção básica do município de Piraí”, instrumento desenvolvido pela Coordenação de Atenção Básica do município de Piraí que consolida indicadores e apresenta recomendações de melhoria discutidas em equipe, nas reuniões mensais. Insta salientar que os indicadores monitorados pela Secretarias Municipais de Saúde decorrem das metas pactuadas com os Governos do Estado e Federal. No entanto, a Coordenação de Atenção Básica de Piraí celebra uma pactuação interna junto às USF, tornando o pacto entre as esferas do governo uma meta mínima (os indicadores são os mesmos).

O nono aspecto divergente se refere ao elemento “pessoal”, com duas principais distinções: o vínculo trabalhista do ACS e a troca de experiência entre USF. Em Magé, os ACS são contratados mediante contrato por tempo determinado e, em Piraí, por meio de concurso público. Estes dois tipos de vínculo trazem consigo pontos positivos e negativos¹³⁶. O contrato por tempo determinado foi considerado por alguns entrevistados como um vínculo trabalhista precário. Isto porque propicia mudanças na equipe a cada mudança de governo. Como consequência, o vínculo com/entre a equipe e com a comunidade é interrompido. Os

¹³⁵ Os papéis compilados nas USF são enviados para Coordenação para digitação e apontamento no sistema. A Coordenação do PSF conta com um núcleo de digitadores para execução desta atividade.

¹³⁶ Os pontos e suas qualificações apresentados decorrem da percepção dos entrevistados.

novos ACS ingressam sem capacitação e por meio de critérios de seleção próprios do novo governo/gestor. Por outro lado, o contrato por tempo determinado, enquanto relação trabalhista, gera flexibilidade de alteração das equipes. Nas hipóteses em que o profissional não se adequa aos princípios e procedimentos do programa ou se não desenvolve boa relação/aceitação da comunidade, há possibilidade de adequá-lo em outras funções ou disponibilizar a vaga para outra pessoa. O concurso público, por sua vez, faz com que haja mais candidatos com interesse em ocupar o cargo. Além disso, o vínculo trabalhista deixa de ser precário e reflete na redução da rotatividade e estreitamento do vínculo com a comunidade.

O outro fator referente a “pessoal” é a troca de experiência entre USF. Em Magé, foi exposto pelos gestores que não há reunião periódica formal para troca de práticas e experiências entre as USF, apesar destas ocorrerem de forma pontual e não sistemática. Em Piraí, foi identificada a iniciativa denominada de “Fórum Gestor”, a qual consiste em um evento mensal em que todos os gerentes de unidades de saúde se reúnem, repassam e discutem os indicadores e metas, trocam experiências, tiram dúvidas entre si, entre outros. Nesse sentido, a interação e troca de experiência entre gestores, mais do que instrumentos e recursos para prestação de serviços, é considerada pela literatura como ação estratégica para a construção e operacionalização das políticas públicas de saúde (DE FIGUEIREDO et al., 2010; FEUERWERKER, 2005; KAWATA et al., 2009; MENDONÇA et al., 2010; RIGOLI; DUSSAULT, 2003; WEIRICH et al., 2009).

O suprimento de bens e serviços, em ambos os casos, é centralizado na Secretaria Municipal de Saúde, com entregas dimensionadas a partir da percepção de consumo histórico do gestor. No entanto, a forma como esta atividade é conduzida por cada município é o décimo aspecto divergente. No município de Magé, as solicitação e entrega de materiais são semanais. A solicitação dos materiais é realizada por meio de um formulário padrão, que deve ser preenchido manualmente (não há codificação dos materiais). Em hipóteses de falta ou escassez de medicamentos ou vacinas, há priorização de fornecimento¹³⁷. Em Piraí a situação é um pouco diferente. A solicitação de materiais é realizada pelo “mapa de solicitação de materiais”, que possui uma listagem com materiais prescritos e padronizados. Tais solicitações somente são atendidas se não houver reservas de períodos anteriores, fazendo com que as USF mantenham um estoque mínimo. Esta

¹³⁷ Um exemplo mencionado em uma das entrevistas foi o caso da vacina antitetânica, atualmente em situação de desabastecimento, onde priorizou-se o público gestante. Trata-se de uma decisão entre coordenações, cujo debate é realizado em grupo de *WhatsApp*®.

prática, instituída pela Secretaria Municipal de Saúde, é importante para evitar que haja desperdício de medicamentos e/ou materiais por perda de validade.

O aspecto divergente número onze consiste na gestão dos protocolos clínico assistenciais. Em ambos os casos, a elaboração destes protocolos é centralizada na Secretaria Municipal de Saúde, a partir dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Em Magé, não foi identificado nenhum aspecto diferente deste mencionado. Em Piraí, por outro lado, foi exposto nas entrevistas que todos os protocolos são analisados e revisados anualmente. No entanto, contribuições e sugestões são discutidas nos fóruns de gestores continuamente, a partir de indicações colocadas pelos profissionais decorrentes de sua experiência prática. Essas contribuições podem ser incorporadas aos protocolos, se consideradas pertinentes pelo grupo responsável na Secretaria Municipal de Saúde. A Coordenação de Atenção Básica de Piraí também estrutura prática de realizar estudo de caso clínico, na qual um grupo de profissionais se reúne duas vezes na semana para discutir condutas. Além disso, observou-se, em Piraí, que características epidemiológicas específicas de um território pode fazer com que a USF promova ações distintas daquelas padronizadas pela Secretaria Municipal de Saúde. O exemplo destacado em uma entrevista¹³⁸ foi o protocolo voltado à detecção esquistossomose e varíola bovina, bem como um treinamento sobre o mesmo.

O aspecto divergente de número doze diz respeito aos encaminhamentos e à navegação no sistema de serviços de saúde. Em ambos os municípios o agendamento dos encaminhamentos é realizado de forma centralizada na Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, foi possível observar, por meio das entrevistas, que os tempos médios de espera para este tipo de atendimento são bastante discrepantes. Em Magé, foi relato que os encaminhamentos apresentam elevado tempo de espera, principalmente aqueles que demandam regulação (podendo variar de meses a ano). Contrapondo-se a esta realidade, Piraí apresenta um tempo médio de uma semana para que o paciente agende o atendimento e seja atendido. É reconhecido que fatores como a provável diferença de volume de demanda e de capacidade influenciam nesta diferença. No entanto, algumas práticas assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Piraí certamente contribuíram para melhoria do acesso ao atendimento especializado, principalmente no que se refere à celeridade.

¹³⁸ Este exemplo foi pontado no item 4.2.4.

Em um passado relativamente próximo, a Secretaria Municipal de Saúde de Piraí se deparou com um tempo médio para acesso ao atendimento especializado muito elevado. Diante disso, buscou identificar causas que pudessem ser tratadas, sem necessariamente expandir capacidade via contratação de mais profissionais. Nesta busca, foi identificado dois principais problemas. O primeiro deles foi o elevado índice de não comparecimento em atendimentos agendados, principalmente aqueles fora do município. Apurando esta questão em mais detalhes, percebeu-se que parte da população referenciada para realização de atendimentos em outros municípios apresentava dificuldades para deslocamento. O segundo problema identificado foi a elevada demanda de encaminhamentos. Em análise mais aprofundada destes encaminhamentos, a equipe da Secretaria Municipal de Saúde percebeu que parte destes encaminhamentos (realizados por USF ou médicos privados) eram casos que não demandavam, de fato, encaminhamento¹³⁹. Diante desta problemática, a Secretaria Municipal de Saúde de Piraí instituiu algumas práticas que fizeram com que o tempo médio de atendimento especializado reduzisse a uma semana. Foram elas: (a) alocação de uma van dedicada ao transporte dos pacientes¹⁴⁰; (b) atendimento a demanda reprimida na regulação de especialidades, descrita em 4.2.6; (c) triagem dos encaminhamentos decorrentes de consultas particulares, descrita em 4.2.8; (d) matriciamento de dermatologia, descrita em 4.2.8; (e) estabelecimento de cotas para agendamento de atendimento com especialidades¹⁴¹, descrito em 4.2.9; (f) revisão e treinamento dos protocolos de encaminhamento e regulação; e (g) reunião quinzenal com a coordenação de regulação¹⁴².

Por fim, a Figura 67 sintetiza os aspectos divergentes abordados neste tópico.

¹³⁹ Esta percepção decorreu de análise de casos encaminhados e também de feedback dos especialistas, que informavam recorrentemente que muitos dos casos que eram encaminhados a eles não eram pertinentes a sua especialidade.

¹⁴⁰ O acompanhamento desta solução apontou para a redução dos índices de não comparecimento, além de reduzir mais ainda o tempo de resposta.

¹⁴¹ Em síntese, o estabelecimento de cotas para agendamento de atendimento com especialidades foi instituído como uma forma de determinar/fixar a capacidade. Em paralelo, a Coordenação de Atenção Básica estabeleceu um controle por especialidade para identificar principalmente as razões de sobrecarga e, assim, resolvê-las. Inclusive, em uma ocasião, observou-se que a causa de sobrecarga era erros em encaminhamentos. Os protocolos neste escopo foram revistos e as USF receberam treinamento como solução para aumentar a acurácia destes encaminhamentos e, assim, utilizar a capacidade de forma mais adequada.

¹⁴² A reunião da coordenação de atenção básica com a coordenação do sistema de regulação é uma reunião quinzenal entre a coordenação de atenção básica, os representantes/gestores das unidades, e a coordenação que trata da regulação. O objetivo desta reunião é debater o desempenho e casos que requerem soluções de regulação, para, desta forma, gerar soluções articuladas.

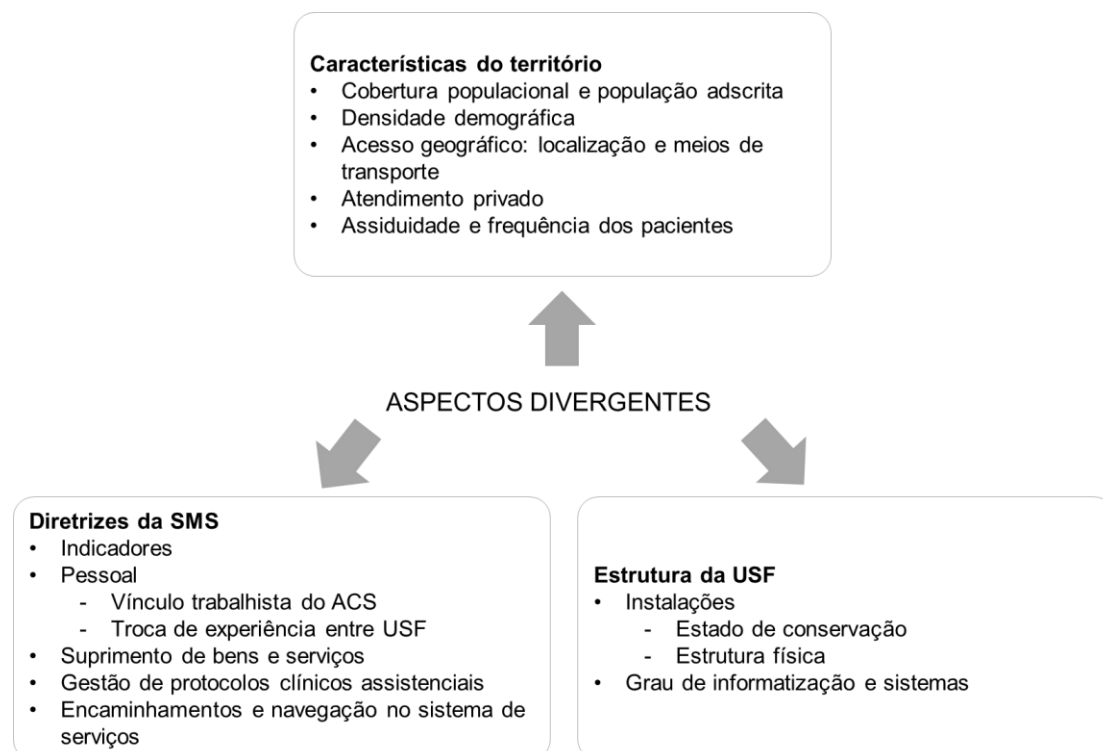


Figura 67: Aspectos divergentes dos casos estudados

4.3.3 Particularidades do município de Magé

As particularidades do município de Magé identificadas no estudo de caso se referem a pessoal; à falta de água nas instalações das USF; e a algumas condutas assumidas por pacientes que frequentam a USF e que acabam por refletir no modo de operação desta.

No que se refere a pessoal, há dois breves aspectos a serem expostos: os recursos disponíveis para contratação de médico e a formação deste mesmo profissional. Foi relatado nas entrevistas que a contratação de médicos para trabalhar na saúde da família é restringida basicamente por conta dos recursos destinados a este propósito, que decorrem principalmente do orçamento municipal. Por consequência, esta restrição faz com que um mesmo médico seja alocado em mais de uma USF, gerando o efeito de não haver oferta diária deste tipo de atendimento. Cabe destacar que este efeito é prejudicial principalmente para o atendimento à demanda espontânea, uma vez que é possível ajustar a demanda eletiva para esta configuração de capacidade estabelecida pela restrição orçamentária. Além disso, ao atuar em duas USF, o profissional também atuará em dois territórios, que podem ter características que lhes são próprias, e acompanhará um contingente maior. Desta forma, pode-se inferir que o vínculo e a orientação

comunitária podem ser influenciados negativamente, além de se contrapor às diretrizes de MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012). No entanto, os gestores entrevistados admitem não perceber efeitos negativos nesse sentido.

O segundo aspecto referente a pessoal é a formação/especialização dos médicos. Foi observado que nenhuma das USF estudadas apresenta médicos com especialização em saúde da família (ou áreas afins)¹⁴³. Do mesmo modo, não há incentivo da prefeitura para possibilitar esta formação¹⁴⁴. A literatura e a política vigente de atenção básica, assim como a legislação, reforçam a importância da formação dos profissionais que atuam na área¹⁴⁵ (BRASIL, 2013; DEMARZO et al., 2012; MENDONÇA et al., 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; SARRETA, 2009; VANDERLEI, 2005).

A segunda particularidade observada no município de Magé é a questão da falta de água, que é um problema crônico do município. Este problema também é refletido no abastecimento das instalações da USF que, apesar das iniciativas assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde¹⁴⁶, faz com que os gestores das USF tomem medidas inusitadas para evitar a interrupção dos serviços na unidade¹⁴⁷.

A terceira particularidade observada no município de Magé, por sua vez, diz respeito à algumas condutas assumidas por pacientes que frequentam a USF e que acabam por refletir no modo de operação desta. Estas condutas foram mencionadas nas entrevistas e consideradas relevantes de serem expostas neste tópico, apesar de serem pontuais e não apresentarem uma conexão direta entre si. Sua relevância reside, principalmente, nos impactos nas operações das USF expostos pelos entrevistados, mesmo que em alguns dos casos não haja uma “solução” predefinida pelos gestores do município para lidar com estes comportamentos. Acredita-se que a mera apresentação destas relações contribuiu para outros gestores públicos na identificação de seus problemas.

¹⁴³ Neste sentido, insta salientar a colocação de FEUERWERKER (2014, p.125): “a especialização tem sido um dos meios significativos de diferenciação dos médicos no mercado. É a corporação médica por meio de suas diferentes entidades tem poder de decisão direta sobre a residência médica, que ainda é a mais reconhecida modalidade de especialização e também controlam, via sociedades de especialistas, todas as outras alternativas de especialização. Depois dos médicos, só os odontólogos têm um processo de especialização exuberante e determinante da inserção no mercado de trabalho”

¹⁴⁴ A rotatividade dos médicos, discutida em 4.1.1 e 4.3.1, pode ser um fator que influencia e é, ao mesmo tempo, consequência desta decisão.

¹⁴⁵ DEMARZO et al. (2012) apontam a necessidade e os benefícios de incorporação desta área no ensino em medicina. Em consonância, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002), por exemplo, apresenta casos em que o governo municipal estimulou e até mesmo financiou a especialização do quadro profissional em saúde da família e áreas afins.

¹⁴⁶ Conforme relatado em 4.1.3, a Secretaria Municipal de Saúde contrata caminhões-pipa para abastecer as caixas d'água, mas não é suficiente para suprir o giro.

¹⁴⁷ Como é o caso de solicitar baldes de água a vizinhos.

Nesse sentido, o primeiro ponto identificado é que, em alguns territórios visitados, os gestores apontaram como comum que pacientes comuniquem para a unidade e para a comunidade o aparecimento de doenças, sejam elas descobertas na unidade ou em suas casas. A certo modo, esta conduta tem potencial de contribuir para o trabalho da USF, tanto no atendimento propriamente dito quanto na educação em saúde da população, e da vigilância e saúde. Além disso, esta fluência na comunicação intercomunidade pode ser aproveitada também na direção reversa, no sentido da USF propagar “suas mensagens” por meio de outro veículo além da equipe de saúde. Apesar disso, é necessário ter garantia de que a população está instruída e é capaz de transmitir orientações condizentes às preconizadas pelos profissionais (mesmo que transpondo ao seu modo e/ou linguajar próprio).

Um outro aspecto observado pelos gestores se refere à retirada de medicamentos na farmácia popular. Segundo estes profissionais, os pacientes eventualmente preferem retirar medicamentos na farmácia popular, gerando redução do acompanhamento do paciente. Isto porque, dada a característica de baixa frequência e acompanhamento de pacientes (descrita em 4.2.4), as equipes buscam realizar as práticas e condutas de acompanhamento em qualquer oportunidade que o paciente comparece à USF.

De modo semelhante, os gestores relatam a percepção de que os pacientes hipertensos costumam recorrer à USF com bastante frequência para aferir pressão arterial (mesmo sem frequentar as atividades relacionadas ao Hiperdia). Desta forma, a cada vez que o paciente hipertenso comparece à USF permite que a equipe de saúde acompanhe sua condição de saúde, verifique se o mesmo está tomando seus medicamentos corretamente, e forneça orientações/instruções. Estas práticas alternativas para compor o acompanhamento podem evitar agudizações, como AVC, e entradas ou internações no pronto atendimento ou hospital da rede. As apurações e exposições sistemáticas destes benefícios aos pacientes, em um sentido de educação, poderiam ser um caminho de propiciar o acompanhamento e frequência espontâneo por parte destes pacientes.

Ainda relacionado à instrução do paciente em relação aos serviços prestados pelo sistema de saúde e, neste caso, especificamente relacionado à estrutura do SUS, surge o fato levantado nas entrevistas de que eventualmente, pacientes evitam ir (ou não vão) ao pronto socorro porque acreditam que o problema será melhor resolvido na USF. Isto pode parecer, à primeira vista, como um ponto positivo, uma vez que a USF é reconhecida no território e pela comunidade e preferida para receber seu atendimento em saúde. É papel da USF, inclusive enquanto porta de entrada do SUS, orientar e instruir a comunidade sobre seu

âmbito de atuação e das demais unidades de saúde da rede, sendo uma das formas reconhecidas de tratar a demanda (principalmente a não programada) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; GUSSO, 2009; MENDES, 2012; SANTOS; RIBEIRO, 2015).

Outro aspecto é identificado no município de Magé é o de famílias flutuantes no território. Segundo os entrevistados, em algumas regiões é comum que as famílias se mudem de residência com frequência dentre da mesma região. Segundo eles, estas mudanças, embora afete a cobertura de cada USF, alteram atividades referentes ao cadastramento e visita às famílias. Isto ocorre, pois, o ACS deve aumentar a frequência em que revisa os cadastros e o sistema de rotas. Em um cenário no qual os ACS cobrem um contingente elevado de famílias, este retrabalho pode afetar a capacidade dos mesmos e a efetividade dos acompanhamentos das famílias¹⁴⁸.

Por fim, o último ponto emergente da conduta da comunidade é sobre as famílias beneficiárias do Bolsa Família, que estão presentes em volume considerável no município. As crianças de famílias beneficiárias do Bolsa Família precisam ser pesadas periodicamente. Nesse sentido, é esperado que os responsáveis levem seus filhos para serem pesados nas USF. No entanto, foi exposto que isto não ocorre. Dessa forma, já que a procura não parte da população, os ACS são mobilizados para buscar estes pacientes nas épocas de pesagem. Insta salientar que é considerada, de acordo com MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012, p. 49-50), atribuição específica do ACS o “acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades”.

Destarte, a Figura 68 sintetiza as particularidades do município de Magé abordadas neste tópico.

¹⁴⁸ Cabe destacar que este problema ou possíveis soluções não são debatidos pela literatura mapeada nesta dissertação.

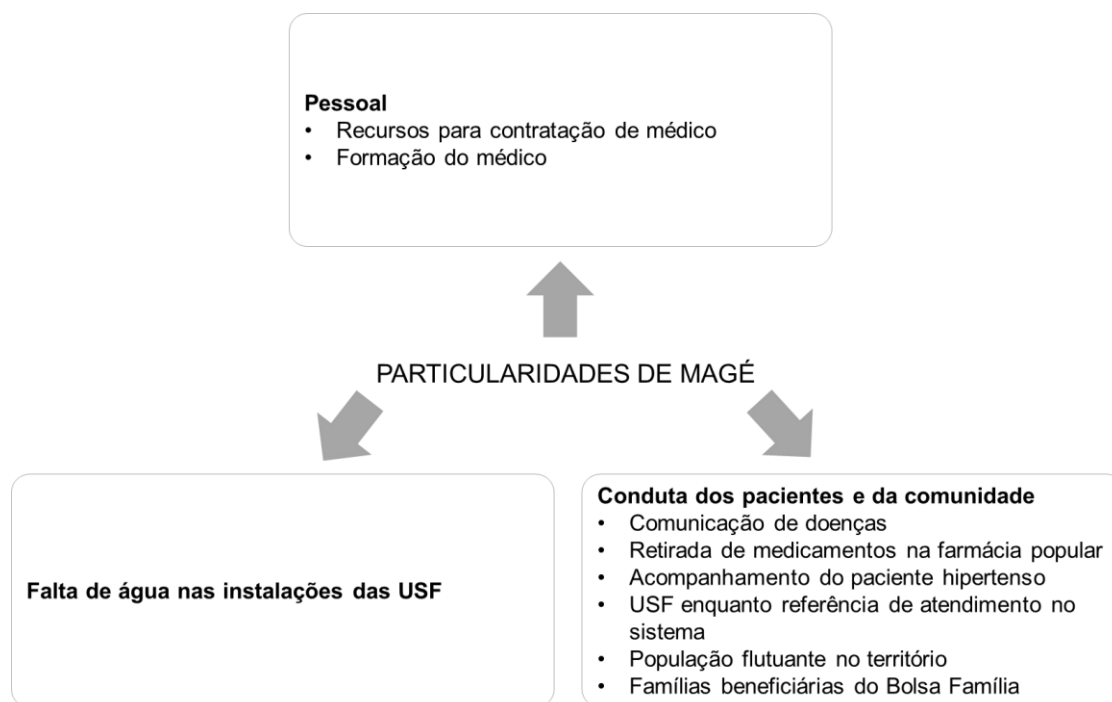


Figura 68: Particularidades do município de Magé

4.3.4 Particularidades do município de Pirai

As particularidades do município de Pirai identificadas no estudo de caso se referem à participação da população na administração do sistema de serviços de saúde; a pessoal; a alguns mecanismos para oferecer acesso ao atendimento e a algumas diretrizes e práticas da Secretaria Municipal de Saúde.

As entrevistas apontaram que a população participa na administração do sistema de saúde através de um conselho municipal atuante, dos conselhos e colegiados gestores das unidades, e ainda da ouvidoria da saúde. De modo a enriquecer e facilitar este processo, as USF realizam pré-conferências nos bairros para levantar os problemas e as necessidades locais e organizá-los para apresentação nas reuniões. Além destes ambientes pré-estabelecidos, a comunidade pode requerer uma reunião para determinado problema e as equipes vão até elas para receber as reclamações ou críticas. A coordenadora de atenção básica acredita que a participação da população é fruto de trabalho prévio de conscientização e educação da mesma¹⁴⁹. Em Pirai, os conselhos comunitários não são meros instrumentos consultivos¹⁵⁰.

¹⁴⁹ Uma das gestoras entrevistadas acredita, por exemplo, que as parcerias firmadas entre as USF, Secretaria Municipal de Saúde, e igrejas da região contribuíram para divulgar o trabalho e conscientizar a população.

¹⁵⁰ Exemplo disto foi a organização do serviço de coleta de sangue, definida em acordo e por sugestão da população, conforme descrito em 4.2.8.

O elemento pessoal apresentou dois aspectos particulares ao município de Piraí. São eles: práticas de gestão de pessoas, e necessidades para formação de equipe. Relativamente às práticas de gestão de pessoas, foi relatado que algumas USF possuem o hábito de trabalhar o lado pessoal de seus profissionais. Uma das USF visitadas disponibiliza aos funcionários um horário de relaxamento programado, conduzido por uma psicóloga, no qual busca-se trabalhar a autoestima do profissional, o conhecimento entre as pessoas da equipe e a preparação das mesmas para saber ouvir os pacientes. Outra USF realiza reunião diária da equipe, cujo propósito é que todo funcionário expresse suas opiniões e sentimentos, principalmente aqueles relacionados a problemas concretos e decorrentes do próprio trabalho. Este tipo de conduta, além de atuar no profissional enquanto indivíduo, corrobora para melhora da ambiência de trabalho e da capacidade de ouvir, considerada como essencial para desempenho de atividades em um contexto da atenção primária à saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998; MENDES, 2011, 2012; MERHY; ONOCKO, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a; MOTTA, 2001; SARRETA, 2009; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010; TRAD et al., 2002).

Os gestores entrevistados reconheceram que há necessidades complementares para formação de equipe, principalmente no que diz respeito a questões psicológicas e sociais. Há os casos em que usuários buscam a unidade visando apenas conversar, pedir orientações quanto a problemas domésticos, psicológicos e outros¹⁵¹. Existe um consenso entre os entrevistados de que, geralmente, os profissionais das USF não estão preparados para esse tipo de demanda¹⁵². Outra ocasião que chama atenção para a necessidade desta formação é o caso de usuários de droga acompanhados, relatado em 4.2.9. De acordo com a percepção dos profissionais, é necessária maior utilização de recursos, pois a equipe saúde da família tradicional não é suficiente para atender esta demanda. Algumas das USF em Piraí estão acionando um psiquiatra e uma psicóloga dedicados às avaliações e encaminhamento dos usuários para o CAPS, no intuito de tratar a dependência química. No entanto, esta prática não é extensiva a maioria das USF. Isto significa que os gestores reconhecem que se faz necessária a

¹⁵¹ De acordo com CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2015): “as pessoas buscam a atenção na APS por diversos motivos: uma solicitação burocrática, um anseio, um desconforto psicológico, o medo de uma doença, uma informação técnica, a necessidade de discutir situações ligadas a questões não biomédicas, além de sinais, sintomas de doenças estabelecidas (LANDSBERG et al., 2012)”.

¹⁵² BARROS; SÁ (2010) também chegam a esta conclusão em sua pesquisa e colocam que “a angústia de não saber cuidar da população em todo o ciclo da vida, observada nos depoimentos de alguns profissionais, põe em xeque o ideário de potência da equipe de saúde da família”. O mesmo é percebido por ROSENDAL et al. (2013) e SANTOS; RIBEIRO (2015).

incorporação de profissionais com formação nestas áreas, bem como de treinamento e capacitação dos demais profissionais da equipe.

Relativamente aos mecanismos para oferecer acesso ao atendimento, foram identificados quatro pontos que são particulares ao caso de Piraí, a saber: a unidade satélite; os impactos percebidos na USF que está inserida em um microcomplexo de saúde e de outra instalada próximo a uma unidade de pronto atendimento; a influência que uma característica geográfica e logística acarretou na organização do atendimento de um USF.

A implantação de USF satélites, descrita em 4.2.3, é uma solução desenvolvida pela Prefeitura de Piraí e requereu negociação junto ao Ministério da Saúde para autorização. Apesar desta estrutura aumentar a complexidade de gestão das operações da USF, os ganhos sociais e de saúde são reconhecidos, uma vez que as unidades satélites ampliam o acesso ao atendimento uma vez que rompem/reduzem barreiras geográficas. Encontrar formas de superar barreiras geográficas é um desafio para atenção primária à saúde reconhecido pela literatura (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2012; STARFIELD, 2002)

Por decisão da Secretaria Municipal de Saúde, uma das USF estudadas está inserida em um microcomplexo local de saúde. Isto traz características diferentes para sua operação: (a) por questões físicas, médicos especialistas revezam uso das salas com as equipes de saúde da família; (b) o cuidado é mais integrado, visto que o paciente navega pelos serviços em uma extensão física praticamente nula, favorecendo também sua interação com os profissionais; (c) profissionais possuem mais facilidades em desempenhar sua função e estabelecer vínculos, uma vez que a proximidade física de outras unidades favorece o fluxo de pacientes, informações e recursos.

De modo semelhante, foi percebido que a proximidade de algumas USF com pronto atendimentos favorece o trabalho da unidade, principalmente nos encaminhamentos e nas orientações de pacientes de urgência/emergência (em ambos os sentidos do fluxo). Esta prática repetida, ajuda a criar o hábito no paciente de buscar atendimento no estabelecimento adequado ao seu problema. Muitas vezes o profissional acompanha o paciente até a outra unidade, facilitando o processo de acolhimento.

Ainda em relação a questões logísticas e geográficas que permitem o acesso aos serviços prestados, há de se mencionar o caso de uma USF que teve que reformular sua forma de agendar os serviços. Esta USF é situada em uma localidade mais isolada/erma e a linha de ônibus que transporta os pacientes que

serão atendidos passa duas vezes ao dia pela USF. Desta forma, agendar os pacientes por horário seria considerado inviável, pois todos chegariam a mesma hora, já que a grande maioria utiliza a referida linha de ônibus para chegar à unidade. Por conta deste fato, os pacientes são agendados para chegar no mesmo horário e o atendimento ocorre por esta ordem de chegada e mediante prévia classificação de riscos. Todos os pacientes agendados para o dia são atendidos, de maneira que o deslocamento realizado pelos mesmos não seja desnecessário. Nesta configuração, a demanda espontânea indiretamente se mistura com a eletiva no atendimento, uma vez que a ordem de chegada é utilizada como regra para estabelecer a sequência dos atendimentos. Não obstante, a limitação logística faz com que esta medida seja mais aderente às necessidades da comunidade e da prestação de serviço.

Um diferencial praticado pelo governo municipal de Pirai é a destinação de 30% dos recursos captados à saúde, fatia esta superior àquela legalmente instituída. Certamente, esta determinação, de cunho estritamente político, reflete no aumento de recursos disponíveis para a Secretaria Municipal de Saúde empregar em suas operações. Por consequência, é suposto que a margem de manobra para identificação e solução dos problemas também aumente.

A primeira diretriz estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Pirai é a ênfase dada ao PMAQ para aprimorar os serviços prestados e ampliar as fontes de recursos. Nesse sentido, a Coordenação de Atenção Básica realiza um trabalho de supervisão mensal baseado no PMAQ, onde são levantadas as fragilidades das unidades para ajuda-las a superar esses problemas.

A segunda prática, também relacionada a primeira é a iniciativa da Coordenação de Atenção Básica de formar um núcleo que monitora diariamente portarias publicadas para verificação e estudo de oportunidades de ampliar a captação de recursos. Resultados desta rotina foi a aderências a Programas como o “Requalifica UBS” e o PMAQ.

Por fim, a prefeitura de Pirai adota a diretriz de fornecer medicamentos em um escopo mais diverso do previsto pelo RENAME. De modo a exercer maior controle sobre este fornecimento, foi incumbido à Secretaria Municipal de Saúde a atividade de monitorar a validade das receitas de medicamentos de uso continuado, informando a USF quando é necessário proceder com a reavaliação do paciente

Diante disso, a Figura 69 sintetiza as particularidades do município de Pirai abordadas neste tópico.

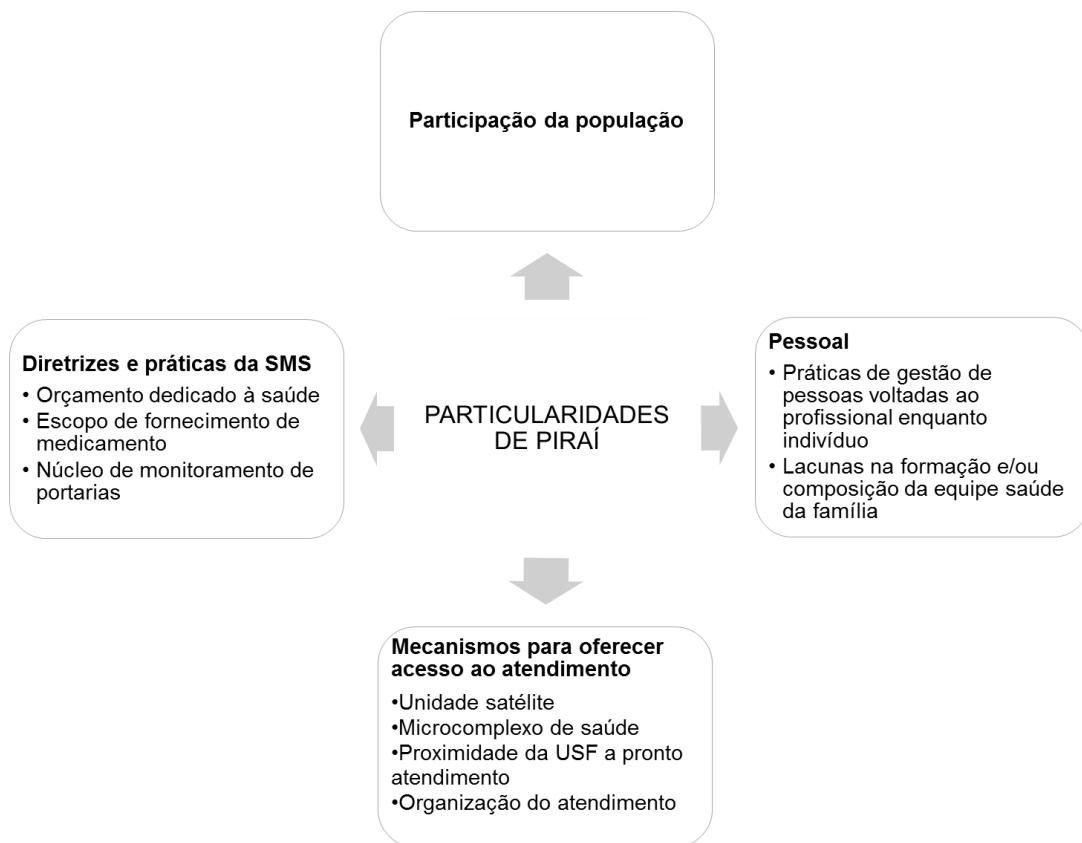


Figura 69: Particularidades do município de Pirai

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo busca trazer reflexões e considerações acerca da pesquisa desenvolvida, indicando suas principais contribuições e limitações. Desta forma, a estrutura deste capítulo iniciará com apresentação de síntese da pesquisa, partir de uma recapitulação em cima dos objetivos estabelecidos. Em seguida, serão elencadas as principais discussões e reflexões que os desenvolvimento e resultados da pesquisa envolvem, apontando as limitações do estudo. A estrutura deste capítulo é ilustrada na Figura 70.

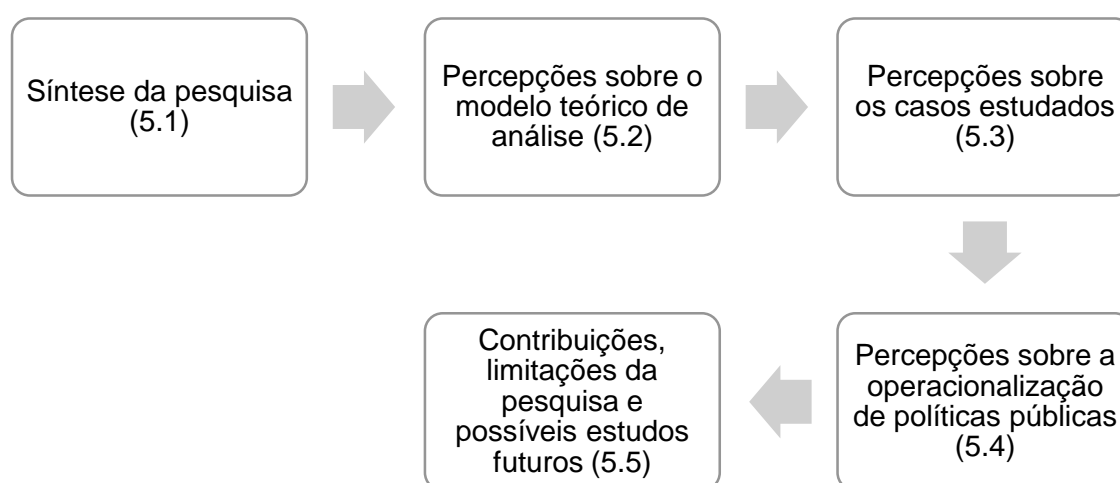


Figura 70: Estrutura das considerações finais da pesquisa

5.1 Síntese da pesquisa

A pesquisa delinea um pressuposto de que a atenção primária à saúde e, especificamente a Estratégia Saúde da Família, operacionalizada por meio das unidades saúde da família, desempenham relevante papel social enquanto política pública, visto que promovem melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos cidadãos, além de vislumbrar melhor custo-efetividade enquanto solução para saúde pública. Esse pressuposto é confirmado pela literatura e pelos gestores entrevistados nos estudos de caso.

Nesta pesquisa, foi visto também, que o processo de operacionalização desta política pública é relevante enquanto objeto de pesquisa uma vez que: o modelo vigente dos sistemas de saúde encontra-se em crise; no Brasil as políticas públicas, o sistema e os serviços de saúde são de responsabilidade do Estado; a Estratégia Saúde da Família é uma estratégia priorizada pelo governo para orientar a Atenção Básica e o Sistema Único de Saúde; e a operacionalização de políticas públicas de saúde é um problema para os gestores públicos. Dentro deste contexto,

o objetivo geral da pesquisa consistiu em compreender como ocorre a operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios.

Para isso, procedeu-se uma revisão na literatura e na legislação para entender a conformação do Sistema Único de Saúde e da ESF e como esta é inserida naquele (objetivo intermediário 1). Esta atividade também permitiu construir um arcabouço conceitual das principais abordagens sobre o tema e o objetivo geral da pesquisa. Percebeu-se que pouco se estuda, produz, ou publica sobre a operacionalização da ESF no caráter que a presente pesquisa se debruçou, apesar de assuntos como a Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde dentro do contexto de saúde pública serem temas e objetos bastante presentes na literatura (objetivo intermediário 2). Inclusive, há de se comentar que as publicações estudadas, as quais são resultantes de revisão sistemática, geralmente são da área de saúde pública e poucos foram os retornos na área de gestão e/ou engenharia de produção.

Diante desta aparente “lacuna”, a autora foi a campo para investigar como a operacionalização da ESF ocorre na prática, em casos distintos. Os municípios investigados foram Magé e Piraí. Para que esta ida a campo fosse viabilizada, foi necessário definir um modelo teórico de análise que permitisse identificar elementos que determinassem e descrevessem a problemática da operacionalização da ESF em casos concretos (objetivo intermediário 3).

Em conclusão, é possível constatar que os objetivos de pesquisa definidos no início da pesquisa – os intermediários e o objetivo principal – foram atendidos, conforme indicado na Tabela 22. Esta exemplifica o atendimento aos objetivos intermediários ao paralelizar as etapas do método de trabalho. A relação expressa o quanto a execução das etapas foi capaz de atender aos objetivos delineados pela pesquisa.

Tabela 22: Consecução dos objetivos intermediários da pesquisa

Objetivos intermediários definidos/ Método de trabalho	1. Entender o Sistema de Único de Saúde e como a ESF é inserida naquele	2. Investigar se e como o objetivo de pesquisa é abordado na literatura	3. Investigar como a operacionalização da ESF ocorre na prática, em casos distintos
Definição do objeto de pesquisa e do referencial teórico	x	x	
Revisão da literatura	x	x	
Definição do modelo teórico de análise		x	

Planejamento e execução do estudo de caso			x
Análise dos resultados e da pesquisa			x

5.2 Percepções sobre o modelo teórico de análise empregado

No que diz respeito ao modelo teórico de análise utilizado na pesquisa, foi visto que, para sua seleção, recorreu-se aos 193 textos inventariados na revisão da literatura sobre saúde da família e atenção primária, os quais foram analisados sistematicamente e seus elementos de análise foram extraídos e listados. A partir deste exercício, foi possível selecionar o modelo a ser empregado no protocolo de estudo de caso.

O modelo selecionado foi o proposto por STARFIELD (2002), uma vez que foi o mais alinhado ao objetivo da pesquisa e por ser ampla e positivamente reconhecido pela literatura. Tal modelo analisa a capacidade do sistema de serviços de saúde enquanto condição para a operação destes serviços e para alinhamento aos atributos da atenção primária à saúde. Nesse sentido, considera-se que o mero e exaustivo exercício de análise sistemática de diversos estudos e publicações já representam uma das contribuições dessa dissertação.

A aplicação do modelo de STARFIELD (2002) nos casos estudados permitiu identificar semelhanças, diferenças e particularidades entre os casos, e entre os casos e a literatura (seja acadêmica ou cinza, mesmo que de forma não exaustiva ou sistemática). Portanto, é possível afirmar que o referido modelo contribuiu para o atendimento do objetivo de pesquisa, uma vez que se mostrou suficiente para tal.

O caráter qualitativo e a forma de análise procedida dificultam comparações sistemáticas entre os casos, apesar de ter sido possível fazê-las na dimensão conduzida pela pesquisa, mas permite analisar a operacionalização da ESF, em cada caso, em um elevado grau de detalhes, sendo considerado como um ponto positivo.

Nesse sentido, uma visão geral da aplicação do modelo nos casos estudados é apresentada na Figura 71. Tal figura parte dos elementos propostos por STARFIELD (2002) para analisar a capacidade dos sistemas de serviço de saúde, sobre os quais se buscou indicar os aspectos que emergiram da análise dos casos estudados.

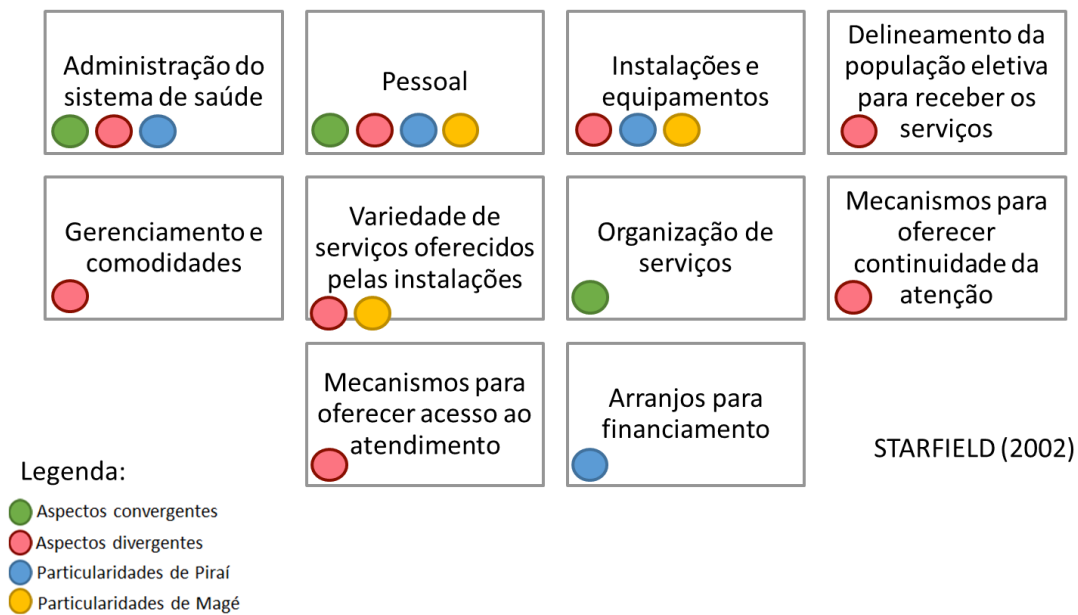


Figura 71: Incidência dos aspectos emergentes da análise dos casos no modelo teórico

A partir da Figura 71, é possível perceber que os aspectos divergentes dos casos populam quase todos os elementos do modelo de análise, sendo os aspectos convergentes minoria: algumas práticas em relação à administração dos sistemas de saúde, contratação dos ACS e a forma de ofertar os serviços nas unidades. Isto era, de certa forma, esperado visto que se entende que as características locais e a forma como os gestores locais lidam com tais características tendem a gerar desvios quando da operacionalização de uma política pública que é formulada para abarcar o território nacional.

Por outro lado, há de se apontar algumas limitações da aplicação do modelo. O modelo não possui a intenção de permitir comparação entre USF do mesmo ou de municípios diferentes. Isto é mitigado e se torna pouco significativo para a pesquisa, visto que o foco é tratar um conjunto de USF como amostra de como o governo e os gestores local procedem na gestão das operações dos serviços. Surge, portanto, uma outra limitação: o estudo de caso considerou quatro unidades e uma coordenação em cada município, onde investigou-se uma política/programa específico. Este fato torna algumas generalizações eventualmente relativas.

Apesar de se configurar como um modelo oriundo da literatura de saúde pública e atenção primária à saúde, pode-se inferir que os elementos dispostos podem ser considerados afins a aspectos que se assemelham aos considerados

pela literatura em análise de operações de sistemas produtivos¹⁵³. Além disso, a formação e área de atuação da autora também corrobora para esta ênfase. Cabe ressaltar que estas lentes permitiram compreender, de forma considerada como satisfatória, como ocorre a operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios (objetivo da pesquisa).

Uma última limitação observada a partir da utilização do modelo é sua restrição em relação ao objeto. Considera-se muito provável que não seja possível compreender a operacionalização de políticas públicas fora do setor da saúde, ou até mesmo dentro dele. Os procedimentos utilizados para selecionar o modelo (análise a partir de revisão sistemática sobre saúde da família e atenção primária) corroboram para esta percepção.

Por fim, é válido destacar que, apesar das limitações apontadas, foi constatado que o modelo de STARFIELD (2002) atendeu os propósitos da pesquisa de modo satisfatório.

5.3 Percepções sobre os casos estudados

Conforme apontado em 5.2, a Figura 71 demonstra a preponderância de aspectos divergentes dos casos em relação aos elementos do modelo de análise, sendo os aspectos convergentes minoria. Esta é a primeira consideração de destaque em relação aos casos estudados, e que já foi discutida no item supracitado. Além disso, a forma como os gestores locais lidam com estes aspectos também é bastante representativa para a pesquisa e, em algumas situações, a razão para determinado aspecto ter sido considerado como divergente ou convergente. Os gestores entrevistados demonstraram atuação de cunho profissional, sendo um pouco mais gerencial no caso de Pirai, e muitas vezes desempenham sua função com base no conhecimento tácito acerca do território e das operações da clínica, de modo a desenvolver soluções criativas para lidar com os problemas identificados.

Não obstante, neste item 5.3, considerado como um espaço para discorrer mais livremente acerca das percepções dos resultados dos casos estudados, a autora considera pertinente destacar três principais considerações: a questão da participação da população e de profissionais na administração do sistema local de

153 Alguns autores do campo de gestão de operações eventualmente consideram elementos semelhantes ao contemplados pelo modelo de STARFIELD (2002). (BASU; WRIGHT, 2005; GAITHER; FRAZIER, 2002; GREASLEY, 2008; HAYES et al., 2008; HEIZER; RENDER, 2011; KUMAR; SURESH, 2008; LESEURE, 2010; REID; SANDERS, 2011; ROWBOTHAM; GALLOWAY; AZHASHEMI, 2007; SLACK; CHAMBERS; JOHNSTON, 2010)

saúde; indicadores da atenção básica; e alocação orçamentária de saúde. Isto porque se acredita que estes três fatores contribuem para acentuar as principais diferenças e particularidades encontradas nos casos estudados.

Relativamente à questão da participação da população e de profissionais na administração do sistema local de saúde, Piraí demonstrou, a partir do levantamento de informações, que tenta caminhar no sentido de incorporar a experiência de seus profissionais nas decisões e nos padrões da prefeitura. É possível que isto ocorra por conta da aparente “maturidade” de seu sistema de saúde, o qual dispõe de uma população pequena, elevados recursos e envolvimento da população nas decisões que envolvem o sistema de saúde.

Nesse sentido, é válido lembrar que, dados os princípios e diretrizes da PNAB, a participação em saúde é fundamental para garantir a descentralização e municipalização da saúde. CAMPOS; WENDHAUSEN (2007) destacam esta importância principalmente no que diz respeito à identificação das causas dos problemas de saúde, à definição de prioridades e ao acompanhamento da avaliação de todo trabalho.

No entanto, a participação da comunidade, por si só, não é suficiente. TRAD et al. (2002, p.582) afirmam que “o incentivo à participação comunitária pressupõe uma concepção do usuário do sistema de saúde com competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema”. Este aspecto também começa a ser trabalhado pelo Município de Piraí. A Figura 72 tenta representar graficamente o estado em que o município de Piraí se depara atualmente, e que o diferencia de Magé: algumas práticas locais são recepcionadas pela SMS, que reformula suas diretrizes e padrões a partir deste fenômeno.

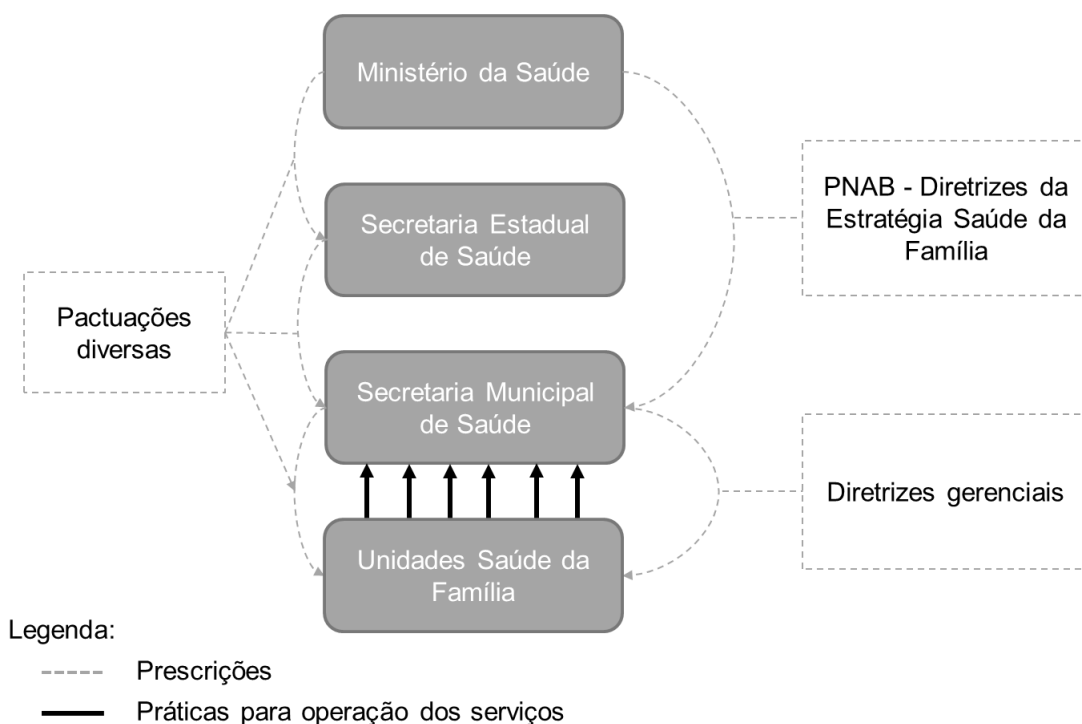


Figura 72: Contribuição da operação das USF para a ESF

A ampliação da sistemática de participação faz com que as necessidades individuais e coletivas da população sejam expandidas e alteradas em uma velocidade maior. Por consequência, este processo aumenta a complexidade de gestão dos serviços, que devem operar com base nestas necessidades. Desta forma, se faz necessário que profissionais sejam capazes de identificar problemas e desenvolver soluções criativas para mitigar ou resolver estes problemas. Isto por si só não basta. Os gestores precisam de mais autonomia e participação nas decisões organizacionais para pôr estas soluções práticas na organização e eventualmente no sistema. Na visão da gestão de pública, trata-se de um ciclo que precisa ser rompido (KEINERT, 2007; TROSA, 1999). Nesse sentido, a conclusão de MENDES (2012) remanesce de forma pertinente aos resultados da presente pesquisa:

“A leitura equivocada do fracasso do PSF merece ser mais bem interpretada. Ela decorre da permanência de problemas que não foram superados na estruturação dessa política de APS. A persistência desses problemas fez com que, de certa forma, eles se cronificassem ao longo dessa década e meia de existência do PSF e levou ao esgotamento do ciclo da atenção básica à saúde. [...] O PSF não fracassou, mas o

ciclo da atenção básica à saúde, no qual ele nasceu e cresceu, esgotou-se. A saída não está em retroceder, mas em avançar, radicalizando o PSF para transformá-lo, de fato, numa estratégia de saúde da família, além da mudança semântica já realizada. Para isso, é imprescindível diagnosticar os problemas existentes para poder superá-los.”
(MENDES, 2012, p.89)

O segundo ponto de destaque são indicadores da atenção básica. Nesse sentido, a Figura 73 apresenta exemplos de alguns indicadores pactuados entre os municípios de Magé e Piraí com o Governo do Estado do Rio de Janeiro. A seleção deste rol exemplificativo adotou o critério de relação direta à atenção básica à saúde.

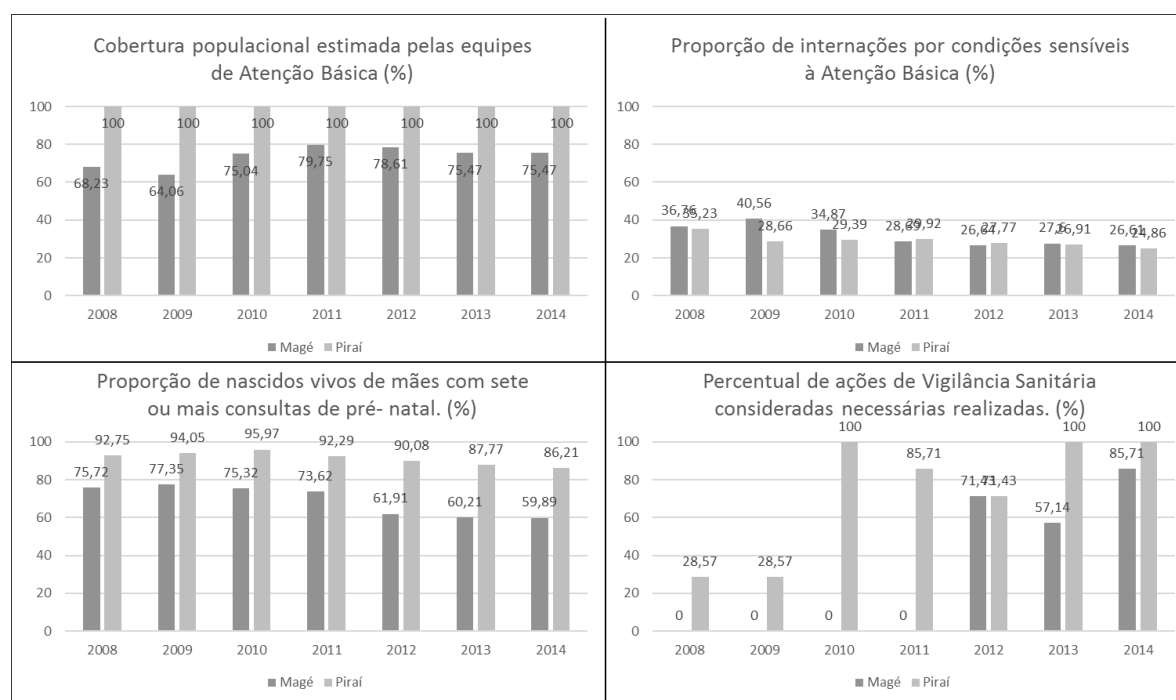


Figura 73: Exemplo de indicadores aferidos e pactuados com o Governo do Estado no período 2008-2014 dos municípios estudados

Fonte: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (2015a) e SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (2015b)

Conforme é possível perceber na Figura 73, estes indicadores apresentam, em sua maioria, o propósito de mensuração de produtividade, à excessão da métrica que apresenta a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica. Em todos eles, o município de Piraí se posiciona com melhor

desempenho¹⁵⁴. Desta forma, é possível inferir que a configuração atual do sistema de saúde e as práticas assumidas pelos gestores desse município podem corroborar para esta percepção de resultado.

A terceira, e última, percepção sobre os casos estudados diz respeito à alocação orçamentária de saúde adotada pelos municípios. Os dados trazidos para esta discussão foram extraídos do portal de transparência dos municípios, mediante análise das LOA, sendo, portanto, expectativas de despesas. Nesse sentido, a Figura 74 apresenta o valor alocado para as despesas para a função saúde em Magé e em Piraí. Por meio da Figura 74 é possível perceber que, em termos absolutos, Magé destina um valor maior para atender às demandas de saúde (pouco mais que o dobro do valor alocado por Piraí).

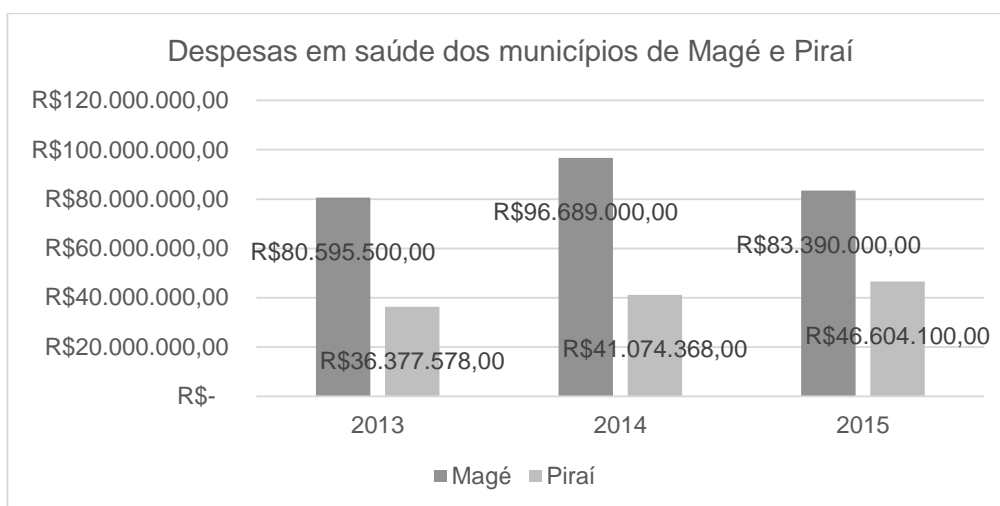


Figura 74: Despesas em saúde dos municípios de Magé e Piraí no período 2013-2015

Fonte: Portal de transparência dos municípios¹⁵⁵

No entanto, ao comparar estes valores absolutos de despesa em saúde com as despesas totais previstas para cada município, a Figura 75 aponta que Piraí tende a injetar uma proporção maior de recursos para saúde do que Magé, proporção esta que aumentou a cada ano dentro do período de análise¹⁵⁶.

¹⁵⁴ Insta salientar que o indicador “proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica” é um indicador do tipo “quanto menor, melhor”. Por esta razão, o fato das aferições de Magé estarem superiores às de Piraí indica o melhor desempenho de Piraí na perspectiva do referido indicador.

¹⁵⁵ Dados extraídos a partir das LOA de ambos os municípios. No município de Magé, disponível em <http://goo.gl/y0eTRj> e no município de Piraí em <http://goo.gl/64ddC7>. Ambos os links foram acessados em março de 2016.

¹⁵⁶ Em razão da quantidade de períodos considerados, não é possível fazer inferências acerca de tendências de aumento/crescimento

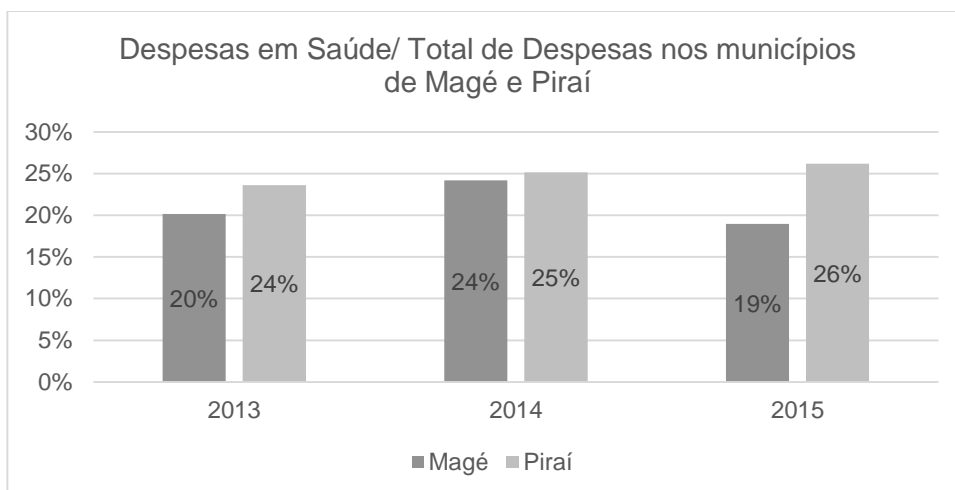


Figura 75: Porcentagem alocada para despesas de saúde em relação às despesas totais nos municípios de Magé e Pirai no período 2013-2015
 Fonte: Portal de transparência dos municípios¹⁵⁷

Por outro lado, de modo a contribuir para a crítica acerca da alocação orçamentária, a Figura 76 indica as despesas per capita¹⁵⁸ em saúde nos municípios estudados. O intuito é facilitar a percepção do orçamento atribuído a cada município levando em consideração seu porte.

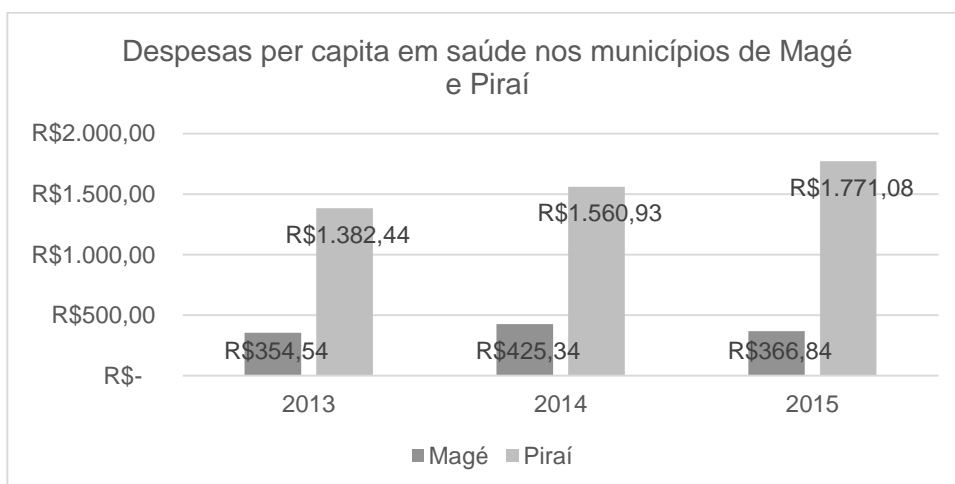


Figura 76: “Despesas per capita” em saúde nos municípios estudados no período de 2013-2015.
 Fonte: Portal de transparência dos municípios¹⁵⁹ e IBGE¹⁶⁰

¹⁵⁷ Dados extraídos a partir das LOA de ambos os municípios. No município de Magé, disponível em <http://goo.gl/y0eTRj> e no município de Pirai em <http://goo.gl/64ddC7>. Ambos os links foram acessados em março de 2016.

¹⁵⁸ Trata-se da divisão entre a despesa em saúde e a população do município.

¹⁵⁹ Dados extraídos a partir das LOA de ambos os municípios. No município de Magé, disponível em <http://goo.gl/y0eTRj> e no município de Pirai em <http://goo.gl/64ddC7>. Ambos os links foram acessados em março de 2016.

¹⁶⁰ População do censo de 2010, disponível em INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (2010)

Desta forma, é notória a diferença de valores entre Magé, que apresenta uma média de R\$ 382,24/hab, e Piraí, que apresenta uma média de R\$ 1.571,48/hab. Piraí, na média, aloca cerca de 4 vezes mais recursos em saúde por habitante. Observa-se, ainda (e mesmos com as restrições de quantidade de período), que este valor aumentou a cada ano dentro do período considerado. Diante disso, também é possível inferir que a riqueza do município, assim como a decisão política de quanto dessa riqueza será alocada para os gastos em saúde, apresentam potencial de influenciar o desempenho dos serviços e do sistema local de saúde.

No entanto, este fator não pode ser considerado isoladamente, visto que características do território (e sua população) podem influenciar nos resultados. Além disso, a alocação de recurso propriamente dita não é suficiente para este aparente desempenho superior, visto que se faz necessário considerar também a forma que estes recursos são utilizados, em um sentido de Estado eficiente (ANDRÉ, 1999; CASTRO, 2006; GARCES; SILVEIRA, 2002; HEINRICH, 2002; KEINERT, 2007; PEDROSO; MALIK, 2007; TREVISAN; VAN BELLEN, 2008). Destarte, o fato de Piraí apresentar melhores práticas de gestão apoia esta percepção de melhor desempenho.

5.4 Percepções sobre a operacionalização de políticas públicas

As políticas públicas precisam ser adaptadas continuamente de modo a buscar aderência nas questões políticas e na resolução dos problemas que surgem quando a política é operacionalizada na prática, tal qual as leis anacrônicas. Estruturar a atenção básica de modo articulado aos atributos da atenção primária à saúde é um processo dinâmico. Cada realidade social e de saúde se adere ao programa de sua forma, visto que há diferenças de necessidade inerentes a cada território. Além disso, as necessidades de um mesmo território também são suscetíveis a mudanças, como é a questão atuação da transição demográfica e epidemiológica que os sistemas de saúde estão deparados. Entende-se que até mesmo quando são apresentadas características ou problemas dos casos trabalhados este aspecto torna-se evidente. Sua relevância reside, principalmente, nos impactos nas operações das USF expostos pelos entrevistados, mesmo que não haja uma “solução” predefinida pelos gestores do município para lidar com estes comportamentos. Acredita-se que a mera apresentação destas relações contribuiu para outros gestores públicos na identificação de seus problemas.

Entender como a ESF é operacionalizada em territórios e governos locais, identificando as soluções desenvolvidas e praticadas, corrobora para o ciclo de aprendizado da Política Nacional de Atenção Básica e para as (re) formulações das diretrizes dos governos federal e estadual no âmbito do PSF. Esta pesquisa traz uma forma de enxergar esses desvios entre o prescrito e o real, além de inferir as relações destes com o que é gerado a partir da prestação de serviços de saúde na atenção primária. A Figura 77 tenta sintetizar a problemática descrita.

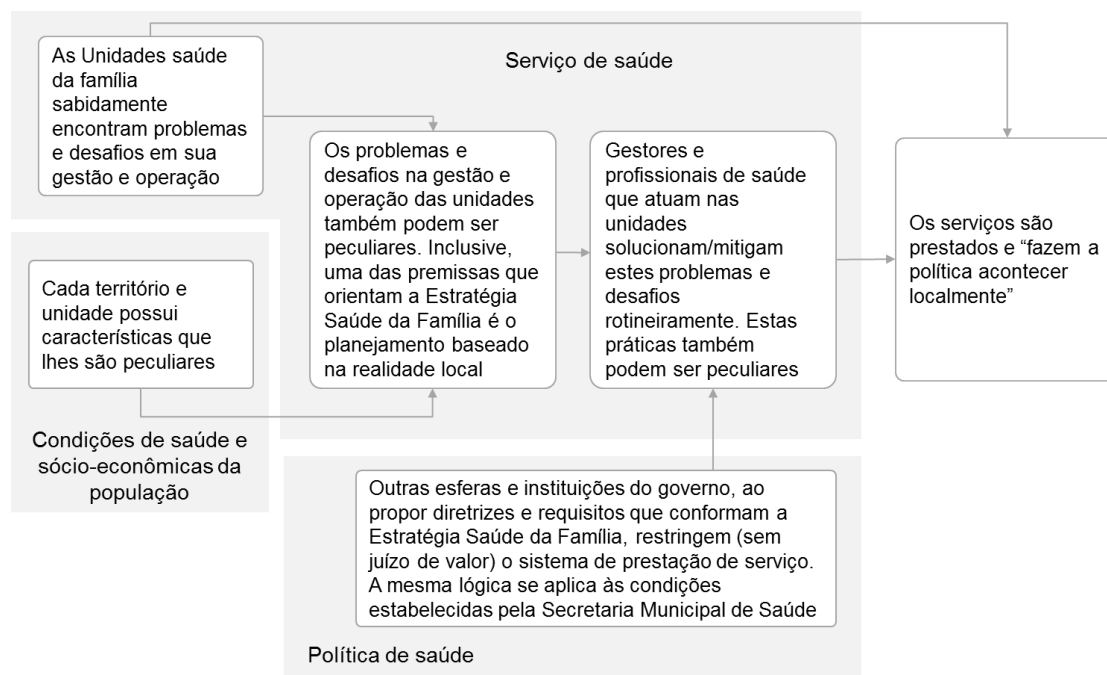


Figura 77: Síntese da problemática da operacionalização da ESF nos casos estudados

O estudo de caso e o modelo teórico empregado possibilitou entender estas práticas e características locais que viabilizam/facilitam a prestação dos serviços, as quais podem ser úteis a outros gestores e profissionais da área de saúde. Isto reforça a necessidade e relevância do intercâmbio de práticas locais entre gestores e entre municípios. Eventualmente, um município A pode ter resolvidos ou aprendido a lidar com alguma situação na qual o município B se depara. Inclusive, FEUERWERKER (2014) defende que os gestores práticos desempenham papel decisivo para avanço na produção de conhecimento em saúde.

Nesse sentido, a pesquisa resolve um problema, que é reconhecido como tal, o qual auxilia os gestores públicos de saúde a entender e diagnosticar a realidade na qual atuam com a lente da engenharia de produção (mesmo que fazendo uso de um modelo advindo da saúde pública). Colecionar estes problemas e soluções para operacionalização do programa corrobora para o (re) projeto. O auto grau de

prescrição de funcionamento das USF enquanto atores que orientam a rede de atenção à saúde aumenta a relevância de buscar essas soluções desenvolvidas pelos gestores que lidam com o dilema de produzir resultados transformadores para a população e, ao mesmo tempo, atender aos requisitos preestabelecidos. Conforme foi observado, muitas vezes se faz necessário adaptar e negociar estas condições, que eventualmente são pouco plásticas. Essa rigidez pode ser decorrente a forma burocrática que o SUS é/foi desenhado e é suposto “funcionar”.

Insta salientar que o problema não é a prescrição em si, mas a forma como os gestores locais adequam esta prescrição nas operações dos serviços, que serão prestados de todo modo (em conformidade ou não com as diretrizes e prescrições de outras esferas). Isto vai de acordo com a teoria da burocracia do nível de rua e com a afirmação de SILVA et al. (2013, p.228) de que “a ESF ainda tem refletido o caráter prescritivo de programa, as diferenças nos contextos político, social, econômico e cultural têm resultado muito pouco em estratégia singulares para o enfrentamento dos problemas”.

De modo análogo, o retorno destas práticas para reformulação das diretrizes também aparenta ser nulo. As prescrições, eventualmente podem reduzir liberdade do gestor e suas margens de manobra, sendo uma questão reconhecida pela literatura em gestão pública. No entanto, os gestores fazem com que a máquina sob sua gestão funcione, uma vez que seu funcionamento é certo e esperado, independente de qualificações sobre o mesmo. Desta rotina de fazer a máquina funcionar, surgem práticas e soluções que decorrem muitas vezes da experiência do gestor e de sua equipe. Esta criação de conhecimento advindo da prática, cuja relevância é disseminada na literatura de saúde, tende a ser ignorado para reformulação das políticas (no sentido de não haver práticas sistemáticas com tal propósito) ou readequação casuística. BARBIERI; HORTALE (2005, p.1354) acreditam que isto se deve à fragmentação da gestão no âmbito local, que direciona o trabalho e o interesse das equipes para resultados administrativos, despriorizando conhecimento e responsabilidade técnica para solução de problemas e melhoria sistêmica da operação de serviços. Os mesmos autores colocam que

“Em particular, os gerentes assistenciais têm pouca participação no planejamento de ações em suas próprias unidades. [...] O predomínio do cumprimento de metas definidas nos níveis gerenciais superiores reduz a capacidade de trabalhar e buscar soluções em equipe. Em decorrência, o sentimento de responsabilidade pelos

sucessos ou fracassos sobre iniciativas e novos projetos é acentuado nos gerentes técnicos, que assumem as proposições, e pouco perceptível nos gerentes assistenciais, que se percebem apenas como controladores do processo”.
BARBIERI; HORTALE (2005, p.1353)

Percepção semelhante é disposta por CAMPOS (2013)

“Este modo de gerenciar é focado no controle sobre o profissional de saúde das equipes de determinada área, e não trabalha com o fato de que as particularidades do território estão presentes nas fortes contradições, conflitos, resistência e solidariedade que constituem o modo de ser e uma subjetividade social própria do local e de seus moradores”. (CAMPOS, 2013, p.13)

5.5 Contribuições, limitações da pesquisa e possíveis estudos futuros

Entende-se que as principais contribuições da presente pesquisa podem ser vistas por três eixos: contribuição para gestores públicos, em especial para os que atuam na ESF; contribuição para a saúde pública; e contribuição para a engenharia de produção.

A contribuição para os gestores públicos, e em especial para os que atuam na ESF, reside no fato que de esta pesquisa, ao compreender como a operacionalização desta estratégia de Estado é posta em prática, resultou em um grande inventário de práticas e problemas assumidos pelos gestores atuantes nos municípios e nas unidades de saúde estudados. Este inventário, por sua vez, pode contribuir para atuação de gestores de outras unidades e outros municípios. Além disso, o simples fato de muitos dos problemas identificados se assemelharem com os mapeados na literatura (item 2.5.2) pode facilitar o processo de identificação de problemas e soluções. É claro que, neste momento, não se fala que todas as práticas identificadas nesta pesquisa possuem condições de serem diretamente aplicadas em outras realidades e que isto acarretará em melhoria. Trata-se de um passo inicial de mero mapeamento casuístico. Extrapolações e verificação de aderência a outras realidades devem ser estudadas, assim como os efeitos e impactos de eventual incorporação.

Em relação à saúde pública, é possível afirmar que o exercício de diagnóstico de parte de um sistema local de saúde, realizada de forma intensa e para dois municípios, contribui para aumentar o conhecimento acadêmico e prático sobre a situação de saúde no Brasil, em um modelo estratégico de saúde que está em transição, e de como a saúde é gerida pelos profissionais atuantes no setor. Em adição, este diagnóstico e exercício comparativo, contribui diretamente para os municípios estudados, que podem pensar em melhorias a partir desta pesquisa. Inclusive, este processo propositivo também pode ser considerado como possibilidade de estudo futuro. Por fim, o exercício de seleção do modelo teórico de análise partiu de intenso debruçamento na literatura sobre saúde da família e atenção primária à saúde. Nesse sentido, considera-se que o mero e exaustivo exercício de análise sistemática de diversos estudos e publicações representam uma das contribuições dessa dissertação.

A contribuição para a engenharia de produção, por sua vez, reside, primeiramente, na demonstração de como a interdisciplinariedade pode contribuir para avanço do conhecimento da área. Como foi dito em 5.2, o modelo teórico utilizado, emergente da literatura em saúde, foi aplicado mediante a lente da autora, uma engenheira de produção. Isto porque também foram percebidas semelhanças com os elementos considerados pela literatura em gestão de operações. Esta interdisciplinariedade expande os limites em termos de objeto para engenharia de produção e do entendimento de outras formas de configuração de sistemas produtivos. Do mesmo modo, entende-se que a engenharia de produção muito tem a contribuir para diagnósticos e resolução de problemas, bem como melhoria de desempenho, tanto do setor de saúde como em serviços públicos.

Desta forma, também é pertinente apontar as limitações identificadas desta pesquisa (além das limitações expostas neste capítulo até aqui). O caráter qualitativo e a forma de análise procedida com os casos dificultam comparações sistemáticas entre eles, apesar de ter sido possível fazê-las na dimensão conduzida pela pesquisa. O modelo não possui a intenção de permitir comparação entre USF do mesmo município ou de municípios diferentes. No entanto, isto pode também ser considerado uma limitação do modelo empregado. Além disso, o estudo de caso considerou quatro unidades e uma coordenação em cada município, onde investigou-se uma política/programa específico. Este fato torna algumas generalizações eventualmente relativas.

Uma última limitação observada a partir da utilização do modelo é sua restrição em relação ao objeto. Considera-se muito provável que não seja possível compreender a operacionalização de políticas públicas fora do setor da saúde, ou

até mesmo dentro dele. Os procedimentos utilizados para selecionar o modelo teórico (análise a partir de revisão sistemática sobre saúde da família e atenção primária) corroboram para esta percepção.

Desta forma, as seguintes possibilidades de estudos futuros são apresentadas. A primeira delas é a possibilidade de ampliar o inventário de práticas para as unidades de saúde dentro do escopo da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família. Também pode-se considerar estudar um método capaz de comparar políticas públicas distintas ou um conjunto de políticas ou serviços públicos (a partir de unidades prestadoras de serviço, individualmente ou não). Um terceiro estudo futuro pode consistir em entender como práticas assumidas pelos gestores para operacionalizar políticas públicas, bem como o desempenho das operações das organizações envolvidas na prestação do serviço, de fato refletem na efetividade dos serviços prestados e na geração de impactos transformadores para os cidadãos. Além disso, também seria pertinente entender como este diagnóstico pode repercutir na reformulação de políticas e no reprojeto de serviços públicos. Do mesmo modo, uma outra linha de estudo poderia estar centrada em entender os limites de suficiência de prescrição dessas políticas e serviços para gestores em seus mais diversos níveis.

Considera-se que tais possibilidades de estudos indicadas podem contribuir substancialmente para consolidar o campo que estuda como as políticas públicas acontecem na prática e como estas entregam resultados transformadores aos cidadãos.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286–298, 2010.

ALMEIDA, P. F. DE; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.

ALMEIDA JÚNIOR, J. C. DE. ARENAS DE PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: A NOVA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **REVISTA DIREITO GV**, v. 9, n. 2, p. 659–680, 2013.

ANDRÉ, M. A. DE. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. **Revista de Administração de Empresas**, v. 39, n. 3, p. 42–52, 1999.

ANDREWS, R.; ENTWISTLE, T. Does cross-sectoral partnership deliver? An empirical exploration of public service effectiveness, efficiency, and equity. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 20, n. 3, p. 679–701, 2010.

ARRUDA-BARBOSA, L.; DANTAS, T.; OLIVEIRA, C. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 24, n. 4, p. 347–354, 2009.

BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1349–1356, 2005.

BARRA, S. A. R. **GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: o desafio de consolidar a intersectorialidade**. [s.l.] Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

BARROS, D. M.; SÁ, M. DE C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2473–2482, 2010.

BASU, R.; WRIGHT, J. N. **Total operations solutions**. [s.l.] Elsevier Editora, 2005.

BENATTI, B. C. G. **O serviço social e a estratégia saúde da família: potencialidades de uma aproximação**. [s.l.] UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2008.

BENBASAT, I.; GOLDSTEIN, D. K.; MEAD, M. The Case Research Strategy in Studies of Information Systems Case Research. **MIS quarterly**, v. 3, n. 3, p. 369–

386, 1987.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Improving Primary Care: Strategies and Tools for a Better Practice**. 1st. ed. [s.l.] McGraw-Hill Education / Medical, 2006.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1336–1338, 2009.

BOOTH, W. C.; COLOMB, G. G.; WILLIAMS, J. M. **The Craft of Research**. 3rd. ed. Chicago: The University Of Chicago Press, 2008.

BRASIL. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. Disponível em: <<http://goo.gl/0BAB1T>>. Acesso em: 2 set. 2015.

BRASIL. **LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006**. Disponível em: <<http://goo.gl/wzclD0>>. Acesso em: 2 set. 2015.

BRASIL. **Guia básico para gestão nos municípios**. 1ª. ed. Brasília/DF: Presidência da República, 2008.

BRASIL. **LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012**. Disponível em: <<http://goo.gl/aq69gp>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. **LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Institui o Programa Mais Médicos**. Disponível em: <<http://goo.gl/UfT850>>. Acesso em: 2 set. 2015.

BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e Serviço Social**. 5ª. ed. [s.l.] CORTEZ, 2012.

BUCCI, M. P. D. **Direitos Humanos e Políticas Públicas**. São Paulo: Pólis, 2001.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, v. 5, n. Supl 1, p. 63–69, 2005.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 6, p. 131–147, 2006.

CAMPOS, E. J. **O PÚBLICO E O PRIVADO NA GESTÃO EM SAÚDE : um estudo de caso sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no município do Rio de Janeiro** . [s.l.] Fiocruz, 2013.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 271–279, 2007.

CAPUCCI, P. Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil: avanços e desafios. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 1, p. 127–128, 2014.

CARVALHO, A. L. B. DE et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 901–911, 2012.

CASTRO, R. B. DE. **Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública**. 30º Encontro da ANPAD. **Anais...** Salvador/BA: 2006

CHOMATAS, E. RE. D. V. **Avaliação da Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária na Rede Básica de Saúde no Município de Curitiba, no Ano de 2008**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

CHRISTENSEN, K. et al. Ageing populations: the challenges ahead. **The Lancet**, v. 374, n. 9696, p. 1196–1208, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde**. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1ª. ed. Brasília/DF: CONASS, 2015.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 323–331, 2005.

CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029–1042, 2011.

D'AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. [s.l.] Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

D'ASCENZI, L.; LIMA, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101–110, 2013.

DE FIGUEIREDO, P. P. et al. Processo de trabalho da estratégia saúde da família: A concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 235–259, 2010.

DE SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Family Health Program in Brazil: an incomplete agenda? **Ciencia & saude coletiva**, v. 14 Suppl 1, p. 1325–1335, 2009.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 143–148, 2012.

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos de Saúde**

Pública, v. 28, n. 4, p. 615–625, 2012.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115–1118, nov. 1990.

DORIGHETTO, E. **Orientações para Expansão das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro**.

DUARTE, M. DE L. C.; TEDESCO, J. DOS R.; PARCIANELLO, R. R. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 4, p. 111–117, 2012.

EISENHARDT, K. M. (1989) Building theories from case study research. **Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532–550, 1989.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633–641, 2006.

ERDMANN, A. L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, p. 467–471, 2004.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>.

FACCHINI, L. A. et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669–681, 2006.

FERNANDES, A. T.; CASTRO, C.; MARON, J. **Desafios para implementação de políticas públicas: intersectorialidade e regionalização**. VI Congresso Consad de Gestão Pública. **Anais...** Brasília/DF: 2013

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 18, p. 489–506, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. (Eds.). **EDUCAÇÃO, SAÚDE e GESTÃO**. 1ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 99–113.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 1ª. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIGUEIREDO, A. M. DE et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 41–48, 2013.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, M. A. C. Avaliação política e avaliação

de políticas : um quadro de referência teórica. **Anál & Conj.**, v. 1, n. 3, 1986.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY, S. **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Editora Lemos, 1997.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. **Review evidence demonstrating that glycemic control delays complications**, [s.d.]. Disponível em: <<http://goo.gl/9fQ4Rj>>

FRANCO, J. L. F. **Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação**. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <<http://goo.gl/Etvlfq>>.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: CONTRADIÇÕES E NOVOS DESAFIOS**. [s.l: s.n.].

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65–72, 2008.

FRENK, J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. **Lecture for WHO Commission on Social Determinants ...**, p. 17, 2006.

FRISCHEISEN, L. C. F. **Políticas Públicas - A Responsabilidade do Administrador e o Ministério Público**. São Paulo: Max Limonad, 2000.

GAITHER, N.; FRAZIER, G. **Administração da produção e operações**. 8. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GAMA, S. G. T.; LEITE, E. G.; BALDINI, N. L. F. Reflexões sobre a política de promoção da saúde no Distrito Federal e sua integração com a estratégia saúde da família . **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, p. 64–75, 2007.

GARCES, A.; SILVEIRA, P. Gestão pública orientada para resultados no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n. 4, p. 53–77, 2002.

GHOROB, A.; BODENHEIMER, T. Sharing the Care to Improve Access to Primary Care. **New England Journal of Medicine**, v. 366, n. 21, p. 1955–1957, 2012.

GIL, C. R. R. Atenção Primária , Atenção Básica e Saúde da Família : sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171–1181, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 783–794, 2009.

GOLDSMITH, S.; EGGERS, W. D. **Governing by Network: The New Shape**

of the Public Sector. 3rd. ed. [s.l.] Brookings Institution Press, 2005.

GRAHAM, A. **Como escrever e usar estudos de caso para ensino e aprendizagem no setor público**. ENAP. Estu ed. Brasília/DF: ENAP Escola Nacional de Administração Pública Diretoria, 2010.

GREASLEY, A. **Operations Management**. [s.l.] SAGE Publications, 2008.

GREEN, L. A. et al. The ecology of medical care revisited. **The New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 26, p. 2021–2025, 2001.

GUSSO, G. D. F. **Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2)**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2009.

HARTZ, Z. M. D. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. [s.l.: s.n.].

HARTZ, Z. M. DE A.; POUVOURVILLE, G. DE. Avaliação dos Programas de Saúde: A Eficiência em Questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 68–82, 1998.

HARZHEIM, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil**. [s.l.] Universidad de Alicante, 2004.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC health services research**, v. 6, p. 156, 2006.

HAYES, R. et al. **Produção, Estratégia e Tecnologia: Em Busca da Vantagem Competitiva**. 1. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

HEALTH & SOCIAL CARE INFORMATION CENTRE. **NHS Outcomes Framework Indicators**. Disponível em: <<http://www.hscic.gov.uk/nhsf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

HEINRICH, C. J. Outcome-Based Performance Management in the Public Sector: Implications for Government Accountability and Effectiveness. **Public Administration Review**, v. 62, n. 6, p. 712–725, 2002.

HEIZER, J.; RENDER, B. **Operations Management**. 10. ed. [s.l.] Pearson, 2011.

HERZLINGER, R. **Who Killed Health Care?: America's \$2 Trillion Medical Problem - and the Consumer-Driven Cure**. 1st. ed. [s.l.] McGraw-Hill Education, 2007.

HÖFLING, E. D. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**, v. 21, n. 55, p. 30–41, 2001.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Improved health system performance through better care coordination. **OECD Papers**, v. 7, p. 1–85, 2007.

IBAÑEZ, N. et al. Care performance assessment of primary health care services in the State of São Paulo. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683–703, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mapa e informações básicas dos municípios do Estado do Rio de Janeiro**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://goo.gl/7fmH3c>>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Gastos com a Política Social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda**: Comunicados do IPEA. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://goo.gl/0iPTF0>>.

JHA, P. et al. **Chronic disease prevention and control**. [s.l.: s.n.].

JOHANSSON, H.; WEINEHALL, L.; EMMELIN, M. “It depends on what you mean”: a qualitative study of Swedish health professionals’ views on health and health promotion. **BMC health services research**, v. 9, p. 191, 2009.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde : a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323–333, 1999.

KAWATA, L. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto ...**, v. 18, n. 2, p. 313–320, 2009.

KEINERT, T. M. M. **Administracao Publica no Brasil: Crises e Mudanças de Paradigmas**. 2ª. ed. São Paulo: Annablume, 2007.

KUMAR, S. A.; SURESH, N. **Production and Operations Management**. 2nd. ed. [s.l.] New Age International Publishers, 2008.

LACERDA, D. P. et al. **Algumas caracterizações dos métodos científicos em Engenharia de Produção: Uma análise de periódicos nacionais e internacionais**. XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. **Anais...Foz do Iguaçu: 2007** Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR660483_0125.pdf>

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE. **Metodologia do trabalho científico**. 7ª. ed. São Paulo: Atlas Editora, 2007.

LAMBERTS, H.; MEADS, S.; WOOD, M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system. **Public health reports**, v. 99, n. 6, p. 597–605, 1984.

LANDSBERG, G. D. A. P. et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3025–3036, 2012.

LESEURE, M. **Key concepts in Operations Management**. [s.l.] SAGE

Publications, 2010.

LIPPI, M. F. **A estratégia de articulação intergovernamental na implantação de políticas públicas metropolitanas: construindo um conceito e evidenciando a aplicação prática.** II Congresso Consad de Gestão Pública. **Anais...**Brasília/DF: 2009

LIPSKY, M. **Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service.** 30th Anniv ed. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, G. S. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família.** [s.l.] Universidade de São Paulo, 2010.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. DE. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 6, p. 1143–1163, 2007.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 19, n. 4, p. 303–317, 2004.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde.** Série Saúd ed. São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda., 1998.

MANT, J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 13, n. 6, p. 475–480, 2001.

MARGOLIUS, D.; BODENHEIMER, T. Transforming Primary Care : v. 5, n. 5, p. 779–784, 2010.

MARTINS, G. D. A. **Estudo de caso.** 2ª. ed. São Paulo: Atlas Editora, 2008.

MASH, B. et al. A morbidity survey of South African primary care. **PLoS ONE**, v. 7, n. 3, p. 12, 2012.

MATTA, G. C.; PONTES, A. L. DE M. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, 2007.

MELO, C. F. et al. As gestões municipais e o uso das informações no pacto pela saúde no estado do rio grande do norte. **HOLOS**, v. 6, n. 2012, p. 220–236, 2013.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: [s.n.].

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297, 2010.

MENDES, E. V. **As Redes De Atenção À Saúde**. 2ª. ed. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, M. H. M. DE et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355–2365, 2010.

MENEZES, E. L. C. DE. **O QUE DÁ CERTO NO SUS QUE DÁ CERTO ? Histórias de Inovação na Produção da Saúde na Atenção Básica Presentes na Rede HumanizaSUS**. [s.l.] Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2013.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde - um desafio para o público. In: **São Paulo: Editora Hucitec**. [s.l: s.n.]. p. 1–78.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados**. Série C.Pr ed. Brasília/DF: Editora MS, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008**, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Estrutura Física da UESF**. 2ª. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. [s.l: s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de informação da atenção básica (SIAB): Indicadores 2006**. Brasília/DF: [s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**, 2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde**. [s.l: s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ª. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. 3ª. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013a. v. 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mais Perto De Você – Acesso e Qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB)**. p. 38, 2013b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de vigilância em saúde**. [s.l: s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal do Departamento de Atenção Básica**:

Estratégia Saúde da Família. Disponível em: <<http://goo.gl/bGZ8Z0>>. Acesso em: 20 jun. 2015a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Farmácia Popular.** Disponível em: <<http://goo.gl/xHRjGR>>. Acesso em: 8 set. 2015b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.** Disponível em: <<http://goo.gl/EJwMyl>>. Acesso em: 12 set. 2015c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tipo de estabelecimento.** Disponível em: <<http://goo.gl/zq9JD1>>. Acesso em: 8 set. 2015d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo.** Disponível em: <<http://goo.gl/HzEE0r>>. Acesso em: 22 set. 2015e.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3ª ed. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças.** 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde: manual.** [s.l.] FGV, 2001.

NASCIMENTO, D. DO; OLIVEIRA, M. A. D. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 34, n. 1, p. 92–96, 2010.

NETO, G. V.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde.** Reimpressã ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 820–829, 2009.

OHLWEILER, L. A construção e implementação de políticas públicas: desafios do Direito administrativo moderno. **Verba Juris**, v. 6, p. 269–300, 2007.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp, p. 158–164, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43–50, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The World Health Report 2008. primary health Care - Now more than ever. **The World Health Report**, v. 26, p. 148, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Cuidados primários de saúde. **Alma-Ata**, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: Lições aprendidas e contribuições para o debate**. 1ª. ed. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasi, 2011. v. 4

ØSTBYE, T. et al. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? **Annals of Family Medicine**, v. 3, n. 3, p. 209–214, 2005.

PAESE, C. R.; AGUIAR, A. A. G. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, v. 4, n. 6, p. 65–81, 2012.

PATTON, M. Q. **Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice**. 4ª. ed. [s.l.] SAGE Publications, 2014.

PEDROSO, M. C. **Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde**. [s.l.] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M. As quatro dimensões competitivas da saúde. **Harvard Business Review Brasil**, 2007.

PEIXOTO, S. G. D. **EFICÁCIA E GESTÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2008.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da Saúde: Uma história à procura de rumo** Texto para discussão. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<http://goo.gl/KDXpiR>>.

PORTER, M. E. What Is Value in Health Care? **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 26, p. 2477–2481, 2010.

PORTER, M. E.; LEE, T. H. The Strategy That Will Fix Health Care: Providers must lead the way in making value the overarching goal. **Harvard Business Review**, v. 1277, n. October, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAÍ. **EDITAL Nº 02/2014: Processo Seletivo Público para Agente Comunitário de Saúde**. Disponível em:

<<https://goo.gl/977s5i>>. Acesso em: 2 set. 2015.

PROGRAMA DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO/COPPE/UFRJ. **Apresentação: histórico do Programa de Engenharia de Produção**. Disponível em: <<http://goo.gl/rbcpTe>>. Acesso em: 28 maio. 2015.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, p. 1271–1294, 2012.

REID, R. D.; SANDERS, N. R. **Operations Management: an integrated approach**. 4. ed. [s.l.] John Wiley & Sons, Inc., 2011.

RIBEIRO, A. A. et al. **PRÁTICAS , IDEIAS E VALORES CULTURAIS DO TRABALHO NA PRODUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DO**. I Semana de Pós-Graduação em Ciência Política. **Anais...**São Carlos - SP: Universidade Federal de São Carlos, 2010

RIGOLI, F.; DUSSAULT, G. The interface between health sector reform and human resources in health. **Human resources for health**, v. 1, p. 9, 2003.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atencao primaria a saude na coordenacao das redes de atencao: uma revisao integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343–352, 2014.

ROSENDAL, M. et al. Psychological and social problems in primary care patients - general practitioners' assessment and classification. **Scandinavian journal of primary health care**, v. 31, n. 1, p. 43–9, 2013.

ROUSE, W. B. Health Care as a Complex Adaptive System: Implications for Design and Management. In: BUGLIARELLO, G. (Ed.). . **The Bridge: linking engineering and society**. Washington DC: National Academy of Sciences., 2008. v. 38p. 68.

ROWBOTHAM, F.; GALLOWAY, L.; AZHASHEMI, M. **Operations Management in Context**. 2. ed. [s.l.] Elsevier Editora, 2007.

SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 912–926, 2011.

SANDERSON, I. Evaluation, learning and the effectiveness of public services: Towards a quality of public service model. **International Journal of Public Sector Management**, v. 9, n. 5/6, p. 90–108, 1996.

SANTA HELENA, E. T. DE; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 614–626, 2010.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no brasil:

um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33–53, 2001.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 35–44, 2013.

SANTOS, K. DE P. B.; RIBEIRO, M. T. A. M. Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família em Fortaleza - CE. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1–11, 2015.

SARRETA, F. DE O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos : os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69–74, 2012.

SCHILLINGER, D. et al. The importance of establishing regimen concordance in preventing medication errors in anticoagulant care. **Journal of health communication**, v. 11, n. 6, p. 555–567, 2006.

SCHRADER, F. T. **A implementação do Programa de Saúde da Família no Município de Campo Verde : desafios e perspectivas para o gerenciamento e a gestão**. [s.l.] Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 do Município de Magé**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<http://goo.gl/03WRaE>>.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 do Município de Pirai**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<http://goo.gl/DbRZKa>>.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. DA. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4315–4326, 2011.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. DE A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ , Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 3579–3586, 2010.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 424–429, 2009.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. DO. Promoção de saúde: concepções,

princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101–122, 2003.

SILVA, E. L. DA; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4ª edição ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

SILVA, S. A. DA; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 692–705, 2014.

SILVA, S. F. DA. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011.

SILVA, G. V. **PROJETO E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS LOCAIS ORIENTADOS À EFETIVIDADE: ESTUDO DE CASO SOBRE UMA INTERVENÇÃO EM ASSENTAMENTO PRECÁRIO POR MEIO DO PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO (PAC)**. [s.l.] Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, G. V.; LIPPI, M. C.; CAULLIRAUX, H. M. **Projeto de Serviços Públicos Locais Orientados à Efetividade: uma Exploração Teórica**. XXXVIII Encontro da ANPAD. **Anais...**Rio de Janeiro: 2014

SILVA, L. A. et al. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221–232, 2013.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. v. 12, n. 3, p. 441–448, 2010.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; JOHNSTON, R. **Operations Management**. 6. ed. [s.l.] Pearson - Financial Times Prentice Hall, 2010.

SOARES, P. F. **Compreendendo se e como os condicionantes dos laboratórios públicos produtores imunobiológicos no Brasil interferem na atuação do gestor público**. [s.l.] Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

SOBH, R.; PERRY, C. Research design and data analysis in realism research. **European Journal of Marketing**, v. 40, n. 11/12, p. 1194–1209, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília/DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, A. T. **Acesso a Atendimento Médico Continuado: Uma Estratégia para Reduzir a Utilização de Consultas não Urgentes em Serviços de Emergência**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. D. S. Acolhimento e (des) medicalização social : um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3615–3624, 2010.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 581–589, 2002.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529–550, 2008.

TROSA, S. **Quand l'état s'engage: La démarche contractuelle**. Service pu ed. France: Editions d'Organisation, 1999.

VAN STRALEN, C. J. et al. Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil. **Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica**, v. 24 Suppl 1, p. S148–S158, 2008.

VANDERLEI, M. I. G. **O Gerenciamento na Estratégia da Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2005.

VARGAS, T. M. DE; VICCARI, E. M.; BELLINI, M. I. B. O “isso” e o “aquilo” das políticas sociais brasileiras. **Sociedade em Debate**, v. 16, n. 2, p. 15–41, 2010.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. DE. Registros em saúde : avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica , Rio de Janeiro , Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. Supl 1, p. 173–182, 2008.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Coletiva**, v. 15, p. 225–264, 2005.

VILLANUEVA, L. F. A. **La hechura de las políticas públicas**. San Ángel: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial, 1992.

WEIRICH, C. F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 249–257, 2009.

WUN, Y. et al. The work by the developing primary care team in China: a survey in two cities. **Family Practice**, v. 17, n. 1, p. 10–15, 2000.

YARNALL, K. S. et al. Primary care: is there enough time for prevention? **Am J Public Health**, v. 93, n. 4, p. 635–641, 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso - Planejamento e métodos**. 4ª. ed. Brasil: Bookman, 2010.

7 APÊNDICES

Este capítulo lista os apêndices mencionados ao longo do texto.

APÊNDICE 1: Sistematização dos modelos da literatura e seus elementos de análise

Referência	Contexto do estudo	Elementos
FRANCO; MERHY (1998)	Os autores fazem uso dos princípios do Programa Saúde da Família (denominado desta forma à época) como referência para basear seu estudo, que decorre da tese de mestrado de um dos autores. O artigo possui como objetivo analisar o PSF "em busca da compreensão de suas possibilidades e limites". Desta forma, os autores pretendem esboçar uma ideia geral sobre o perfil do PSF e sua inserção na arena de disputas de projetos para a implementação do Sistema Único de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Caráter substitutivo - Integralidade e Hierarquização - Territorialização e adscrição da clientela - Equipe multiprofissional
D'AGUIAR (2001)	O objetivo da dissertação de mestrado de D'Aguiar foi analisar o Programa Saúde da Família tomando como eixo central a questão da resolatividade. O autor destaca que no estudo empírico que realizou, ao entrevistar funcionários de unidades saúde da família e realizar observação direta na mesma, alguns dos elementos propostos no seu instrumento inicial de coleta não eram condizentes ou não puderam ser observados em campo. De modo análogo, o autor faz uma consideração importante: "logo após os primeiros contatos compreendemos que a realidade do Programa Saúde da Família em Volta Redonda apresentava algumas particularidades em relação ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde." A partir desta percepção, D'Aguiar direciona seu estudo para aprofundar, ao máximo, a investigação sobre o funcionamento das unidades saúde da família, de forma a identificar os principais pontos de estrangulamento e dificuldades na atuação dos profissionais em relação ao seu trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> - Produção - Recursos Humanos - Referência e contrarreferência - Acesso - Tempo de espera por atendimento especial - Internação - Atividades de promoção da saúde - Formação profissional - Rotatividade dos profissionais - Práticas negativas dos usuários - Remuneração - Intersetorialidade - Participação comunitária
MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002)	Estudo conduzido pelo Ministério da Saúde com objetivo de "analisar fatores facilitadores e limitantes da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre a ESF e a comunidade, à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas e à sua articulação com a rede de serviços de saúde".	<ul style="list-style-type: none"> - Características do município - Controle social - Estratégias de implementação - Características de vulnerabilidade das famílias usuárias do PSF - Integração do PSF à rede de serviços de saúde - Integralidade da atenção - Trabalho em equipe dos profissionais de saúde

Referência	Contexto do estudo	Elementos
		<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos estabelecidos entre profissionais das ESF e famílias adscritas - Desenvolvimento local do PSF em relação às normas e padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde
STARFIELD (2002)	<p>O livro de Starfield é bastante extenso e com diversas proposições inerentes à atenção primária à saúde, sendo a última delas, os consagrados atributos da atenção primária, os quais culminaram na ferramenta PCATool. No entanto, é válido retomar que estes atributos são consequências da forma pela qual Starfield entende o sistema de serviços de saúde: a relação entre a capacidade do sistema e seu desempenho. "A capacidade do sistema de serviços de saúde é o que propicia a prestação destes serviços. Seus elementos capacitadores consistem dos recursos necessários para oferecer os serviços". Considerou-se, portanto, os elementos utilizados pela autora para entender a capacidade do sistema de serviços de saúde como relevantes para a presente pesquisa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pessoal - Instalações e equipamentos - Gerenciamento e comodidades - Variedade de serviços oferecidos pelas instalações - Organização de serviços - Mecanismos para oferecer continuidade da atenção - Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento - Arranjos para financiamento - Delineamento da população eletiva para receber os serviços - Administração do sistema de saúde
HARZHEIM (2004)	<p>A tese faz validação do PCATool à realidade brasileira, realizando um estudo de caso no município de Porto Alegre e, especificamente, no cuidado à criança. A grande diferença deste trabalho para os demais que fazem uso do PCATool se refere à divisão dos atributos da atenção básica: continuam sendo 8 atributos, mas 6 deles são considerados como essenciais (acesso, continuidade, coordenação e mais 3 dimensões de integralidade - serviços básicos, serviços complementares e ações de promoção e prevenção) e 2 como derivados (orientação comunitária e familiar).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso - Continuidade - Coordenação - Integralidade - Orientação comunitária - Orientação familiar
MACINKO et al. (2004)	<p>Estudo consistiu na aplicação do PCATool com profissionais de saúde que atuavam em unidades saúde da família e unidades de saúde tradicionais no município de Petrópolis. O objetivo foi comparar o desempenho destes dois tipos de unidade de saúde e verificar qual deles é mais alinhado aos atributos da atenção primária à saúde. Em consonância a outros estudos semelhantes, foi concluído que a estratégia saúde da família possui maior propensão a adequar-se aos objetivos da atenção primária à saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acessibilidade - Primeiro contato - Longitudinalidade - Integralidade - Coordenação - Foco na família - Orientação à comunidade - Características do prestador
BARBIERI; HORTALE (2005)	<p>Modelo teórico que procurou associar categorias da administração às práticas gerenciais particulares do setor da saúde pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento - Direção - Organização - Controle
CREVELIM; PEDUZZI (2005)	<p>O trabalho é desenvolvido mediante duas principais fontes de informação (a saber, análise documental e entrevistas semiestruturadas), as quais resultam em grupos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Processos de participação - Controle social

Referência	Contexto do estudo	Elementos
	distintos de elementos de análise. Os documentos utilizados pelos autores para analisar a saúde da família são documentos institucionais, principalmente da secretaria municipal de saúde (no município no qual o estudo é procedido). As entrevistas semiestruturadas são realizadas com equipe saúde da família (profissionais e gestores) e representantes do Conselho Gestor de Unidade e do Conselho Popular de Saúde. O objetivo do trabalho consistiu em "conhecer o quanto o trabalho em equipe da saúde da família favorece o envolvimento e a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial comum"	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação para participação
ELIAS et al. (2006)	O artigo faz uso da PCATool (uma versão adaptada à realidade brasileira) para comparar as modalidades assistenciais Programa de Saúde da Família (PSF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional por estrato de exclusão social no Município de São Paulo, considerando as opiniões de usuários, profissionais de saúde e gestores. Portanto, os elementos analisados são os mesmos propostos pelos autores da ferramenta de avaliação do alinhado de unidades de saúde aos propósitos da atenção primária. As dimensões utilizadas por Elias et al. (2006) são análogas as utilizadas por Chomatas (2009), que faz uso de terminologia diferente (pode ser por conta de tradução, por exemplo). No entanto, os descritivos dos elementos são semelhantes ao do PCATool.	<ul style="list-style-type: none"> - Acessibilidade - Porta de entrada - Vínculo - Serviços - Coordenação - Enfoque familiar - Orientação comunitária - Profissionais de saúde
FACCHINI et al. (2006)	O modelo proposto pelos autores visa comparar a forma tradicional de atenção básica com a orientado pela Estratégia Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> - Características demográficas do território - Descentralização da gestão e crescimento do PSF - Perfil dos profissionais de saúde - Práticas de gestão - Práticas de oferta - Cuidado integral - Utilização de serviços - Situação de saúde na área de abrangência das USF
HARZHEIM et al. (2006)	Aplicação do PCATool versão adulto em Porto Alegre no intuito de comparar os modelos de atenção primária vigentes e associar os atributos com satisfação do paciente, controle da pressão arterial em hipertensos, controle glicêmico de hipertensos, hospitalização, e grau de percepção de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso - Porta de entrada - Vínculo (ou Longitudinalidade) - Integralidade (ou elenco de serviços) - Coordenação (ou integração dos serviços) - Enfoque familiar - Orientação para a comunidade - Formação profissional
IBAÑEZ et al. (2006)	Estudo consistiu na aplicação do PCATool (versão profissionais que atuam nas unidades, usuários e para acompanhantes de usuário) em 62 municípios do Estado de São Paulo, com o objetivo de avaliar de desempenho da atenção nos serviços de Atenção Básica deste Estado.	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso - Porta de entrada - Vínculo (ou Longitudinalidade) - Integralidade (ou elenco de serviços)

Referência	Contexto do estudo	Elementos
		<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação (ou integração dos serviços) - Enfoque familiar - Orientação para a comunidade - Formação profissional
SCHRADER (2007)	"Este estudo buscou analisar o Programa de Saúde da Família em Campo Verde, Mato Grosso, em 2005, utilizando o referencial da avaliação de implementação de políticas, que valoriza o processo e a percepção dos agentes envolvidos. A partir de estudo de caso, buscou-se captar as mudanças e inovações na gestão e gerenciamento do PSF, incluindo o processo de trabalho e as práticas das equipes. Utilizou-se de material e instrumentos da pesquisa quanti e qualitativa, dados primários e secundários, sendo entrevistados representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, profissionais das unidades e gestores"	<ul style="list-style-type: none"> - Político-Institucional - Gestão da saúde - Práticas e processos de trabalho
VAN STRALEN et al. (2008)	Aplicação do PCATool em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Foram utilizados o questionário para profissionais de saúde, o para usuários dos serviços e o para acompanhantes de crianças e pessoas incapacitadas. O artigo busca avaliar e comparar unidades de saúde com e sem equipe saúde da família nestes municípios. É possível observar que os autores adaptam os atributos da atenção básica para seu estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Acesso - Porta de entrada - Vínculo e responsabilização - Modalidade de serviços - Enfoque familiar - Orientação comunitária - Profissionais de saúde - Índice composto da Atenção Básica - Coordenação
PEIXOTO (2008)	A dissertação de mestrado realiza uma série de levantamentos de irregularidades no PSF em alguns municípios brasileiros. Utiliza como base relatórios da Controladoria Geral da União. Para fins deste trabalho, foram considerados e selecionados os principais elementos de análise identificados pelo autor.	<ul style="list-style-type: none"> - Desenho do programa acerca da razão de famílias atendidas por equipes de saúde ou seus componentes - Infraestrutura - Monitoramento das Equipes de Saúde da Família - Consistência dos dados do SIAB - Modelo de contratação de profissionais - Capacitação para equipe - Ações previstas no desenho do programa - Gestão de medicamentos e materiais - Articulação da rede de saúde com o PSF - Veículo para locomoção das equipes
ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA (2009)	Os autores buscam "conhecer a avaliação dos usuários sobre os serviços de saúde da família e identificar os principais motivos que os levam a buscar tais serviços". Para tal, realizam um estudo descritivo de abordagem qualitativa em 5 Unidades de Saúde da Família em um município do Estado do Ceará. Foram realizadas entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do serviço de saúde - Motivos da Busca do Serviço

Referência	Contexto do estudo	Elementos
	semiestruturadas com usuários, as quais foram gravadas. A partir destas gravações, os autores empregaram a técnica de análise de conteúdo temática para extrair os elementos que seriam estudados e avaliados. Apenas o elemento "motivos da busca do serviço" será considerado na elaboração do modelo teórico de análise da presente pesquisa, pois é um pressuposto da mesma não estabelecer contato com pacientes e/ou usuários do serviço. As entrevistas são realizadas somente com gestores da secretaria municipal de saúde e gestores das unidades saúde da família	
CHOMATAS (2009)	Nesta dissertação de mestrado, a autora aplica o PCATool, que é amplamente conhecido enquanto ferramenta para avaliação da atenção primária.	<ul style="list-style-type: none"> - Acessibilidade - Longitudinalidade - Integralidade - Coordenação - Orientação familiar - Orientação comunitária - Competência cultura
GIOVANELLA; MENDONÇA (2009)	O trabalho realiza estudo de caso em quatro municípios brasileiros com o intuito de analisar a implementação da Estratégia Saúde da Família. Para isto, os autores realizam entrevistas semiestruturadas com gestores e inquéritos com profissionais e usuários de unidades. Ainda, o artigo apresenta discussões sobre as "potencialidades em orientar a organização do SUS, a partir da análise da integração da SF à rede assistencial e atuação intersetorial, aspectos cruciais de uma atenção primária abrangente".	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura da saúde da família - Porta de entrada Vínculo e orientação familiar - Composição/Formação da equipe - Sistemas/Mecanismos de marcação de consultas - Sistemas de informação utilizado - Temas/problemas de intervenção intersetorial - Institucionalidade
OGATA; MACHADO; CATOIA (2009)	"O objetivo do estudo é analisar as representações sociais dos usuários acerca da ESF. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa em que a coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas em três unidades de saúde com 30 usuários"	<ul style="list-style-type: none"> - Motivo de procura à Unidade - Participação dos usuários nas atividades da Unidade - Formação/composição da equipe de saúde - Encaminhamento do usuário para outros serviços - Relação que a unidade desenvolve com a comunidade
SHIMIZU; ROSALES (2009)	"O estudo tem como objetivos identificar e analisar as principais práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família. Trata-se de um estudo de caso da Unidade do Programa Família Saudável de São Sebastião, DF, cujos dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com trabalhadores de uma equipe básica e observação do processo de trabalho." Os elementos, portanto, se referem a uma categorização das práticas levantadas pelos autores. (Nota: Para facilitar compreensão dos elementos, basta inserir antes o termo "práticas relativas a ...")	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico, monitoramento e avaliação das ações necessárias à saúde da comunidade - Atenção a indivíduos - Atenção a coletivos - Busca de construção de parceria entre equipe de saúde e comunidade na organização dos serviços de saúde
BARROS; SÁ (2010)	O objetivo da pesquisa, de cunho descritivo qualitativa, consistiu em identificar a razão pela qual uma determinada população busca serviços que seriam de demanda ambulatorial em emergência. A ideia dos autores é que, uma vez entendendo esta razão, será possível "entender o porquê da demanda na porta do serviço de	<ul style="list-style-type: none"> - Rede assistencial existente - Processo de trabalho e produção do cuidado

Referência	Contexto do estudo	Elementos
	urgência/emergência poderá subsidiar a reorganização do sistema de saúde local." Um estudo de caso é procedido, no qual são realizadas entrevistas semiestruturadas com plantonistas e usuários, análises de boletins de atendimento, análises documentais, observações, utilização de técnicas de <i>shadowing</i> junto a usuários, entre outros.	
MENDONÇA et al. (2010)	O artigo realiza um estudo de caso em quatro municípios (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) para analisar e discutir modalidades de gestão do trabalho em saúde e o perfil dos profissionais das equipes de saúde da família. Para realizar a pesquisa, os autores realizam entrevistas com gestores e aplicam questionários com equipes saúde da família e com famílias cadastradas.	<ul style="list-style-type: none"> - Política municipal de inserção dos profissionais - Estratégias de fixação de profissionais de saúde e rotatividade dos profissionais - Política municipal de qualificação
SALA; MENDES (2011)	A abordagem do autor está centrada na proposição de indicadores para avaliar a atenção primária à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura da APS - Desempenho da APS - Estado de saúde
ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA (2011)	"Objetivo. Descrever e analisar ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a estratégia saúde da família (ESF) no Brasil. Métodos. Foram realizados estudos de caso em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória com base em entrevistas semiestruturadas com gestores. Além disso, foi realizado um estudo transversal com questionários aplicados a amostras de profissionais e usuários da ESF. Resultados. Em todos os municípios foram identificadas ações para fortalecer os serviços de atenção primária à saúde, com destaque para: aumento da oferta de atenção primária à saúde com diminuição das barreiras de acesso, estruturação dos serviços de atenção primária à saúde como porta de entrada do sistema, ampliação da resolutividade (apoio diagnóstico e terapêutico, promoção da interlocução entre equipamentos da rede de serviços para organizar o processo de trabalho, capacitação, supervisão) e articulação entre ações de vigilância e assistência."	<ul style="list-style-type: none"> - Posição ocupada pela APS no sistema de saúde - Acesso à unidade de saúde da família - Capacidade de resolução da atenção primária à saúde - Descentralização das ações e programas de saúde pública/coletiva para as unidades de atenção primária à saúde - Reconhecimento profissional e social - Utilização dos serviços de APS pelas famílias cadastradas
MENDES (2012)	O objetivo deste livro é propor um modelo de cuidado de condições crônicas, ponto que seria muito específico para se estudar a Estratégia Saúde da Família (apesar de ser um trabalho de grande relevância). No entanto, neste mesmo livro, Eugênio Vilaça Mendes narra o processo de construção da atenção primária à saúde e faz propostas para a consolidação da Estratégia Saúde da Família enquanto solução. Os elementos, baseados nos principais problemas atualmente vivenciados pela atenção básica e pela ESF, foram considerados para entender a forma pela qual o autor analisa e propõe soluções para a Saúde da Família.	<ul style="list-style-type: none"> - Política - Institucionalização - Infraestrutura - Densidade tecnológica - Sistemas de apoio a diagnóstico - Equipes multifuncionais - Sistema de informação clínica - Abordagem gerencial da unidade - Controle social - Educação - Relações de trabalho - Modelo de atenção à saúde - Financiamento

Referência	Contexto do estudo	Elementos
CAMPOS (2013)	"O objetivo geral da pesquisa foi analisar os mecanismos e processos de gerenciamento local das equipes de saúde da família no território norte da CAP 5.2/SMS/PCRJ. Para tanto a pesquisa teve como fonte principal os documentos oficiais de gestão público/privado, bem como as atas de reunião do Conselho Distrital de Saúde"	<ul style="list-style-type: none"> - Ofertas de ações - Acesso - Satisfação dos usuários (avaliação) - Acolhimento com Resolutividade
OLIVEIRA; PEREIRA (2013)	O artigo faz um exercício teórico de relacionar os atributos da atenção primária à saúde com características normalmente encontradas nas USF (muitas delas relacionadas aos principais problemas vivenciados por elas quando da implantação da estratégia saúde da família)	<ul style="list-style-type: none"> - Categorias de serviços prestados - Coordenação entre níveis de atendimento - Formação/composição da equipe de saúde - Infraestrutura
SILVA; FRACOLLI (2014)	Estudo realiza aplicação do PCATool versão usuário adulto em municípios da região de Alfenas-MG.	<ul style="list-style-type: none"> - Acessibilidade - Longitudinalidade - Integralidade - Coordenação - Orientação familiar - Orientação comunitária - Competência cultura
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (2015)	Este livro "relata a importância de romper com o sistema fragmentado hegemônico no SUS e implantar a RAS. Aborda as cinco redes temáticas prioritárias pactuadas entre os gestores e a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo, ao tempo em que faz registro sobre o desafio dessa implantação". Em seu capítulo 2, é apresentada uma proposta de um modelo teórico-conceitual da construção social da Atenção Primária à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura - Processo - Resultado

APÊNDICE 2: Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) para entrevistas

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine abaixo e o documento no verso.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa trata da prestação de serviços públicos na atenção primária à saúde, na qual se pretende identificar se e como as operações das Unidades de Saúde da Família são orientadas a impactar a população de determinada localidade, no intuito de entender a operacionalização da ESF, consolidar conhecimentos a respeito de um conjunto de proposições descritivas que sejam úteis aos gestores/ planejadores em saúde/ projetistas/ demais interessados que enfrentam problemas práticos e teóricos semelhantes aos enunciados na pesquisa.

A análise e interpretação dos dados coletados terão como foco a descrição do PSF e dos serviços prestados pelas Unidades de Saúde da Família no contexto do município estudado.

Esta pesquisa é parte dos estudos que envolvem a pesquisa e dissertação de mestrado de Maria Clara Lippi, aluna de mestrado do Programa de Engenharia de Produção da COPPE/UFRJ.

Pesquisadora Responsável: Maria Clara Lippi, sob orientação do Prof. Heitor Mansur Caulliriaux.

Contato: Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE. Cidade Universitária - Centro de Tecnologia, Bloco I, Sala 238. Ilha do Fundão 21941-972 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil. Telefone: (021) 3938-7414

Pesquisador associado que aplicou as entrevistas: Maria Clara Lippi, RG nº 23.051.889-6 expedida pelo DETRAN/RJ, número de telefone (21)98106-5695, email mariaclara.lippi@gmail.com

Maria Clara Lippi

Nome e assinatura do Entrevistado

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO NA PESQUISA

Eu, _____,

RG _____, CPF _____,

Telefone _____, e-mail: _____,

abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa sobre prestação de serviços públicos na atenção primária à saúde como sujeito e autorizo a utilização da minha entrevista em meios de comunicação científicos. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o anonimato¹ na presente pesquisa e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, não tendo este ato efeito sobre os desenvolvimentos científicos e divulgações científicas já realizadas até a data da retirada do consentimento.

Rio de Janeiro, _____/_____/_____.

Nome e assinatura do Entrevistado

Maria Clara Lippi

¹ O anonimato se refere à não divulgação do nome do sujeito entrevistado. No entanto, informações, como o cargo/função, ocupada podem ser divulgadas quando consideradas essenciais à pesquisa.

APÊNDICE 3: Protocolo de estudo de caso

Introdução

O presente documento busca descrever os principais pontos a serem levantados em um estudo de caso, o qual é um dos procedimentos adotados na pesquisa de mestrado de Maria Clara Lippi, aluna do Programa de Engenharia de Produção da COPPE/UFRJ. De acordo com o referido Programa, a Engenharia de Produção pode ser considerada da seguinte forma:

"A Engenharia de Produção se dedica ao projeto e gerência de sistemas que envolvem pessoas, materiais, equipamentos e o ambiente." Ela se caracteriza como uma engenharia de métodos e procedimentos que não se circunscreve a uma área específica da tecnologia. Seus primórdios remontam sobre a divisão, organização e racionalização do trabalho industrial, mas logo seu campo de abrangência foi sendo ampliado, incorporando qualquer sistema integrado de pessoas, materiais, equipamentos e ambiente, referindo-se, portanto, tanto à indústria bem como à agricultura, aos serviços, à administração pública e às iniciativas sociais; tanto à produção material quanto à produção imaterial. " (PROGRAMA DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO/COPPE/UFRJ, [s.d.]

O protocolo de estudo de caso, por sua vez, possui aspecto fundamental no que tange o aumento de confiabilidade de um estudo, uma vez que aborda pontos relacionados à configuração da pesquisa, aos procedimentos de coleta e análise de dados, e às questões que refletem os objetivos da pesquisa (MARTINS, 2008; PATTON, 2014; SOBH; PERRY, 2006; YIN, 2010). O protocolo de estudo de caso seguirá a estrutura geral indicada abaixo.

1) Visão geral da pesquisa

2) Diretrizes para o estudo de caso

3) Unidade de análise do estudo

4) Procedimentos para o estudo de caso

- Procedimentos para coleta de dados e informações
- Análise documental e ferramental
- Entrevistas com gestores
- Roteiro de entrevista semiestruturado

1) Visão geral da pesquisa

O objetivo geral da pesquisa consiste em compreender como ocorre a operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios. Pretende-se identificar quais são os principais aspectos locais que dificultam ou favorecem a operação do Programa a nível local, e como estes aspectos são superados (ou não) pelos gestores públicos. No intuito de tornar o objetivo de pesquisa mais factível e delimitar o problema de pesquisa, foram desenvolvidos objetivos intermediários que a pesquisa deve atender:

- Entender o Sistema de Único de Saúde e como a ESF é inserida naquele
- Verificar se e como o objetivo de pesquisa é abordado na literatura
- Verificar como a operacionalização da ESF ocorre na prática, em casos distintos

2) Diretrizes para o estudo de caso

O método de estudo de caso adotado tem objetivo de, por meio da imersão ao ambiente da prática, identificar como ocorre a operacionalização da Estratégia Saúde da Família em municípios, sob a ótica elementos de capacidade dos sistemas de serviço de saúde propostos por STARFIELD (2002). A intenção é identificar quais são os principais aspectos locais que dificultam ou favorecem a operação do Programa a nível local, e como estes aspectos são superados (ou não).

Para isso, é prevista a realização de entrevista com gestores de Unidades Saúde da Família e de Coordenações na Secretaria Municipal de Saúde, além de análise documental. Os itens a seguir explicam como estes procedimentos serão seguidos.

3) Unidade de análise do estudo

A unidade de análise do estudo de caso, conforme indicado por YIN (2010) é a operacionalização do PSF em municípios, descrita inicialmente pelos elementos do modelo de STARFIELD (2002) para entender a capacidade dos sistemas de saúde. A descrição destes elementos, que guiarão as entrevistas e demais levantamentos de informação, é exposta na tabela que se segue.

Elemento	Descrição
Administração do sistema de saúde	Responsabilidade pela tomada de decisão (se há participação da população, etc.)
Pessoal	Inclui todos os envolvidos na prestação do serviço e sua educação e treinamento
Instalações e equipamentos	Inclui os prédios e os componentes físicos das instalações, incluindo elementos como instrumental laboratorial e tecnologia para diagnóstico ou tratamento
Delineamento da população eletiva para receber os serviços	Cada unidade do sistema de serviços de saúde deveria ser capaz de definir a comunidade à qual serve e conhecer suas características importantes em termos sociodemográficos e de saúde. Membros da população deveriam ser capazes de identificar sua fonte de atenção e estar conscientes da responsabilidade desta pela oferta dos serviços requeridos. Este elemento está relacionado ao atributo longitudinalidade e é abordado no capítulo 8
Gerenciamento e comodidades	Inclui características dos serviços que não aquelas diretamente relacionadas à atenção clínica (forma de registro dos resultados de exames; forma de tratar e abordar o paciente)
Variedade de serviços oferecidos pelas instalações	Gama de serviços disponível e oferecida na unidade
Organização de serviços	O pessoal trabalha em grupos ou individualmente? Quais os mecanismos para assegurar a confiabilidade e quem é responsável por oferecer os diferentes aspectos da atenção
Mecanismos para oferecer continuidade da atenção	Mecanismos utilizados para lidar com problemas que exigem mais de uma consulta ou exigem transferência de informação.
Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento	Não tem sentido possuir pessoal, instalações e equipamentos se não puderem ser utilizados por pessoas que deles necessitem. Existem diversos tipos de acessibilidade: acessibilidade em relação ao tempo (horário de disponibilidade), acessibilidade geográfica (adequação de transporte e distância percorrida) e acessibilidade psicossocial (existem barreiras de linguagem ou culturais à comunicação entre os funcionários, nas instalações, e os pacientes?)
Arranjos para financiamento	Método de pagamento dos serviços e como a equipe é remunerada por seu trabalho.

Fonte: STARFIELD (2002, p.55-58)

4) Procedimentos para o estudo de caso

Os procedimentos para o estudo de caso são divididos em duas alíneas: (a) que trata dos procedimentos e outras considerações para coleta de dados e informações, em sentido amplo, e (b) que apresenta o roteiro semiestruturado a ser aplicado nas entrevistas, sendo esta escolhida como uma das formas de coleta de dados e informações.

a. Procedimentos para coleta de dados e informações

Os estudos serão realizados em municípios do Rio de Janeiro. Pretende-se realizar entrevistas, em cada município, com: (a) o gestor diretamente responsável

pela coordenação do PSF na Secretaria Municipal de Saúde, e (b) os gestores das USF.

Optou-se por proceder com entrevistas semiestruturadas, em tom de diálogo, de modo a garantir liberdade ao entrevistado de discutir algum tópico pertinente, permitindo que as questões sejam abordadas de modo mais direcionado às experiências e conhecimentos de cada entrevistado. Elas seguirão um roteiro, que será apresentado ainda neste documento.

O roteiro possui função de *checklist* para a realização das perguntas, sem restringir os pontos abordados nas entrevistas, que eventualmente poderão avançar a questões inicialmente dispostas dentro da operacionalização do PSF em municípios.

As entrevistas possuem previsão de duração de 1 hora e devem ser idealmente gravadas. A gravação permite que as notas durante a entrevista sejam focadas e reduzidas, permitindo que o diálogo seja mais fluido, sem a preocupação de perder alguma informação específica ou as reais palavras do entrevistado, e sem interrupções para escrita. Por outro lado, o fato de a entrevista estar sendo gravada pode inibir os gestores a expor suas opiniões e experiências ou influenciar suas respostas. Neste sentido, o anonimato será preservado e as transcrições das entrevistas não serão divulgadas. Estes e outros consentimentos serão celebrados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Relativamente aos documentos, pretende-se, de forma não exaustiva, ter acesso aos seguintes tipos de informação:

- Indicadores monitorados
- Protocolos
- Normas e fluxos
- Regimento internos
- Portfolio de serviços
- Manuais
- Artefatos e ferramentas utilizados
- Legislação municipal específica
- Organograma

b. Roteiro de entrevista semiestruturado

As entrevistas são divididas em 3 momentos. O primeiro deles, é o levantamento de informações do entrevistado. O segundo momento, é aquele de

levantamento do conteúdo bruto propriamente dito, no qual são realizadas perguntas com intuito de identificar as características, problemas, e soluções assumidos pelos gestores. Estas perguntas, por questão de estruturação, encontram-se separadas de acordo com os elementos do modelo adotado pela pesquisa. As questões são voltadas a entender a realidade da USF, mas, sempre que pertinente, o entrevistado deve mencionar práticas e soluções desenvolvidas para lidar com esta realidade. O terceiro e último momento é uma breve apresentação às instalações USF visitada, onde não há previsão de questões predefinidas. Durante esta a apresentação, pretende-se tirar fotos da unidade. Cabe ressaltar que este roteiro foi aplicado tanto para os gestores de USF quanto para gestores atuantes na Secretaria Municipal de Saúde.

Informações sobre o entrevistado:

- Nome do entrevistado
- Formação
- Tempo de formação
- Modalidade de contratação e regime de trabalho
- Tempo que trabalha no PSF e na USF
- Tempo que atua na USF como gestor
- Verificar se reside no território no qual a USF atua
- Capacitações que recebeu para trabalhar no PSF

Capacidade do sistema de saúde:

"A capacidade do sistema de serviços de saúde é o que propicia a prestação destes serviços. Seus elementos capacitadores consistem dos recursos necessários para oferecer os serviços" (STARFIELD, 2002, p.55). Os itens abaixo (A – J) indicam as informações necessárias que precisam ser levantadas nas entrevistas.

A. Administração do sistema de saúde

- Como foi o processo de recorte dos territórios de cobertura? Houve muitas alterações desde o início de implantação do Programa?
- Há territórios sem cobertura da ESF? Quais os principais problemas (ou benefícios) sobre este fato?
- Qual a média de população adscrita da unidade? Qual a razão deste número? Sendo ela superior, igual ou inferior àquela preconizada pelo Ministério da Saúde (três mil por equipe) quais os impactos percebidos (positivos ou negativos)?
- Como é a rede de saúde local? De que forma ela influencia a prestação de serviços da USF?
- Como se dá o processo de tomada de decisão relacionada à ESF dentro do município? Em que momentos ocorre participação da população?
- Como funciona o sistema de referência e contrarreferência no município?

- A Secretaria Municipal de Saúde e/ou a USF estabelece parcerias com outros setores? Quais o conteúdo destas parcerias? Especificar vantagens e desvantagens.

B. Pessoal

- Quantas e qual a composição das equipes saúde da família no município?
- Como são feitos o recrutamento e a seleção dos profissionais? Qual o vínculo trabalhista destes profissionais? Quais são as percepções do gestor sobre o vínculo trabalhista e a prestação de serviços da USF (considerar também o vínculo com a comunidade)?
- Como a rotatividade de pessoal afeta a prestação de serviço (considerar também o vínculo com a comunidade)?
- Existe um programa de capacitação para os profissionais do PSF? É prévia ou ocorre no decurso das atividades do programa? Onde se processa?
- Há ambiente para troca de práticas e experiência entre gestores e equipe (entre USF e Secretaria)?

C. Instalações e equipamentos

- As instalações e equipamentos atuais encontram-se em estado adequado à prestação de serviço (estado de conservação, layout, humanização, etc.)? Como estas condições afetam a prestação de serviços?
- Há espaço para interação entre equipe e com a comunidade? Como isto ocorre?
- Como é a manutenção predial e de equipamentos?

D. Delineamento da população eletiva para receber os serviços

- Quais são as principais características epidemiológicas e sociodemográficas da região? Como estas impactam a prestação de serviço?
- Existem características específicas do território de conformam o perfil da população que irá receber os serviços?
- Os membros da população são capazes de identificar sua fonte de atenção? Eles estão conscientes da responsabilidade da USF pela oferta dos serviços requeridos?
- Como é a percepção sobre a resolutividade da USF?

E. Gerenciamento e comodidades

- Identificar as características dos serviços que não aquelas diretamente relacionadas à atenção clínica (forma de registro dos resultados de exames; forma de tratar e abordar o paciente, etc.)

F. Variedade de serviços oferecidos pelas instalações

- Quais são os serviços disponíveis e oferecidos na USF? Como eles são executados?

G. Organização de serviços

- Como é a dinâmica de prestação dos serviços na USF? Que ferramentas são utilizadas?
- Como é a divisão do trabalho?

H. Mecanismos para oferecer continuidade da atenção

- Identificar os mecanismos utilizados para lidar com problemas que exigem mais de uma consulta ou exigem transferência de informação

I. Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento

- Qual o horário de funcionamento da USF?
- Como a USF gerencia sua demanda e capacidade? Há filas de espera?
- Qual o papel da busca ativa e do ACS no acesso?
- Há características do território ou da instalação que facilitem ou prejudiquem o acesso geográfico à USF?

J. Arranjos para financiamento

- Quais os principais mecanismos de prestação de contas?
- Qual a participação do estado e município no financiamento global do PSF? Qual é a composição dos recursos da Secretaria Municipal de Saúde?

Apresentação às instalações da USF

Neste momento, solicitar ao gestor entrevistados que apresente a USF e perguntar se é possível fotografar. É possível haver outras perguntas decorrentes da aplicação do roteiro.

APÊNDICE 4: Síntese do caso do Município de Magé

Legenda:

	Aspectos convergentes dos casos estudados
	Aspectos divergentes dos casos estudados
	Particularidades do Município de Magé

Para facilitar a compreensão deste apêndice: A coluna “item” se refere ao item no documento, e conseqüentemente ao elemento do modelo teórico, ao qual a informação se refere. O intuito de estabelecer esta classificação é de organização e contextualização frente aos elementos de capacidade de sistema de serviços de saúde. A coluna “#”, por outro lado, indica, por uma questão de rastreabilidade de informação, a identificação de cada linha de informação. Ou seja, cada linha possui uma numeração diferente. Por fim, as colunas seguintes classificam, mais uma vez, as informações levantadas nas entrevistas, nesta ocasião mediante critérios apresentados e justificados no caput do capítulo 4.3.

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
4.1.1	1	Cobertura 75,47%	- A população que reside em área não coberta geralmente está fora das ações de acompanhamento e/ou preventivas.	- A população que reside em área não coberta pode utilizar serviços de unidades de outra região – ou receber serviços que seriam de atenção básica em outro tipo de unidade de saúde.
4.1.1	2	USF abrangem população superior a 4000 pessoas	- A quantidade de pessoas e famílias acompanhadas pelos agentes aumenta, prejudicando, desta forma, a busca ativa, as visitas domiciliares, o vínculo, o diagnóstico e o acompanhamento das condições de saúde. - Altera perfil da demanda e oferta, que se volta aos cuidados de condições agudas	NA
4.1.1	3	NA	- USF não realizam controle sistemático dos pacientes que irão navegar na rede	- Agendamento de consultas e exames especializados é centralizado na SMS. No momento, um sistema de informação para realizar esta atividade encontra-se em implantação. Continuará sendo centralizado, mas cada USF poderá agendar de seus computadores. - SMS busca agendar atendimentos, em caso de referência e contrarreferência, com as mesmas unidades. É o caso do Hospital de

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
				Olhos Santa Beatriz, no município de Niterói, onde são encaminhados pacientes diabéticos para realizar exame de fundo de olho.
4.1.1	4	Pacientes eventualmente preferem retirar medicamentos na farmácia popular	- Há redução do acompanhamento do paciente quando este deixa de buscar o medicamento na USF para buscá-lo na farmácia popular	NA
4.1.1	5	Parcela da população é conveniada a planos de saúde privados e/ou consome serviços de clínicas e ambulatórios populares	- A maioria das pessoas que adere ao atendimento privado não frequenta assiduamente a USF. No entanto, estes indivíduos não deixam de utilizar serviços como vacinação, realização de curativos, exames que o plano "não cobre" e fornecimento de medicamentos. - Procura e acompanhamento podem iniciar se o paciente desenvolve "doenças mais caras".	NA
4.1.1	6	Localidades que não possuem atendimento privado ou população não possui condições para acessá-lo	- Percebe-se correlação de que a redução do acesso à atenção privada (seja por disponibilidade quanto por propensão de pagamento) aumenta a população acompanhada pela USF (e não apenas o volume de atendimento da unidade)	NA
4.1.2	7	NA	- Recursos para contratação de profissionais são limitados	- Médicos atuam em mais de uma USF, em dias da semana diferentes. Desta forma, a maioria das USF não possui atendimento médico todos os dias.
4.1.2	8	NA	- Nenhuma das USF estudadas apresenta médicos com especialização em saúde da família (ou áreas afins).	NA
4.1.2	9	NA	- Médicos tendem a permanecer no Programa por menos de dois anos na média	NA
4.1.2	10	NA	- O contrato por tempo determinado, no caso dos ACS, foi considerado por alguns entrevistados como um vínculo trabalhista precário. Isto porque propicia mudanças na equipe a cada mudança de governo. Como consequência, o vínculo com/entre a equipe e com a comunidade é interrompido. Os novos ACS ingressam sem capacitação e por meio de critérios de seleção próprios do novo governo/gestor	- O contrato por tempo determinado, enquanto relação trabalhista, gera flexibilidade de alteração das equipes. Nas hipóteses em que o profissional não se adequa aos princípios e procedimentos do programa ou se não desenvolve boa relação/aceitação da comunidade, há possibilidade de adequá-lo em outras funções ou disponibilizar a vaga para outra pessoa
4.1.2	11	NA	NA	- Formação dos ACS é ensino médio completo. O conhecimento de saúde advém bastante da experiência prática, além dos treinamentos ministrados pela SMS e práticas locais de treinamento e reciclagem. Uma

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
				alta rotatividade pode prejudicar o acúmulo de conhecimento em saúde dos ACS
4.1.2	12	NA	- Não há reunião periódica formal para troca de práticas e experiências entre as USF	- Treinamentos e capacitações são centralizados na SMS. - Telessaúde: USF que possuem este recurso possibilitam que a equipe reserve uma parte do dia ou da semana para se dedicar à educação continuada. - Caso capacitação e-SUS e humanização: SMS orientou que USF próximas planejassem e ministrassem capacitação de seus agentes de forma coletiva e conjunta
4.1.3	13	NA	- Unidades foram construídas tendo como referência a estrutura tradicional de posto de saúde. - Estrutura física não possui auditório ou sala de reunião (ao contrário do sugerido pelo MS). Por consequência, as equipes das USF não possuem espaço físico para interagir entre si e/ou com a comunidade nas instalações	- USF utilizam área externa da Unidade ou outros espaços na comunidade, como é o caso da Associação de moradores de uma das regiões, para suprir a falta de espaços de diálogo
4.1.3	14	NA	- Estado de conservação de móveis, equipamentos e instalações prejudica as operações das USF e o cuidado humanizado	- Manutenção predial e de equipamentos é centralizada na prefeitura e considerada insuficiente. Equipe busca meios heterodoxos para conservar equipamentos, móveis e instalações (como o caso do arquivo)
4.1.3	15	Falta de água é um problema crônico do município	- Há falta recorrente de água no abastecimento das USF	- SMS contrata caminhões-pipa para abastecer as caixas d'água, mas não é suficiente para suprir o giro. - Solicitar baldes de água a vizinhos para evitar a interrupção dos serviços na unidade
4.1.4	16	Entrevistados consideram que há presença significativa de idosos no território	- Este aspecto demográfico aumenta as demandas (e consequentemente a necessidade por capacidade) por atendimentos e acompanhamento do Hiperdia, e por atenção a pacientes acamados	NA
4.1.4	17	- Os pacientes, em sua maioria, tendem a não ser muito assíduos ou frequentes, apesar de serem os mesmos. Geralmente, buscam os serviços da unidade quando tem algum problema ou necessidade	- A não assiduidade pode ser um fator que compromete o vínculo e o caráter de prevenção e promoção de saúde.	NA
4.1.4	18	- Parte da população reside em áreas de risco	- Há dificuldade de monitorar e ter acesso à população que reside em área de risco	NA
4.1.4	19	- É comum que pacientes	NA	NA

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
		comuniquem para a unidade e para a comunidade o aparecimento de doenças, sejam elas descobertas na unidade ou em suas casas.		
4.1.4	20	- Eventualmente, pacientes evitam ir (ou não vão) ao pronto socorro porque acreditam que o problema será melhor resolvido na USF	NA	NA
4.1.4	21	Pacientes hipertensos costumam recorrer à USF com bastante frequência para aferir pressão arterial	NA	- A cada vez que o paciente hipertenso comparece à USF permite que a equipe de saúde acompanhe sua condição de saúde, se o mesmo está tomando seus medicamentos corretamente, e forneça orientações/instruções. Isto evita agudizações, como AVC, e entradas ou internações no pronto atendimento ou hospital da rede.
4.1.5	22	NA	NA	- Suprimento de bens e serviços é centralizado na Secretaria Municipal de Saúde. - Há um formulário padronizado para solicitação dos materiais, que deve ser preenchido manualmente (não há codificação dos materiais). As quantidades são estipuladas por experiência do consumo histórico e de expectativa do comportamento da demanda ao longo da semana. A entrega é semanal e realizada. - Em hipóteses de falta ou escassez de medicamentos ou vacinas, há priorização de fornecimento. Este é o caso da vacina antitetânica, atualmente em situação de desabastecimento, onde priorizou-se o público gestante. Trata-se de uma decisão entre coordenações, cujo debate é realizado em grupo de WhatsApp
4.1.5	23	NA	NA	- A coleta de dados para alimentação dos indicadores é física e manual. Os papéis compilados nas USF são enviados para Coordenação para digitação e apontamento no sistema do MS. A Coordenação do PSF conta com um núcleo de digitadores para execução desta atividade.
4.1.5	24	NA	NA	- Protocolos clínicos seguidos pelas USF são elaborados de forma central pela SMS, de acordo com aqueles estabelecidos pelo MS. Não foi identificado nenhum protocolo desenvolvido por uma USF ou fora do escopo dos já elaborados pelo MS.
4.1.5	25	NA	- Apenas uma das USF visitada possui computador - SMS possui 246 computadores armazenados em seu refeitório aguardando equipe do MS proceder com a	- SMS possui sistema de filas de exames complementares e consultas de especialistas, denominado esus (desenvolvido pela RG Sistemas)

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
4.1.6	26	- As famílias são flutuantes no território, mas isto não reflete na cobertura de cada USF (referentes a mudanças de casa dentro da mesma região)	instalação nas unidades NA	- O cadastro das famílias é realizado uma vez, e é revisado a cada 2 anos aproximadamente. - As flutuações relatadas implicam na alteração de rota das visitas domiciliares e mapeamento das famílias.
4.1.6	27	NA	- O controle da população acamada não é sistemático	NA
4.1.6	28	NA	- Ações do Hiperdia não apresentam frequência dos pacientes	- Busca-se agendar as consultas médicas e retirada de medicamento desta população nos dias de ações do Hiperdia. - Não há um rastreamento quando há interrupção de frequência ou acompanhamento. Uma das formas mencionadas de perceber a deficiência da oferta do Hiperdia é o aumento de AVC, amputações decorrentes do diabetes, entre outros (isto sob o ponto de vista dos profissionais de saúde que não atuam nas USF).
4.1.6	29	- Crianças de famílias beneficiárias do Bolsa Família precisam ser pesadas periodicamente	- Os responsáveis não levam seus filhos para serem pesados	- USF realiza pesagem de crianças vinculadas ao Bolsa Família e considerável parte da comunidade é beneficiada pelo Programa. - ACS são mobilizados para buscar estes pacientes nas épocas de pesagem, pois a procura não parte da população
4.1.7	30	NA	NA	- O agendamento dos atendimentos ofertados pela USF é realizado na própria USF ou nas casas dos pacientes quando da visita domiciliar e/ou busca ativa, sendo esta última forma a que se tem preferência para melhor organizar a demanda. - Não há monitoramento do tempo médio de espera, mas os gestores possuem tempos médios estimados por sua percepção prática.
4.1.7	31	NA	- Os encaminhamentos apresentam elevado tempo de espera, principalmente aqueles que demandam regulação.	NA
4.1.8	32	- Parte da população medicada não é alfabetizada e/ou apresenta dificuldades para seguir as prescrições médicas	NA	- Há ações pontuais de ACS que apoiam a população analfabeta ou idosa para facilitar que o paciente tome as medicações conforme as prescrições e/ou compareça aos seus agendamentos
4.1.8	33	NA	- Uma das principais limitações identificadas pelos gestores sobre o trabalho do ACS consiste em buscar meios de saber se o agente interage e estabelece, de fato, vínculos e laços com os pacientes (individualmente e com a comunidade).	- Não há uma sistemática estabelecida para controle e acompanhamento dos pacientes que são encaminhados regulados (isto ocorre somente quando retorno, por qualquer motivo, à USF). Existem casos em que o ACS estabelece rotina própria para acompanhar o paciente, mas são pontuais e nunca abrangentes para toda a equipe e comunidade. O

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
				vínculo mais uma vez facilita esse processo de controle e acompanhamento da condição de saúde.
4.1.9	34	NA	NA	<ul style="list-style-type: none"> - Os atendimentos são preferencial e predominantemente agendados de forma antecipada. - Existe uma fração preestabelecida de consultas por dia para cada ACS agendar. A capacidade diária de consultas é de 40 pacientes/dia, divididos igualmente em 2 turnos. Destas 40 consultas, 5 consultas/dia são reservadas para atendimento de urgências/demanda espontânea. - Nem todas as unidades realizam consultas médicas diariamente. - Há dias específicos para os tipos de atendimentos. Gestores reconhecem que organizar a agenda de acordo com a demanda por condição de saúde, permite que a unidade direcione seus recursos e capacidade àquela população específica.
4.1.9	35	<ul style="list-style-type: none"> - USF estão localizadas próximas a vias movimentadas - O relevo é de baixada - Áreas e população de cobertura são extensas 	<ul style="list-style-type: none"> - Quanto maior é extensão da área de cobertura e a população, mais restrita é a busca ativa, pois os ACS realizam menos visitas, mantendo a produtividade mínima de visitar cada família sob sua responsabilidade uma vez ao mês. Um fato amenizador é o ACS ser residente do território no qual a USF atua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Principais meios de transportes utilizados pela população e pelos funcionários é a bicicleta e o deslocamento a pé. - ACS utilizam bicicletas próprias para percorrer suas rotas quando das visitas domiciliares. - USF não possuem veículo próprio. Quando há demanda para transportar algum paciente acamado ou então levar médico para consulta domiciliar, a USF deve solicitar um veículo à Secretaria Municipal de Saúde. Uma das USF visitadas possui veículo próprio, pois possui parceira com um vereador da região, o qual disponibiliza um automóvel e um motorista para atender às demandas por deslocamento da USF.
4.1.10	36	NA	NA	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores monitorados são aqueles estabelecidos pelo MS e possuem fins de prestação de contas para faturamento e recebimento de recursos

APÊNDICE 5: Síntese do caso do Município de Piraí

Legenda:

	Aspectos convergentes dos casos estudados
	Aspectos divergentes dos casos estudados
	Particularidades do Município de Piraí

Para facilitar a compreensão deste apêndice: A coluna “item” se refere ao item no documento, e conseqüentemente ao elemento do modelo teórico, ao qual a informação se refere. O intuito de estabelecer esta classificação é de organização e contextualização frente aos elementos de capacidade de sistema de serviços de saúde. A coluna “#”, por outro lado, indica, por uma questão de rastreabilidade de informação, a identificação de cada linha de informação. Ou seja, cada linha possui uma numeração diferente. No caso deste apêndice, a numeração segue contínua a do caso de Magé, de maneira a evitar duplicidade na identificação de linhas e informações. Por fim, as colunas seguintes classificam, mais uma vez, as informações levantadas nas entrevistas, nesta ocasião mediante critérios apresentados e justificados no caput do capítulo 4.3.

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
4.2.1	37	- A população participa na administração do sistema de saúde através de um conselho municipal atuante, dos conselhos e colegiados gestores das unidades, e ainda da ouvidoria da saúde.	NA	- USF realizam pré-conferências nos bairros para levantar os problemas e as necessidades locais e organizá-los para apresentação nas reuniões. Um exemplo de necessidade que emergiu destas pré-conferências foi a pista para caminhada de uma região estudada. - Comunidade pode requerer uma reunião para determinado problema e as equipes vão até elas para receber as reclamações ou críticas. Conselhos comunitários não são meros instrumentos consultivos.
4.2.1	38	- A coordenadora de atenção básica acredita que a participação da população é fruto de trabalho prévio de conscientização e educação da mesma.	NA	- Uma das gestoras entrevistadas acredita, por exemplo, que as parcerias firmadas entre as USF, Secretaria Municipal de Saúde, e igrejas da região contribuíram para divulgar o trabalho e conscientizar a população
4.2.1	39	NA	NA	- A reunião da coordenação de atenção básica com a coordenação do sistema de regulação é uma reunião quinzenal entre a coordenação de atenção básica, os representantes/gestores das unidades, e a coordenação que trata da regulação. O objetivo desta reunião é debater o desempenho e casos que

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
				requerem soluções de regulação, para, desta forma, gerar soluções articuladas.
4.2.1	40	NA	NA	- O Fórum Gestor consiste em um evento mensal no qual todos os gerentes de unidades de saúde se reúnem, repassam e discutem os indicadores e metas, trocam experiências, tiram dúvidas entre si, entre outros. Nesta ocasião, também são transmitidos informes da Coordenação como, por exemplo alteração na cobertura de vacina, alertas a doenças predominantes, mudanças em sistemas de informação, demanda por estudo de caso, mudanças na Secretaria Municipal de Saúde, entre outros. Um exemplo de objeto de discussão do fórum gestor foi o caso da vacinação contra HPV, que apresentava baixa procura. A partir dos debates, resolveu-se imunizar as crianças diretamente nas escolas, em uma espécie de força-tarefa, mediante orientação prévia a pais e crianças.
4.2.2	41	- Piraí é um município com baixa densidade demográfica, cuja cobertura de equipes saúde da família é de 100%.	NA	- A maior parte das USF opera com equipes de saúde responsáveis por um número menor de famílias e indivíduos em relação ao sugerido pelo Ministério da Saúde. - O recorte das microrregiões de saúde foi sendo moldado em consonância à baixa densidade demográfica. Coordenação de Atenção Básica solicitou autorização ao MS para implantar unidades por uma concentração populacional menor que 3.000 pessoas. O governo federal, então, autorizou que implantassem uma unidade de saúde da família a cada 2.000 pessoas. - ACS normalmente cobrem menos famílias e indivíduos do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde
4.2.2	42	NA	- A rotatividade dos médicos é percebida pelos gestores como alta, apesar do Programa Mais Médicos ter reduzido um pouco este problema ao estabelecer a fixação deste profissional por pelo menos três meses no município. Os entrevistados acreditam que este fenômeno ocorra uma vez que o PSF normalmente é uma "ponte" na carreira do médico. Os efeitos negativos, ainda segundo as entrevistas, se referem principalmente a confiança do paciente, já que este tende a estreitar seu vínculo com a USF por conta do médico.	NA

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
4.2.2	43	NA	NA	- ACS são selecionados por meio de concurso público. O edital para seleção requer ensino médio completo como requisito mínimo de formação. Alguns gestores acreditam que isto, por um lado, possibilita que os admitidos não possuam conhecimentos prévios de saúde. Por outro lado, os conhecimentos em informática e matemática requeridos na seleção facilitam a rotina de trabalho. Além disso, há mais candidatos com interesse em ocupar o cargo. O vínculo trabalhista deixa de ser precário e reflete na redução da rotatividade e estreitamento do vínculo com a comunidade.
4.2.2	44	NA	NA	- SMS promove e estimula desde treinamentos mais básicos até especializações e pós-graduação, com o intuito de profissionalizar a atenção à saúde e a gestão no município.
4.2.2	45	NA	NA	- Uma das USF disponibiliza aos funcionários um horário de relaxamento programado, conduzido por uma psicóloga, no qual busca-se trabalhar a autoestima do profissional, o conhecimento entre as pessoas da equipe e a preparação das mesmas para saber ouvir os pacientes. - Reunião diária da equipe é uma prática instituída por uma das USF, cujo propósito é que todo funcionário expresse suas opiniões e sentimentos.
4.2.3	46	NA	NA	- USF estão sendo reformadas ou construídas com recursos do Programa "Requalifica UBS"
4.2.3	47	- Pirai é um município com baixa densidade demográfica.	NA	- Implantação de USF satélites, a qual é caracterizada como uma unidade com posto de atendimento de equipe reduzida, sob a gestão de uma unidade central. Esta solução requereu negociação junto ao MS para autorização. Atualmente o município possui 13 USF, sendo 3 satélites. - Por decisão da SMS, uma das USF estudadas está inserida em um microcomplexo local de saúde. Isto traz características diferentes para sua operação: (a) por questões físicas, médicos especialistas revezam uso das salas com as equipes de saúde da família; (b) o cuidado é mais integrado, visto que o paciente navega pelos serviços em uma extensão física praticamente nula, favorecendo também sua interação com os profissionais; (c) profissionais possuem mais facilidades em desempenhar sua função e estabelecer vínculos, uma vez que a proximidade física de outras unidades favorece o fluxo de pacientes, informações e recursos.
4.2.3	48	- Um hábito cultural identificado na comunidade é familiaridade com o uso de plantas medicinais	NA	- Utilização de espaços físicos externos a USF para iniciativas voltadas a promoção, prevenção e autocuidado. Uma iniciativa neste sentido é cultivo de horta, que alia a ideia da alimentação saudável com a promoção do autocuidado. Associado a isto, as USF promovem oficinas educativas para orientar a utilização dos vegetais cultivados na horta. Como exemplo, foi mencionado em uma das entrevistas orientações voltadas ao uso de temperos

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
4.2.4	49	NA	- Características epidemiológicas específicas de um território pode fazer com que a USF promova ações distintas daquelas padronizadas pela SMS. Um caso identificado em uma entrevista foi quando uma USF percebeu que a região apresentava incidência representativa de esquistossomose e varíola bovina, que os indivíduos comumente contraem em seu emprego. Geralmente, os pacientes que adquirem estas doenças tendem a ocultar sua condição para preservar seu emprego, o que acaba por prejudicar seu diagnóstico e tratamento.	como tentativa de redução de uso e consumo de sal. - Para lidar com esta situação, a equipe da referida USF desenvolveu uma espécie de protocolo voltado à detecção destas doenças, bem como um treinamento sobre o mesmo. Ademais, a gestora da unidade reportou a situação para a Coordenação de Atenção Básica, que, por sua vez, viabilizou uma capacitação em varíola bovina, fornecida pelo Estado particularmente para a equipe da unidade em questão. Desta forma, a própria equipe pôde capacitar os ACS no sentido de aprimorar sua capacidade de detecção destas condições. Atualmente, a esquistossomose e varíola bovina são controladas na região, uma vez que a USF possui foco e procedimentos diferenciados em relação às demais USF.
4.2.4	50	NA	- Há os casos em que usuários buscam a unidade visando apenas conversar, pedir orientações quanto a problemas domésticos, psicológicos e outros. Existe um consenso entre os entrevistados de que, geralmente, os profissionais das unidades de saúde da família, não estão preparados para esse tipo de demanda	NA
4.2.4	51	NA	NA	- Uma gestora instituiu na unidade a conduta de atenção especial dedicadas ao cuidado com os pacientes idosos e/ou analfabetos que possuem dificuldades de seguir prescrições e orientações clínicas. Estes pacientes devem ser identificados pela equipe e acompanhados pontualmente pelos ACS. Um exemplo de ação direcionadas a esta população é a comunicação por meio de desenhos.
4.2.5	52	NA	NA	- Medicamentos e materiais de consumo são solicitados mensalmente ao almoxarifado central. As quantidades solicitadas pelas USF são definidas segundo consumo histórico. Tais solicitações somente são atendidas se não houver reservas de períodos anteriores, fazendo com que a USF mantenha um estoque mínimo. Esta prática, instituída pela Secretaria Municipal de

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
				<p>Saúde, é importante para evitar que haja desperdício de medicamentos e/ou materiais por perda de validade.</p> <p>- Solicitação de materiais é realizada pelo “mapa de solicitação de materiais”, que possui uma listagem com materiais prescritos e padronizados, na qual o gestor precisa preencher informações como: estoque anterior, recebimentos, consumo mensal, estoque vigente, e quantidade a ser solicitada.</p>
4.2.5	53	NA	NA	<p>- Município fornece um escopo de medicamentos mais diverso do que aquele previsto no RENAME.</p> <p>- SMS controla a validade das receitas de medicamentos de uso continuado, informando a USF quando é necessário proceder com a reavaliação do paciente</p>
4.2.5	54	NA	NA	<p>- Os protocolos clínicos assistenciais seguidos pelas USF e desenvolvidos/adotados SMS são adaptados daqueles sugeridos pelo MS. Todos eles são analisados e revisados anualmente. No entanto, contribuições e sugestões são discutidas nos fóruns de gestores continuamente, a partir de indicações colocadas pelos profissionais decorrentes de sua experiência prática. Essas contribuições podem ser incorporadas aos protocolos, se consideradas pertinentes pelo grupo responsável na SMS. Foco especial é dado aos protocolos de encaminhamento a especialidades.</p> <p>- SMS estrutura prática de realizar estudo de caso clínico, na qual um grupo de profissionais se reúne duas vezes na semana para discutir condutas.</p>
4.2.5	55	NA	NA	<p>- SMS realiza um trabalho de supervisão mensal baseado no PMAQ, onde são levantadas as fragilidades das unidades para ajuda-las a superar esses problemas</p>
4.2.5	56	NA	NA	<p>- Os indicadores monitorados pela SMS decorrem das metas pactuadas com os Governos do Estado e Federal. No entanto, a Coordenação de Atenção Básica celebra uma pactuação interna junto às USF, tomando o pacto entre as esferas do governo uma meta mínima (os indicadores são os mesmos). As informações e os dados que alimentam os indicadores são aquelas coletadas manualmente e apontadas no sistema, nas USF.</p> <p>- Uma das USF desenvolveu indicador próprio com objetivo de controlar e rastrear os indicadores padrão. Trata-se de um instrumento para facilitar os reportes de casos específicos que refletem na medição dos indicadores da SMS.</p>
4.2.5	57	NA	NA	<p>- Caderno de avaliação de indicadores de atenção básica do município de Pirai”, desenvolvido pela Coordenação de Atenção Básica consolida indicadores e apresenta recomendações de melhoria discutidas em equipe, nas reuniões mensais.</p>

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
				- Caderno de Gestão, um documento apresentado e desenvolvido a cada quatro meses pela Secretaria Municipal de Saúde, que visa prestar contas ao Ministério Público dos gastos em saúde. Este relatório é apresentado na Câmara Municipal em uma audiência pública. Para que a audiência pública ocorra, a coordenadora de atenção básica se reúne com os gestores da USF, numa espécie de prévia, para apurar as principais causas e questões que geraram os resultados e discutir as medidas que serão tomadas.
4.2.5	58	NA	NA	- Todas as USF possuem computadores e acesso a internet. A intranet da SMS garante acesso aos sistemas utilizados, que facilitam processos de atendimento e gerenciais. - Algumas USF estão sendo piloto do e-SUS no processo de transição com o SIAB. - Intranet possui ambiente para consulta e sugestão de melhoria dos protocolos clínicos.
4.2.6	59	NA	NA	- Foco em visita e atendimentos domiciliares. - Inovações identificadas nas operações das USF: (a) Atendimento a demanda reprimida na regulação de especialidades e (b) Ações baseadas em indicadores:
4.2.6	60	NA	NA	- As vagas de visitas domiciliares são reservadas, a priori, apenas para acamados ou para pacientes que tiveram alta hospitalar pós cirurgia. O controle desta população e das visitas é realizado em uma planilha própria, tentativamente padronizada com os outros gestores nas reuniões. Cada gestor tem o seu controle adaptado a suas necessidades. As referidas ferramentas buscam controlar os acamados, a periodicidade de visitas, os pacientes complexos, etc.
4.2.7	61	NA	NA	- Os ACS possuem sistema de rotas previamente estabelecido, de acordo com o número de famílias cobertas a serem visitadas e, eventualmente, por conhecimento, proximidade e vínculo com determinada micro área e sua população. - O agendamento dos atendimentos é realizado pelo usuário presencialmente nas USF para melhor organizar a demanda e a oferta de serviços.
4.2.7	62	NA	NA	- A organização do serviço de coleta de sangue foi definida em acordo e por sugestão da população
4.2.8	63	- De acordo com os entrevistados, os pacientes costumam ser assíduos no que diz respeito à frequência na USF. Como exemplo, foi informado que 80% dos hipertensos e diabéticos são	NA	- O foco nas visitas domiciliares e no vínculo com a família são os principais meios de manter continuidade da atenção. - Há contínua comunicação entre os entre profissionais das USF e do hospital. O foco desta comunicação é a discussão dos casos que dão entrada nos hospitais com sintomas e características do perfil de demanda das USF. O

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
		efetivamente acompanhados.		objetivo é fazer um duplo grau de controle no acompanhamento da comunidade e definir ações para intervir quando necessário.
4.2.8	64	NA	NA	- Triagem dos encaminhamentos decorrentes consultas particulares: muitos médicos que trabalham nas próprias USF possuem consultórios particulares que praticam preços populares. Isto gera competição com atendimento da USF. Em especial nos casos de encaminhamento para alguma especialidade, esses consultórios eram utilizados como "atalhos", uma vez que os pacientes não precisariam passar pela triagem na USF, visto que bastaria entregar o encaminhamento do médico para conseguir a referência para determinado especialista. Percebendo esta conduta e reclamações dos especialistas sobre o perfil de paciente atendido (que cerca de 80% não teria necessidade de atendimento especializado), as USF passaram a realizar o procedimento da triagem também para os casos encaminhados pelos consultórios privados, no intuito de só gerar encaminhamentos realmente necessários.
4.2.8	65	NA	NA	- Matriciamento de dermatologia: SMS estabeleceu parceira com a UFRJ para capacitar os clínicos gerais a resolver problemas básicos de dermatologia. Além de imediatamente reduzir a demanda para especialistas, a capacitação propicia um encaminhamento "correto", no qual o especialista recebe somente os casos que lhe cabem. Além disso, a médica da URFJ realiza força tarefa mensal para resolução de casos pendentes, reduzindo, mais uma vez, a demanda por cuidado dermatológico especializado
4.2.8	66	- Os serviços públicos de saúde do município são utilizados inclusive por parte da população que possui plano de saúde. Segundo entrevistados, isto ocorre em função de qualidade similar e melhor resposta dos serviços municipais	NA	NA
4.2.8	67	- Em um território, demanda da USF não é dividida com clínicas particulares pois o plano de saúde local que existia faliu e os usuários desse plano acabaram por ter a necessidade de serem encaminhados para o SUS. O impacto não é tão significativo pois esses usuários já utilizavam os serviços do SUS e das USF para exames e outros tipos de serviços "pontuais",	NA	NA

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
		mesmo tendo planos de saúde.		
4.2.9	68	NA	NA	- Estabelecimento de cotas para agendamento de atendimento com especialidades, como uma forma de determinar a capacidade. Em paralelo, a Coordenação de Atenção Básica estabeleceu um controle por especialidade para identificar principalmente as razões de sobrecarga e, assim, resolvê-las. Em uma ocasião, observou-se que a causa de sobrecarga era erros em encaminhamentos. Os protocolos neste escopo foram revistos e as USF receberam treinamento como solução para aumentar a acurácia destes encaminhamentos e, assim, utilizar a capacidade de forma mais adequada.
4.2.9	69	NA	- O foco em atendimento domiciliar é mais custoso: custo do transporte/deslocamento propriamente dito, manutenção de frota, consumo maior de tempo e equipe. - O foco em atendimento domiciliar "acomoda a inércia" do paciente, em contramão aos princípios e práticas de autocuidado difundidos pelas USF	- Foco em atendimento domiciliar. - SMS disponibiliza um carro para cada USF, para transportar equipe e, eventualmente, pacientes para realização de exames ou consultas. Os veículos possuem cronograma pré-estabelecido
4.2.9	70	- Alguns territórios estão inseridos em área de risco	NA	- É necessário ir mais de um ACS na execução das rotas por questões de segurança
4.2.9	71	- Aumento do índice de usuários de drogas	- Dificilmente os pacientes que são usuários de drogas se apresentam para tratamento continuado nas USF. Nestes casos, a visita domiciliar se torna mais importante. No entanto, é necessária maior utilização de recursos, pois a equipe saúde da família tradicional não é suficiente para atender esta demanda.	- Algumas das USF estão acionando um psiquiatra e uma psicóloga dedicados às avaliações e encaminhamento dos usuários para o CAPS, no intuito de tratar a dependência química. No entanto, esta prática não é extensiva a maioria das USF.
4.2.9	72	NA	NA	- As unidades satélites ampliam o acesso ao atendimento uma vez que rompem/reduzem barreiras geográficas
4.2.9	73	- Uma das USF estudadas é situada em uma localidade mais isolada/erma. O ônibus passa duas vezes ao dia pela USF	NA	- Os pacientes são agendados para chegar no mesmo horário por causa dos horários de ônibus. A prioridade é por horário de entrada na USF (respeitando classificação de riscos). Todos os pacientes agendados para o dia são atendidos, de maneira que o deslocamento realizado pelos mesmos não seja desnecessário.
4.2.9	74	- Parte da população referenciada para realização de exames em outros	- Gestores perceberam alto índice de não comparecimento a exames	- SMS alocou uma van dedicada ao transporte desses pacientes referenciados. O acompanhamento desta solução apontou para a redução dos

Item	#	Característica do território	Problema/Desafio	Prática/Solução
		municípios apresentava dificuldades para deslocamento	referenciados para outros municípios	índices de não comparecimento, além de reduzir mais ainda o tempo de resposta.
4.2.9	75	- Proximidade de algumas USF com pronto atendimentos favorece o trabalho da unidade na ocasião de gerar encaminhamentos de pacientes de urgência/emergência. Esta prática repetida, ajuda a criar o hábito no paciente de buscar atendimento no estabelecimento adequado ao seu problema.	NA	NA
4.2.10	76	NA	NA	- Prefeitura destina 30% da arrecadação do município para a saúde - A Coordenação de Atenção Básica montou um núcleo que monitora diariamente portarias publicadas para verificação e estudo de oportunidades de ampliar a captação de recursos. Resultados desta rotina foi o Requalifica UBS e PMAQ.

APÊNDICE 6: Aspectos convergentes dos casos estudados

Para facilitar a compreensão deste apêndice: A coluna “tópico” expõe o resultado do exercício de análise dos casos, que agrupou aspectos convergentes identificados nestes. Este grupamento emergiu a partir do assunto/tópico central do conteúdo do aspecto convergente. As colunas “#” (seja a do lado esquerdo como a do direito da tabela) indicam as linhas apresentadas nos APÊNDICE 4 e APÊNDICE 5, por uma questão de rastreabilidade de informação. Por fim, as colunas “informação do caso” apontam para as informações levantadas nas entrevistas consideradas como convergentes para ambos os casos, de forma separada. Se faz necessário observar que as referidas colunas estão duplicadas, com indicação superior do município ao qual a informação se remete. Esta coluna “informação do caso” consiste na aglutinação das colunas “características do território”; “problema/desafio”; “prática/solução” dispostas nos APÊNDICE 4 e APÊNDICE 5, no intuito de melhor adequação ao formato de impressão física do presente documento. O mecanismo de identificação adotado (“#”) permite rastrear todas as informações nos quadros de síntese de cada caso.

Tópico	Magé		Piraí	
	#	Informação do caso	Informação do caso	#
Formação dos ACS	11	- Formação dos ACS é ensino médio completo. O conhecimento de saúde advém bastante da experiência prática, além dos treinamentos ministrados pela SMS e práticas locais de treinamento e reciclagem. Uma alta rotatividade pode prejudicar o acúmulo de conhecimento em saúde dos ACS	- ACS são selecionados por meio de concurso público. O edital para seleção requer ensino médio completo como requisito mínimo de formação. Alguns gestores acreditam que isto, por um lado, possibilita que os admitidos não possuam conhecimentos prévios de saúde. Por outro lado, os conhecimentos em informática e matemática requeridos na seleção facilitam a rotina de trabalho. Além disso, há mais candidatos com interesse em ocupar o cargo. O vínculo trabalhista deixa de ser precário e reflete na redução da rotatividade e estreitamento do vínculo com a comunidade.	43
Rotatividade dos médicos	9	- Médicos tendem a permanecer no Programa por menos de dois anos na média e isto prejudica o vínculo	- A rotatividade dos médicos é percebida pelos gestores como alta, apesar do Programa Mais Médicos ter reduzido um pouco este problema ao estabelecer a fixação deste profissional por pelo menos três meses no município. Os entrevistados acreditam que este fenômeno ocorra uma vez que o PSF normalmente é uma “ponte” na carreira do médico. Os efeitos negativos, ainda segundo as entrevistas, se referem principalmente a confiança do paciente, já que este tende a estreitar seu vínculo com a USF por conta do médico.	42

Tópico	Magé		Piraí	
	#	Informação do caso	Informação do caso	#
Política de treinamentos e capacitações da SMS	12	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamentos e capacitações são centralizados na SMS. - Telessaúde: USF que possuem este recurso possibilitam que a equipe reserve uma parte do dia ou da semana para se dedicar à educação continuada. - Caso capacitação e-SUS e humanização: SMS orientou que USF próximas planejassem e ministrassem capacitação de seus agentes de forma coletiva e conjunta 	<ul style="list-style-type: none"> - SMS promove e estimula desde treinamentos mais básicos até especializações e pós-graduação, com o intuito de profissionalizar a atenção à saúde e a gestão no município. 	44
Redução do acesso a atendimento privado	6	<ul style="list-style-type: none"> - Localidades que não possuem atendimento privado ou população não possui condições para acessá-lo. - Percebe-se correlação de que a redução do acesso à atenção privada (seja por disponibilidade quanto por propensão de pagamento) aumenta a população acompanhada pela USF (e não apenas o volume de atendimento da unidade) 	<ul style="list-style-type: none"> - Em um território, demanda da USF não é dividida com clínicas particulares pois o plano de saúde local que existia faliu e os usuários desse plano acabaram por ter a necessidade de serem encaminhados para o SUS. O impacto não é tão significativo pois esses usuários já utilizavam os serviços do SUS e das USF para exames e outros tipos de serviços “pontuais”, mesmo tendo planos de saúde. 	67
Áreas de risco	18	<ul style="list-style-type: none"> - Parte da população reside em áreas de risco. - Há dificuldade de monitorar e ter acesso à população que reside em área de risco 	<ul style="list-style-type: none"> - Alguns territórios estão inseridos em área de risco. - É necessário ir mais de um ACS na execução das rotas por questões de segurança 	70
Atenção ao paciente que possui dificuldades de seguir prescrições e orientações clínicas	32	<ul style="list-style-type: none"> - Parte da população medicada não é alfabetizada e/ou apresenta dificuldades para seguir as prescrições médicas. - Há ações pontuais de ACS que apoiam a população analfabeta ou idosa para facilitar que o paciente tome as medicações conforme as prescrições e/ou compareça aos seus agendamentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Uma gestora instituiu na unidade a conduta de atenção especial dedicadas ao cuidado com os pacientes idosos e/ou analfabetos que possuem dificuldades de seguir prescrições e orientações clínicas. Estes pacientes devem ser identificados pela equipe e acompanhados pontualmente pelos ACS. Um exemplo de ação direcionadas a esta população é a comunicação por meio de desenhos. 	51
Organização dos atendimentos nas USF	34	<ul style="list-style-type: none"> - Os atendimentos são preferencial e predominantemente agendados de forma antecipada - Há dias específicos para os tipos de atendimentos. Gestores reconhecem que organizar a agenda de acordo com a demanda por condição de saúde, permite que a unidade direcione seus recursos e capacidade àquela população específica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os ACS possuem sistema de rotas previamente estabelecido, de acordo com o número de famílias cobertas a serem visitadas e, eventualmente, por conhecimento, proximidade e vínculo com determinada micro área e sua população. - O agendamento dos atendimentos é realizado pelo usuário presencialmente nas USF para melhor organizar a demanda e a oferta de serviços. 	61
	30	<ul style="list-style-type: none"> - O agendamento dos atendimentos ofertados pela USF é realizado na própria USF ou nas casas dos pacientes quando da visita domiciliar e/ou busca ativa, sendo esta última forma a que se tem preferência para melhor organizar a demanda. 		

APÊNDICE 7: Aspectos divergentes dos casos estudados

Para facilitar a compreensão deste apêndice: A coluna “tópico” expõe o resultado do exercício de análise dos casos, que agrupou aspectos divergentes identificados nestes. Este agrupamento emergiu a partir do assunto/tópico central do conteúdo do aspecto divergente. As colunas “#” (seja a do lado esquerdo como a do direito da tabela) indicam as linhas apresentadas nos APÊNDICE 4 e APÊNDICE 5, por uma questão de rastreabilidade de informação. Por fim, as colunas “informação do caso” apontam para as informações levantadas nas entrevistas consideradas como divergentes para ambos os casos, de forma separada. Se faz necessário observar que as referidas colunas estão duplicadas, com indicação superior do município ao qual a informação se remete. Esta coluna “informação do caso” consiste na aglutinação das colunas “características do território”; “problema/desafio”; “prática/solução” dispostas nos APÊNDICE 4 e APÊNDICE 5, no intuito de melhor adequação ao formato de impressão física do presente documento. O mecanismo de identificação adotado (“#”) permite rastrear todas as informações nos quadros de síntese de cada caso.

Tópicos	Magé		Piraí	
	#	Informação do caso	Informação do caso	#
Território, cobertura população adscrita	1	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura 75,47% - A população que reside em área não coberta geralmente está fora das ações de acompanhamento e/ou preventivas. - A população que reside em área não coberta pode utilizar serviços de unidades de outra região – ou receber serviços que seriam de atenção básica em outro tipo de unidade de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Piraí é um município com baixa densidade demográfica, cuja cobertura de equipes saúde da família é de 100%. - A maior parte das USF opera com equipes de saúde responsáveis por um número menor de famílias e indivíduos em relação ao sugerido pelo Ministério da Saúde. - O recorte das microrregiões de saúde foi sendo moldado em consonância à baixa densidade demográfica. Coordenação de Atenção Básica solicitou autorização ao MS para implantar unidades por uma concentração populacional menor que 3.000 pessoas. O governo federal, então, autorizou que implantassem uma unidade de saúde da família a cada 2.000 pessoas. - ACS normalmente cobrem menos famílias e indivíduos do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde. 	41
	2	<ul style="list-style-type: none"> - USF abrangem população superior a 4000 pessoas. - A quantidade de pessoas e famílias acompanhadas pelos agentes aumenta, prejudicando, desta forma, a busca ativa, as visitas domiciliares, o vínculo, o diagnóstico e o acompanhamento das condições de saúde. - Altera perfil da demanda e oferta, que se volta aos cuidados de condições agudas 		
Aspectos geográficos	35	<ul style="list-style-type: none"> - USF estão localizadas próximas a vias movimentadas. - O relevo é de baixada. 	<ul style="list-style-type: none"> - O foco em atendimento domiciliar é mais custoso: custo do transporte/deslocamento propriamente dito, manutenção de frota, consumo 	69

Tópicos	Magé		Piraí	
	#	Informação do caso	Informação do caso	#
logísticos		<ul style="list-style-type: none"> - Áreas e população de cobertura são extensas. - Quanto maior é extensão da área de cobertura e a população, mais restrita é a busca ativa, pois os ACS realizam menos visitas, mantendo a produtividade mínima de visitar cada família sob sua responsabilidade uma vez ao mês. Um fato amenizador é o ACS ser residente do território no qual a USF atua. - Principais meios de transportes utilizados pela população e pelos funcionários é a bicicleta e o deslocamento a pé. - ACS utilizam bicicletas próprias para percorrer suas rotas quando das visitas domiciliares. - USF não possuem veículo próprio. Quando há demanda para transportar algum paciente acamado ou então levar médico para consulta domiciliar, a USF deve solicitar um veículo à Secretaria Municipal de Saúde. Uma das USF visitadas possui veículo próprio, pois possui parceira com um vereador da região, o qual disponibiliza um automóvel e um motorista para atender às demandas por deslocamento da USF. 	<p>maior de tempo e equipe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O foco em atendimento domiciliar "acomoda a inércia" do paciente, em contramão aos princípios e práticas de autocuidado difundidos pelas USF. - Foco em atendimento domiciliar. - SMS disponibiliza um carro para cada USF, para transportar equipe e, eventualmente, pacientes para realização de exames ou consultas. Os veículos possuem cronograma pré-estabelecido. 	
Atendimento privado e seus reflexos na USF	5	<ul style="list-style-type: none"> - Parcela da população é conveniada a planos de saúde privados e/ou consome serviços de clínicas e ambulatorios populares. - A maioria das pessoas que adere ao atendimento privado não frequenta assiduamente a USF. No entanto, estes indivíduos não deixam de utilizar serviços como vacinação, realização de curativos, exames que o plano "não cobre" e fornecimento de medicamentos. - Procura e acompanhamento podem iniciar se o paciente desenvolve "doenças mais caras". 	<ul style="list-style-type: none"> - Os serviços públicos de saúde do município são utilizados inclusive por parte da população que possui plano de saúde. Segundo entrevistados, isto ocorre em função de qualidade similar e melhor resposta dos serviços municipais 	66
Assiduidade dos pacientes	28	<ul style="list-style-type: none"> - Ações do Hiperdia não apresentam frequência dos pacientes. - Busca-se agendar as consultas médicas e retirada de medicamento desta população nos dias de ações do Hiperdia. - Não há um rastreamento quando há interrupção de frequência ou acompanhamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - De acordo com os entrevistados, os pacientes costumam ser assíduos no que diz respeito à frequência na USF. Como exemplo, foi informado que 80% dos hipertensos e diabéticos são efetivamente acompanhados. - O foco nas visitas domiciliares e no vínculo com a família são os principais meios de manter continuidade da atenção. - Há contínua comunicação entre os profissionais das USF e do hospital. O foco desta comunicação é a discussão dos casos que dão entrada nos hospitais com sintomas e características do perfil de demanda das USF. O 	63
	17	<ul style="list-style-type: none"> - Os pacientes, em sua maioria, tendem a não ser muito assíduos ou frequentes, apesar de serem os mesmos. 		

Tópicos	Magé		Piraí	
	#	Informação do caso	Informação do caso	#
		Geralmente, buscam os serviços da unidade quando tem algum problema ou necessidade. - A não assiduidade pode ser um fator que compromete o vínculo e o caráter de prevenção e promoção de saúde.	objetivo é fazer um duplo grau de controle no acompanhamento da comunidade e definir ações para intervir quando necessário.	
Controle de pacientes acamados	27	- O controle da população acamada não é sistemático	- As vagas de visitas domiciliares são reservadas, a priori, apenas para acamados ou para pacientes que tiveram alta hospitalar pós cirurgia. O controle desta população e das visitas é realizado em uma planilha própria, tentativamente padronizada com os outros gestores nas reuniões. Cada gestor tem o seu controle adaptado a suas necessidades. As referidas ferramentas buscam controlar os acamados, a periodicidade de visitas, os pacientes complexos, etc.	60
	16	- Entrevistados consideram que há presença significativa de idosos no território. - Este aspecto demográfico aumenta as demandas (e consequentemente a necessidade por capacidade) por atendimentos e acompanhamento do Hipertensão, e por atenção a pacientes acamados		
Instalações	14	- Estado de conservação de móveis, equipamentos e instalações prejudica as operações das USF e o cuidado humanizado. - Manutenção predial e de equipamentos é centralizada na prefeitura e considerada insuficiente. Equipe busca meios heterodoxos para conservar equipamentos, móveis e instalações (como o caso do arquivo)	- USF estão sendo reformadas ou construídas com recursos do Programa "Requalifica UBS"	46
	13	- Unidades foram construídas tendo como referência a estrutura tradicional de posto de saúde. - Estrutura física não possui auditório ou sala de reunião (ao contrário do sugerido pelo MS). Por consequência, as equipes das USF não possuem espaço físico para interagir entre si e/ou com a comunidade nas instalações. - USF utilizam área externa da Unidade ou outros espaços na comunidade, como é o caso da Associação de moradores de uma das regiões, para suprir a falta de espaços de diálogo	- Um hábito cultural identificado na comunidade é familiaridade com o uso de plantas medicinais. - Utilização de espaços físicos externos a USF para iniciativas voltadas a promoção, prevenção e autocuidado. Uma iniciativa neste sentido é cultivo de horta	48
Tecnologia da informação	25	- Apenas uma das USF visitada possui computador. - SMS possui 246 computadores armazenados em seu refeitório aguardando equipe do MS proceder com a instalação nas unidades. - SMS possui sistema de filas de exames complementares e consultas de especialistas, denominado esus (desenvolvido pela RG Sistemas)	- Todas as USF possuem computadores e acesso a internet. A intranet da SMS garante acesso aos sistemas utilizados, que facilitam processos de atendimento e gerenciais. - Algumas USF estão sendo piloto do e-SUS no processo de transição com o SIAB. - Intranet possui ambiente para consulta e sugestão de melhoria dos protocolos clínicos.	58
Indicadores	36	- Indicadores monitorados são aqueles estabelecidos pelo MS e possuem fins de prestação de contas para faturamento e recebimento de recursos	- Os indicadores monitorados pela SMS decorrem das metas pactuadas com os Governos do Estado e Federal. No entanto, a Coordenação de Atenção Básica celebra uma pactuação interna junto às USF, tornando o pacto entre as esferas	56

Tópicos	Magé		Pirai	
	#	Informação do caso	Informação do caso	#
			do governo uma meta mínima (os indicadores são os mesmos). As informações e os dados que alimentam os indicadores são aquelas coletadas manualmente e apontadas no sistema, nas USF. - Uma das USF desenvolveu indicador próprio com objetivo de controlar e rastrear os indicadores padrão. Trata-se de um instrumento para facilitar os reportes de casos específicos que refletem na medição dos indicadores da SMS. - Foco em visita e atendimentos domiciliares. - Inovações identificadas nas operações das USF: (b) Ações baseadas em indicadores:	59
	23	- A coleta de dados para alimentação dos indicadores é física e manual. Os papéis compilados nas USF são enviados para Coordenação para digitação e apontamento no sistema do MS. A Coordenação do PSF conta com um núcleo de digitadores para execução desta atividade.	- Caderno de avaliação de indicadores de atenção básica do município de Pirai", desenvolvido pela Coordenação de Atenção Básica consolida indicadores e apresenta recomendações de melhoria discutidas em equipe, nas reuniões mensais. - Caderno de Gestão, um documento apresentado e desenvolvido a cada quatro meses pela Secretaria Municipal de Saúde, que visa prestar contas ao Ministério Público dos gastos em saúde. Este relatório é apresentado na Câmara Municipal em uma audiência pública. Para que a audiência pública ocorra, a coordenadora de atenção básica se reúne com os gestores da USF, numa espécie de prévia, para apurar as principais causas e questões que geraram os resultados e discutir as medidas que serão tomadas.	57
Vínculo trabalhista dos ACS	10	- O contrato por tempo determinado, no caso dos ACS, foi considerado por alguns entrevistados como um vínculo trabalhista precário. Isto porque propicia mudanças na equipe a cada mudança de governo. Como consequência, o vínculo com/entre a equipe e com a comunidade é interrompido. Os novos ACS ingressam sem capacitação e por meio de critérios de seleção próprios do novo governo/gestor. - O contrato por tempo determinado, enquanto relação trabalhista, gera flexibilidade de alteração das equipes. Nas hipóteses em que o profissional não se adequa aos princípios e procedimentos do programa ou se não desenvolve boa relação/aceitação da comunidade, há possibilidade de adequá-lo em outras funções ou disponibilizar a vaga para outra pessoa	- ACS são selecionados por meio de concurso público. O edital para seleção requer ensino médio completo como requisito mínimo de formação. Alguns gestores acreditam que isto, por um lado, possibilita que os admitidos não possuam conhecimentos prévios de saúde. Por outro lado, os conhecimentos em informática e matemática requeridos na seleção facilitam a rotina de trabalho. Além disso, há mais candidatos com interesse em ocupar o cargo. O vínculo trabalhista deixa de ser precário e reflete na redução da rotatividade e estreitamento do vínculo com a comunidade.	43
Troca de experiência entre	12	- Não há reunião periódica formal para troca de práticas e experiências entre as USF	- O Fórum Gestor consiste em um evento mensal no qual todos os gerentes de unidades de saúde se reúnem, repassam e discutem os indicadores e metas,	40




Tópicos	Magé		Piraí	
	#	Informação do caso	Informação do caso	#
USF			trocaram experiências, tiram dúvidas entre si, entre outros. Nesta ocasião, também são transmitidos informes da Coordenação como, por exemplo alteração na cobertura de vacina, alertas a doenças predominantes, mudanças em sistemas de informação, demanda por estudo de caso, mudanças na Secretaria Municipal de Saúde, entre outros. Um exemplo de objeto de discussão do fórum gestor foi o caso da vacinação contra HPV, que apresentava baixa procura. A partir dos debates, resolveu-se imunizar as crianças diretamente nas escolas, em uma espécie de força-tarefa, mediante orientação prévia a pais e crianças.	
Suprimento de bens e serviços	22	<ul style="list-style-type: none"> - Suprimento de bens e serviços é centralizado na Secretaria Municipal de Saúde. - Há um formulário padronizado para solicitação dos materiais, que deve ser preenchido manualmente (não há codificação dos materiais). As quantidades são estipuladas por experiência do consumo histórico e de expectativa do comportamento da demanda ao longo da semana. A entrega é semanal. - Em hipóteses de falta ou escassez de medicamentos ou vacinas, há priorização de fornecimento. Este é o caso da vacina antitetânica, atualmente em situação de desabastecimento, onde priorizou-se o público gestante. Trata-se de uma decisão entre coordenações, cujo debate é realizado em grupo de WhatsApp 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos e materiais de consumo são solicitados mensalmente ao almoxarifado central. As quantidades solicitadas pelas USF são definidas segundo consumo histórico. Tais solicitações somente são atendidas se não houver reservas de períodos anteriores, fazendo com que a USF mantenha um estoque mínimo. Esta prática, instituída pela Secretaria Municipal de Saúde, é importante para evitar que haja desperdício de medicamentos e/ou materiais por perda de validade. - Solicitação de materiais é realizada pelo “mapa de solicitação de materiais”, que possui uma listagem com materiais prescritos e padronizados, na qual o gestor precisa preencher informações como: estoque anterior, recebimentos, consumo mensal, estoque vigente, e quantidade a ser solicitada. 	52
Protocolos clínico assistenciais	24	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos clínicos seguidos pelas USF são elaborados de forma central pela SMS, de acordo com aqueles estabelecidos pelo MS. Não foi identificado nenhum protocolo desenvolvido por uma USF ou fora do escopo dos já elaborados pelo MS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os protocolos clínicos assistenciais seguidos pelas USF e desenvolvidos/adotados SMS são adaptados daqueles sugeridos pelo MS. Todos eles são analisados e revisados anualmente. No entanto, contribuições e sugestões são discutidas nos fóruns de gestores continuamente, a partir de indicações colocadas pelos profissionais decorrentes de sua experiência prática. Essas contribuições podem ser incorporadas aos protocolos, se consideradas pertinentes pelo grupo responsável na SMS. Foco especial é dado aos protocolos de encaminhamento a especialidades. - SMS estrutura prática de realizar estudo de caso clínico, na qual um grupo de profissionais se reúne duas vezes na semana para discutir condutas. 	54
			<ul style="list-style-type: none"> - Características epidemiológicas específicas de um território pode fazer com que a USF promova ações distintas daquelas padronizadas pela SMS. Um caso identificado em uma entrevista foi quando uma USF percebeu que a região apresentava incidência representativa de esquistossomose e varíola bovina, que 	49

Tópicos	Magé		Piraí	
	#	Informação do caso	Informação do caso	#
			os indivíduos comumente contraem em seu emprego. Geralmente, os pacientes que adquirem estas doenças tendem a ocultar sua condição para preservar seu emprego, o que acaba por prejudicar seu diagnóstico e tratamento. - Para lidar com esta situação, a equipe da referida USF desenvolveu uma espécie de protocolo voltado à detecção destas doenças, bem como um treinamento sobre o mesmo. Ademais, a gestora da unidade reportou a situação para a Coordenação de Atenção Básica, que, por sua vez, viabilizou uma capacitação em varíola bovina, fornecida pelo Estado particularmente para a equipe da unidade em questão. Desta forma, a própria equipe pôde capacitar os ACS no sentido de aprimorar sua capacidade de detecção destas condições. Atualmente, a esquistossomose e varíola bovina são controladas na região, uma vez que a USF possui foco e procedimentos diferenciados em relação às demais USF.	
Encaminhamentos e navegação no sistema de serviços	31	- Os encaminhamentos apresentam elevado tempo de espera, principalmente aqueles que demandam regulação.	- Inovações identificadas nas operações das USF: (a) Atendimento a demanda reprimida na regulação de especialidades - A reunião da coordenação de atenção básica com a coordenação do sistema de regulação é uma reunião quinzenal entre a coordenação de atenção básica, os representantes/gestores das unidades, e a coordenação que trata da regulação. O objetivo desta reunião é debater o desempenho e casos que requerem soluções de regulação, para, desta forma, gerar soluções articuladas.	59 39
	3	- USF não realizam controle sistemático dos pacientes que irão navegar na rede. - Agendamento de consultas e exames especializados é centralizado na SMS. No momento, um sistema de informação para realizar esta atividade encontra-se em implantação. Continuará sendo centralizado, mas cada USF poderá agendar de seus computadores. - SMS busca agendar atendimentos, em caso de referência e contrarreferência, com as mesmas unidades. É o caso do Hospital de Olhos Santa Beatriz, no município de Niterói, onde são encaminhados pacientes diabéticos para realizar exame de fundo de olho.	- Triagem dos encaminhamentos decorrentes consultas particulares: muitos médicos que trabalham nas próprias USF possuem consultórios particulares que praticam preços populares. Isto gera competição com atendimento da USF. Em especial nos casos de encaminhamento para alguma especialidade, esses consultórios eram utilizados como "atalhos", uma vez que os pacientes não precisariam passar pela triagem na USF, visto que bastaria entregar o encaminhamento do médico para conseguir a referência para determinado especialista. Percebendo esta conduta e reclamações dos especialistas sobre o perfil de paciente atendido (que cerca de 80% não teria necessidade de atendimento especializado), as USF passaram a realizar o procedimento da triagem também para os casos encaminhados pelos consultórios privados, no intuito de só gerar encaminhamentos realmente necessários. - Matriciamento de dermatologia: SMS estabeleceu parceira com a UFRJ para capacitar os clínicos gerais a resolver problemas básicos de dermatologia. Além de imediatamente reduzir a demanda para especialistas, a capacitação propicia um encaminhamento "correto", no qual o especialista recebe somente os casos que lhe cabem. Além disso, a médica da URFJ realiza força tarefa mensal para	64 65

Tópicos	Magé		Piraí	
	#	Informação do caso	Informação do caso	#
			<p>resolução de casos pendentes, reduzindo, mais uma vez, a demanda por cuidado dermatológico especializado</p> <p>- Estabelecimento de cotas para agendamento de atendimento com especialidades, como uma forma de determinar a capacidade. Em paralelo, a Coordenação de Atenção Básica estabeleceu um controle por especialidade para identificar principalmente as razões de sobrecarga e, assim, resolvê-las. Em uma ocasião, observou-se que a causa de sobrecarga era erros em encaminhamentos. Os protocolos neste escopo foram revistos e as USF receberam treinamento como solução para aumentar a acurácia destes encaminhamentos e, assim, utilizar a capacidade de forma mais adequada.</p>	68
	33	- Não há uma sistemática estabelecida para controle e acompanhamento dos pacientes que são encaminhados regulados (isto ocorre somente quando retorno, por qualquer motivo, à USF). Existem casos em que o ACS estabelece rotina própria para acompanhar o paciente, mas são pontuais e nunca abrangentes para toda a equipe e comunidade. O vínculo mais uma vez facilita esse processo de controle e acompanhamento da condição de saúde.	<p>- Parte da população referenciada para realização de exames em outros municípios apresentava dificuldades para deslocamento.</p> <p>- Gestores perceberam alto índice de não comparecimento a exames referenciados para outros municípios.</p> <p>- SMS alocou uma van dedicada ao transporte desses pacientes referenciados. O acompanhamento desta solução apontou para a redução dos índices de não comparecimento, além de reduzir mais ainda o tempo de resposta.</p>	74

8 ANEXOS

ANEXO 1: Guia de referência e contra referência utilizado no Município de Magé

 MINISTÉRIO DA SAÚDE	 SUS Sistema Único de Saúde	 BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL
---	--	---

GUIA DE REFERÊNCIA	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 10%;">01</td><td style="width: 40%;">ORIGEM</td><td style="width: 50%;">UNIDADE</td></tr><tr><td>02</td><td>DA REF.</td><td>SETOR</td></tr><tr><td>03</td><td>DESTINO</td><td>UNIDADE</td></tr><tr><td>04</td><td>DA REF.</td><td>SETOR</td></tr></table>	01	ORIGEM	UNIDADE	02	DA REF.	SETOR	03	DESTINO	UNIDADE	04	DA REF.	SETOR
01	ORIGEM	UNIDADE											
02	DA REF.	SETOR											
03	DESTINO	UNIDADE											
04	DA REF.	SETOR											

A REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA SÃO REQUISITOS FUNDAMENTAIS DA RESOLUTIVIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____
Nº de Prontuário: _____
Motivo do Encaminhamento: _____
Consulta Ambulatorial de: _____
Exames Complementares (especificar): _____
Outros (especificar): _____
Relato do Setor de Origem: _____
História Sumária: _____
Exames Complementares e Tratamento: _____
Hipótese Diagnóstica (CIDI): _____

_____/_____/_____
Data

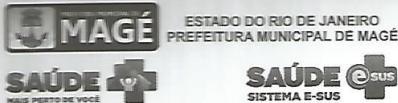
Assinatura e Carimbo

GUIA DE CONTRA-REFERÊNCIA	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 10%;">01</td><td style="width: 40%;">ORIGEM</td><td style="width: 50%;">UNIDADE</td></tr><tr><td>02</td><td>DA REF.</td><td>SETOR</td></tr><tr><td>03</td><td>DESTINO</td><td>UNIDADE</td></tr><tr><td>04</td><td>DA REF.</td><td>SETOR</td></tr></table>	01	ORIGEM	UNIDADE	02	DA REF.	SETOR	03	DESTINO	UNIDADE	04	DA REF.	SETOR
01	ORIGEM	UNIDADE											
02	DA REF.	SETOR											
03	DESTINO	UNIDADE											
04	DA REF.	SETOR											

**A REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA SÃO REQUISITOS FUNDAMENTAIS DA RESOLUTIVIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DEVOLVA ATRAVÉS DA PACIENTE, ESTA GUIA PREENCHIDA A UNIDADE / SETOR QUE LHE ENCAMINHOU A REFERÊNCIA.**

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino
Endereço: _____
Bairro: _____ Município: _____
Nº de Prontuário: _____
Relato do Setor de Destino: _____
Exames Complementares e de Tratamento: _____
Diagnóstica: _____
Orientações: _____

ANEXO 2: Artefatos de coleta de informação utilizados pela Secretaria Municipal de Magé

		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*		Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*
					/ /
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO			RESPONSÁVEL FAMILIAR		
Nº DO CARTÃO SUS			É o responsável? N° DO CARTÃO SUS		DATA DE NASCIMENTO:
			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		/ /
NOME COMPLETO:*					
NOME SOCIAL:					DATA DE NASCIMENTO:*
					/ /
SEXO:*	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	RAÇA / COR:*	<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	N° NIS (PIS/PASEP):	
NOME COMPLETO DA MÃE:*					
<input type="checkbox"/> Desconhecido					
NACIONALIDADE:*			PAÍS DE NASCIMENTO:		TELEFONE CELULAR: ()
<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro					
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**				E-MAIL:	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS					
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR				OCUPAÇÃO	
<input type="radio"/> Cônjuge / Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a)					
<input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente					
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?*					
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?					
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) <input type="radio"/> Nenhum			
SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO					
<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outro					
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro					
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DESAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?					
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?			TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, QUAL?			SE SIM, QUAL(is)?		
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual			<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física		
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Mudança de território					
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA					
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.					
_____ Assinatura					

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(S):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE ÁLCOOL?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEVE AVC / DERRAME?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(S):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(S): _____
SE SIM, INDIQUE QUAL(S):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		
1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		SE SIM, INDIQUE QUAL(S): _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		SE SIM, INDIQUE QUAL(S):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior

MS - HIPERDIA
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1ª Via: Enviar para digitação
CADASTRO DO HIPERTENSO
E/OU DIABÉTICO

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário			
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)							
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento	Sexo M F		
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai				
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade Brasileira Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização		
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. Familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS			
DOCUMENTOS GERAIS							
Título de Eleitor	Número		Zona	Série			
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão		
CPF	Número		PIS/PASEP	Número			
DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (*)							
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão		
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório			Livro		
	Folha	Termo			Data de Emissão		
ENDEREÇO (*)							
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Numero	Complemento		
Bairro	CEP	DDD	Telefone				
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE							
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)		Peso (kg) (*)			
Altura (cm)(*)	Glicemia Capilar (mg/d)		Em jejum	Pós prandial			
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações		Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio			
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias			
Diabetes Tipo 2				AVC			
Tabagismo				Pé diabético			
Sedentarismo				Amputação por diabetes			
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal			
Hipertensão Arterial							
TRATAMENTO							
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>							
Medicamentoso						Unidades/dia	
Tipo	1/2	1	2	3	4	5	6
Hidroclorotiazida 25mg							
Propranolol 40mg							
Claptopril 25mg							
Glibenclamida 5mg							
Metformina 850mg							
						Insulina <input type="checkbox"/>	
Outros		SIM <input type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>			
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)					

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

Outros fatores de risco ou doenças	Stau 1	Stau 2	Stau 3
	Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Hipertensão grave PAS >=180 ou PAD >=110
I - Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco baixo	Risco baixo
II - 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco médio
III - 3 ou fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco alto
IV - Condições clínicas associadas, incluindo doenças cardiovasculares ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 1 - Ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico

Diabetes Tipo 2 - aparece geralmente após os 40 anos de idade, frequentemente em pessoas que têm excesso de peso

Tabagismo - é igual ao consumo de 01(um) ou mais cigarro por dia.

Sedentarismo - quem realiza menos de 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforços físicos pesados em casa ou no trabalho. Ex.: Faxina, lavagem manual de roupas, carrega carga pesada, movimentação britadeira etc.

Sobrepeso ou Obesidade- Classificação de acordo com tabela:

Classificação	IMP (peso em Kg / altura ao quadrado)	Risco de co- morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	20,5-29,9	Pouco aumentado
Obeso classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso classe III	>=40,0	Muito grave

Tabelas de Referências

Raça /cor

Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão /tipo

Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/ Divórcio

Situação Familiar/ Conjugal


Código	Descrição
1	Convive c/ comp.(a) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheira (o) filhos e/ ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheiro(o)
5	Convive c/ outras (s) pessoa (s), sem laços consanguíneos e /ou laços conjugais
6	Vive só

Órgão emissor

Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério de Aeronáutica
42	Ministério de Exército
43	Ministério de Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social
63	Cons. Reg de Biblioteconomia
64	Cons. Reg de Contabilidade
65	Cons. Reg de corretores
66	Cons. Reg de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura Agronomia.
68	Cons. Reg.de Estatística
69	Cons. Reg de farmácias
70	Cons. Reg de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg de Medicina
72	Cons. Reg de Méd veterinários
73	Cons. Reg de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg de Nutrição
75	Cons. Reg de Prof. Relações Públicas
76	Cons. Reg de Repr. Comerciais
77	Cons. Reg de Psicologia
78	Cons. Reg de Química
79	Cons. Reg de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg de Advogados de Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro

Escolaridade

Código	Descrição
01	Não sabe ler/ escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau inc.)
04	Fundamental Completo(1º grau.)
05	Médio incompleto(2º grau incompleto)
06	Médio completo(2º grau.)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/ Residência
10	/Mestrado
11	Doutorado

 MAGÉ ESTADO DO RIO DE JANEIRO PREFEITURA MUNICIPAL DE MAGÉ SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ	SAÚDE SISTEMA E-SUS	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA: / /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	M T N	

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

Aleitamento Materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente

Atenção Domiciliar: 01 - AD1: Atendidos pela ESF e NASF 02 - AD2: Atendimento compartilhado EMAD/EMAP 03 - AD3: Atendimento compartilhado EMAD/EMAP *

N		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO											
Nº CARTÃO SUS											
Data de nascimento		Dia / mês		/		/		/		/	
Ano											
Local de atendimento											
Tipo Atendimento	Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado										
	Consulta Agendada										
	Escuta Inicial / Orientação										
	Consulta no Dia										
	Atendimento de Urgência										
Avaliação Antropométrica	Peso (kg)										
	Altura (cm)										
Criança	Aleitamento Materno										
Gestante	DUM (Dia / Mês)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Idade Gestacional (Semanas)										
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Problema / Condição Avaliada	Pré-natal										
	Puerpério (até 42 dias)										
	Saúde Sexual e Reprodutiva										
	Puericultura										
	Hipertensão Arterial										
	Diabetes										
	Obesidade										
	Desnutrição										
	Asma										
	DPOC										
	Tabagismo										
	Usuário de álcool										
	Usuário de outras drogas										
	Saúde Mental										
	Reabilitação										
Doenças Transmissíveis	Tuberculose										
	Hanseníase										
	Dengue										
	DST										

Problema / Condição Avaliada		Exame Solicitados(S) e Avaliados (A)																		
Rastreamento	Câncer do Colo do Útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Câncer de Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros	CIAP - 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CIAP - 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exame Solicitados(S) e Avaliados (A)	Citopatológico	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina Glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Mamografia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para Dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para Sífilis	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste da orelhinha	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste do olhinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de Gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Vacinação em dia?	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
Se usou alguma PIC, indicar qual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ficou em Observação?	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
NASF	Avaliação / Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Procedimentos Clínicos / Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prescrição Terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Concluída	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento p/ Serviço Especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ Urgência		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento Interseorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PIC: 01 - MTC/Acupuntura 02- Antroposofia aplicada à saúde 03- Homeopatia 04- Fitoterapia 05- Termalismo/Crenoterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07- Técnicas manuais em PICs



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAGÉ

FICHA DE PROCEDIMENTOS

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA
				M T N	/ /

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

Nº	Nº PRONTUÁRIO										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nº CARTÃO SUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data de nascimento	Dia / mês		/		/		/		/		
	Ano										
Local de Atendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escuta Inicial / Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Procedimentos / Pequenas Cirurgias	Acupuntura com Inserção de Agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Administração de Vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cateterismo Vesical de Alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cauterização Química de Pequenas Lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cuidado de Estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Curativo Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Drenagem de Abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exame Citopatológico de Colo Uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exame do Pé Diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exérese / Biópsia / Punção de Tumores Superficiais de Pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Infiltração em Cavidade Sinovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de Cerume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de Pontos de Cirurgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sutura Simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Triagem Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tamponamento de Epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Teste Rápido	De Gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Para HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Para Hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Para Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de Medicamentos	Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Intramuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Inalação / Nebulização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros (SIA)	Tópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Penicilina para Tratamento de Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

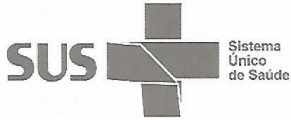
Procedimentos Consolidados

Total no Período		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aferição de Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curativo Simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coleta de material para Exame Laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glicemia Capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medição de altura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medição de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 ESTADO DO RIO DE JANEIRO PREFEITURA MUNICIPAL DE MAGÉ SAÚDE  MAIS PERTO DE VOCE SAÚDE  SISTEMA E-SUS	FICHA DE VISITA DOMICILIAR		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA: / /
_____	_____	_____	_____	M T N	_____

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº CARTÃO SUS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Dia / mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Ano											
Visita compartilhada com outro profissional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadastramento / Atualização		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita Periódica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busca Ativa	Consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condiionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivo da Visita	Acompanhamento	Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Puérpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pessoa com DPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Domiciliados / Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Condiionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Egresso de Internação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle de Ambientes / Vetores		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação / Prevenção		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desfecho	Visita Realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Visita Recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 29.138.351/0001-45

NVD - NOTIFICAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR

Unidade: _____
Microárea: _____ Família: _____
Situação Constatada: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____
_____ **Assinatura do Cliente**

Unidade: _____
Microárea: _____ Família: _____
Situação Constatada: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____
_____ **Assinatura do Cliente**

Unidade: _____
Microárea: _____ Família: _____
Situação Constatada: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____
_____ **Assinatura do Cliente**

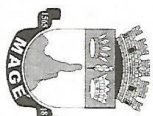
Unidade: _____
Microárea: _____ Família: _____
Situação Constatada: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____
_____ **Assinatura do Cliente**

Unidade: _____
Microárea: _____ Família: _____
Situação Constatada: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____
_____ **Assinatura do Cliente**

Relatório PMA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					
Município		Segmento	Unidade	Área	Mês	Ano	
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO							
ATIVIDADE/PRODUÇÃO			MARCADORES				
C O N S M É D I C A	Residente em outro município		Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos				
	Residentes no Município	<1	Acidente Vascular Cerebral				
		1 - 4	Infarto Agudo do Miocárdio				
		5 - 9	DHEG (forma grave)				
		10 - 14	Doença Hemolítica Perinatal				
		15 - 19	Fraturas do colo do fêmur em > 50 anos				
		20 - 39	Meningite tuberculosa em menores de 5 anos				
	40 - 49	Hanseníase com grau de incapacidade de H e HI					
	50 - 59	Citologia Oncótica NIC III (carcinoma In situ)					
	60 e mais	RN com peso < 2500g					
Total		Gravidez em < 20 anos					
Total geral de consultas			Pneumonia em < 5 anos				
Tipo de Atendimento do Médico e do Enfermeiro	Puericultura		Hospitalizações em < 5 anos por-pneumonia				
	Pré-natal		Hospitalizações em < 5 anos por desidratação				
	Prevenção do Câncer Cérvico Uterino		Hospitalizações por abuso de álcool				
	DST/AIDS		Hospitalizações por complicações do Diabetes				
	Diabetes		Hospitalizações por qualquer causa				
	Hipertensão Arterial		Internações em Hospital Psiquiátrico				
	Hanseníase		Óbitos em < 1 ano por todas as causas				
Tuberculose		Óbitos em < 1 ano por diarreia					
Solicitação médica de exames de complementares	Patologia Clínica		Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória				
	Radiodiagnóstico		Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos				
	Citopatológico Cérvico-Vaginal		Óbitos de adolescentes (10-19) por violência				
	Ultrassonografia Obstétrica						
	Outros						
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado						
	Internação Hospitalar						
	Urgência/Emergência						
Internação Domiciliar							
P R O C E D I M E N T O S	Atendimento específico para AT						
	Visita da Inspeção Sanitária						
	Atend. Individual Enfermeiro						
	Atend. Individual outros prof. nível superior						
	Curativos						
	Inalações						
	Injeções						
	Retirada de pontos						
	Terapia de Reidratação Oral						
	Sutura						
	Atend. Grupo - Educação em Saúde						
	Procedimentos Coletivos I (PCI)						
	Reuniões						
	VISITA DOMICILIAR						
			Médico				
		Enfermeiro					
		Outros profissionais de nível superior					
		Profissionais de nível médio					
		ACS					
		Total					



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAGÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Relatório SSA2

Relatório
SSA2

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

MÊS

ANO:

MUNICÍPIO (nome):

MUNICÍPIO (código):

SEGMENTO

UNIDADE

ÁREA

RELATÓRIO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA / EQUIPE

MICROÁREA <input type="checkbox"/>	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Nascidos vivos no mês												
RN pesados ao nascer												
RN pesados ao nascer, com peso < 250g												
C De 0 a 3 meses e 29 dias												
Aleitamento exclusivo												
Aleitamento misto												
I De 0 a 11 meses e 29 dias												
Com as vacinas em dia												
A Pesadas												
N Desnutridas												
De 12 a 23 meses e 29 dias												
Com as vacinas em dia												
Pesadas												
A Desnutridas												
S Menores de 2 anos												
Que tiveram diarreia												
Que tiveram diarreia e usaram TRO												
Que tiveram infecção respiratória aguda												
G Cadastradas												
Acompanhadas												
E Com vacinas em dia												
S Fez consulta de pré-natal no mês												
Com pré-natal no 1º TRI												
T < 20 anos cadastradas												



AAS 100mg	30	80	90	120	180	240	360
HORÁRIO	____COMPRESSOS ____VEZES AO DIA ____HORAS, ____HORAS, ____HORAS.						
CAPTOPRIL 25mg	30	80	90	120	180	240	360
HORÁRIO	____COMPRESSOS ____VEZES AO DIA ____HORAS, ____HORAS, ____HORAS.						
FUROSEMIDA 40mg	30	80	90	120	180	240	360
HORÁRIO	____COMPRESSOS ____VEZES AO DIA ____HORAS, ____HORAS, ____HORAS.						
GLIBENCAMIDA 5mg	30	80	90	120	180	240	360
HORÁRIO	____COMPRESSOS ____VEZES AO DIA ____HORAS, ____HORAS, ____HORAS.						
HCTZ 25mg	30	80	90	120	180	240	360
HORÁRIO	____COMPRESSOS ____VEZES AO DIA ____HORAS, ____HORAS, ____HORAS.						
METIFORMINA 850mg	30	80	90	120	180	240	360
HORÁRIO	____COMPRESSOS ____VEZES AO DIA ____HORAS, ____HORAS, ____HORAS.						
METILDOPA 500mg	30	80	90	120	180	240	360
HORÁRIO	____COMPRESSOS ____VEZES AO DIA ____HORAS, ____HORAS, ____HORAS.						
PROPANOLOL 40mg	30	80	90	120	180	240	360
HORÁRIO	____COMPRESSOS ____VEZES AO DIA ____HORAS, ____HORAS, ____HORAS.						
	30	80	90	120	180	240	360
HORÁRIO	____COMPRESSOS ____VEZES AO DIA ____HORAS, ____HORAS, ____HORAS.						


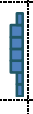





















DATA ____/____/____ ASSINATURA:

ANEXO 3: Indicadores de Magé pactuados com o governo do Estado



Secretaria de Estado de Saúde - Rio de Janeiro
Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015
Município: 330250 - Magé - Região de Saúde: Metropolitana I

Indicadores	Metas pactuadas					Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados					
	2010	2011	2012	2013	2014			2008	2009	2010	2011	2012	2013
População recenseada estimada													
Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.													
Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.													
1. U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	28,00	62,00	79,27	74,00	74,00	▲	68,23	64,06	75,04	78,61	75,47	75,47
2. U	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).	n/p	n/p	n/p	25,00	25,00	▼	35,76	40,56	34,87	28,69	27,60	26,61
3. U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	53,00	65,00	58,00	90,00	90,00	▲	34,37	40,19	64,05	64,02	97,55	68,18
4. U	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.	n/p	63,00	60,71	60,00	60,00	▲	67,72	62,88	60,16	63,35	61,58	59,85
5. U	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	n/p	1,82	2,50	0,30	0,30	▲	0,26	1,80	1,69	2,39	0,39	0,13
6. E	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.	n/p	n/p	n/p	11,00	11,00	▼	18,01	14,34	11,46	12,69	12,95	4,12
Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.													
7. U	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.	n/p	n/p	n/p	1,50	1,50	▲	0,46	0,71	1,10	0,79	1,43	1,14
8. U	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.	n/p	n/p	n/p	3,00	3,00	▲	3,36	3,66	2,85	2,33	2,23	1,93
9. E	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.	n/p	n/p	n/p	30,00	30,00	▲	1,24	1,13	1,92	2,69	5,22	5,26
10. E	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	n/p	n/p	n/p	20,00	20,00	▲	0,97	0,96	0,93	1,10	1,39	1,69
11. E	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p	▲	-	-	-	-	-	-
Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência articulada às outras redes de atenção.													
Objetivo 2.1 – Implementação da Rede de Atenção às Urgências.													
12. U	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	n/p	n/p	10	8	10	▲	-	5	5	5	8	5
13. E	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.	n/p	n/p	n/p	40,00	9,40	▲	58,57	66,67	52,70	58,26	48,84	56,31
14. E	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	n/p	n/p	n/p	15,50	10,00	▼	14,29	11,67	18,28	14,95	19,27	16,19
15. E	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p	▼	13,95	9,68	14,81	20,41	23,68	6,67
16. E	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).	n/p	n/p	n/p	100,00	100,00	▲	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.													
Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.													
18. U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	n/p	n/p	0,12	0,11	0,11	▲	0,34	0,28	0,21	0,24	0,22	0,06
19. U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	n/p	n/p	0,10	0,14	0,14	▲	0,01	-	-	0,03	0,14	0,12
Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.													
20. U	Proporção de parto normal.	n/p	n/p	52,00	43,50	43,50	▲	52,25	50,15	47,53	45,30	43,63	43,91
21. U	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	70,00	75,00	75,30	52,00	90,00	▲	75,72	77,95	75,32	73,62	61,91	60,21

Indicadores	Metas pactuadas					Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados					
	2010	2011	2012	2013	2014			2008	2009	2010	2011	2012	2013
22. U	n/p	n/p	n/p	5,50	2,00	▲		1,42	4,73	3,51	5,27	4,46	-
23. U	n/p	n/p	n/p	2	2	▼		1	2	2	2	2	1
24a. U	14,50	13,50	12,00	15,62	10,00	▼		16,18	12,57	11,99	16,60	16,01	17,13
24c. U	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	▼		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
25. U	n/p	n/p	39,00	40,00	45,00	▲		n/a	43,53	73,39	76,07	78,43	77,78
26. U	n/p	n/p	n/p	50,00	100,00	▲		n/a	100,00	50,00	50,00	100,00	-
27. U	n/p	n/p	n/p	30,00	75,00	▲		n/a	39,13	41,84	55,34	78,95	83,85
28. U	9	6	6	7	1	▼		4	11	8	15	48	55
Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.													
Objetivo 4.1 – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.													
29a. E	0,62	1,53	0,88	0,90	0,85	▲		0,83	0,82	0,88	0,87	0,87	0,86
Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.													
Objetivo 5.1 – Melhorar as condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.													
30a. U	n/p	n/p	n/p	n/a	n/a	▼		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
30b. U	n/p	n/p	n/p	0,10	519,09	▼		499,62	476,06	496,37	481,71	525,93	563,27
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde													
Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.													
35b. U	n/p	n/p	n/p	70,00	95,00	▲		80,00	100,00	87,50	75,00	75,00	37,50
36. U	75,00	80,00	82,00	70,00	80,00	▲		80,00	81,66	84,72	79,23	74,36	3,74
37. U	n/p	n/p	n/p	50,00	100,00	▲		50,48	62,93	75,00	46,25	56,40	52,89
38. U	93,00	94,00	93,00	80,00	90,00	▲		91,12	92,27	93,30	97,06	95,84	96,86
39. U	76,00	78,00	75,00	60,00	80,00	▲		81,76	53,85	60,71	71,93	60,00	70,97
40b. U	n/p	n/p	1	1	1	▲		-	2	11	57	127	69
41b. U	n/p	n/p	100,00	70,00	100,00	▲		-	-	-	71,43	57,14	85,71
42. U	n/p	n/p	n/a	1,00	9,00	▼		3	-	1	2	1	2
43a. E	n/p	n/p	n/p	20,00	6,00	▲		8,82	45,90	28,17	20,97	27,94	36,99
43c. E	n/p	n/p	n/p	n/a	n/a	▲		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
44. E	n/p	n/p	n/p	500	1,736	▲		215	287	263	368	497	1,003
45. E	86,00	87,00	87,00	87,00	90,00	▲		83,08	65,38	86,79	92,50	96,87	92,31

Secretaria de Estado de Saúde - Rio de Janeiro
 Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015
 Município: 330290 - Magé - Região de Saúde: Metropolitana I



Indicadores	Metas pactuadas					Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados							
	2010	2011	2012	2013	2014			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
46. E Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	n/p	n/p	n/p	11,00	85,00	▲		46,45	49,45	79,84	83,50	92,31	79,73	86,57	
47. E Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.	n/p	n/p	n/p	N/A	-	▼		-	-	-	-	-	-	-	
48. E Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	n/p	n/p	n/p	3,00	80,00	▲		73,78	78,72	-	-	2,35	73,25	81,61	
49. E Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p	▲		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
50. E Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	▼		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
51. E Número absoluto de óbitos por dengue.	n/p	n/p	1	1	-	▼		1	-	2	3	-	2	-	
52. E Número de ciclos realizados que atingiram 80% ou mais dos imóveis visitados.	n/p	n/p	n/p	20	80	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	4	
Objetivo 7.2 – Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.															
53a. U Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros conformes totais, cloro residual livre e turbidez.	n/p	n/p	n/p	84,00	80,00	▲		s/i	43,48	27,42	28,13	31,88	-	38,05	34,83
Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.															
Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.															
54b. E Percentual de serviços farmacêuticos da Atenção Básica com o sistema Hórus implantado no município.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	
Objetivo 8.2 – Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.															
55b. E Percentual de farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados no município.	n/p	n/p	n/p	N/A	10,00	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	
Objetivo 8.3 – Fortalecer a Assistência Farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos, terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema de garantia da qualidade.															
56. E Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	
Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.															
Objetivo 11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.															
57b. U Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas (Pleno Regional)	n/p	n/p	n/p	50,00	75,00	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	
58. E Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em ABSP/SC.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	
59. E Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	
60. E Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados.	n/p	n/p	n/p	1	5	▲		1	1	1	1	1	1	9	
Objetivo 11.2 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprezar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de Saúde.															
61. U Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.	n/p	n/p	n/p	90,00	85,00	▲		100,00	100,00	100,00	99,93	99,94	99,93	99,93	
Objetivo 11.3 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da Saúde na região de Saúde.															
62b. E Número de mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.	n/p	n/p	n/p	N/A	1	▲		-	-	-	-	-	-	-	
Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.															
Objetivo 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.															
63b. U Número de Planos Municipais de Saúde enviados ao Conselho de Saúde.	n/p	n/p	n/p	1	1	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	1	
64b. U Número de conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS.	n/p	n/p	n/p	15	15	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	1	
Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.															
Objetivo 13.1 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.															

Secretaria de Estado de Saúde - Rio de Janeiro
 Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015
 Município: 330250 - Magé - Região de Saúde: Metropolitana I



Indicadores	Metas pactuadas					Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados					
	2010	2011	2012	2013	2014			2008	2009	2010	2011	2012	2013
65b. E Número de ouvidorias implantada no município.	n/p	n/p	n/p	N/A	2	▲		1	1	1	1	1	1
66a. E Número absoluto dos componentes municipais do SNA estruturados.	n/p	n/p	n/p	N/A	1	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i
67b. E Número de alimentações do município no ano no BPS.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i

Légenda:

- ✓ Valor observado superou a meta
- ! Valor observado é igual à meta
- ✗ Valor observado não atingiu a meta

n/a: Indicador não se aplica (indicador é só para o estado ou para municípios segundo porte populacional)

s/i: Informações não disponíveis para o cálculo do indicador

n/p: Indicador não pactuado (não houve pactuação ou, para anos anteriores a 2012, o indicador não era pactuado ou o era segundo diferentes critérios).

... Dado numérico não disponível ou não há ocorrências para o denominador do indicador

- Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.

0: 0.0 - Dado numérico igual a 0 resultante de arredondamento de um dado originalmente positivo.

Notas:

1. A fonte dos dados para os valores observados de cada indicador consta na guia "Notas Técnicas".
2. A fonte dos dados para as metas pactuadas é o SISPACTO.

Data de geração das informações: 19/06/2015

ANEXO 4: Indicadores de Pirai pactuados com o governo do Estado

Secretaria de Estado de Saúde – Rio de Janeiro Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 Município: 330400 – Pirai – Região de Saúde: Médio Paraíba		Médias pactuadas							Valores observados								
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
Indicadores																	
População recenseada/estimada																	
Tendência esperada		▲							Tendência observada								
Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.		Objetivo Nacional 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.															
1.	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	95,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
2.	U	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).	n/p	n/p	n/p	27,50	26,90	35,23	28,66	29,39	29,92	27,77	26,91	24,86	26,91	24,86	24,86
3.	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	63,00	80,00	80,00	85,00	90,00	79,39	68,90	75,40	84,01	83,14	83,96	86,59	83,96	86,59	86,59
4.	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.	n/p	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
5.	U	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	n/p	20,00	20,00	30,00	30,00	24,34	47,93	21,30	20,02	18,76	22,55	28,27	22,55	28,27	28,27
6.	E	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.	n/p	n/p	n/p	4,00	0,57	4,30	4,53	5,24	4,68	0,14	0,57	4,41	0,57	4,41	4,41
Diretriz 2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.		Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.															
7.	U	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.	n/p	n/p	n/p	3,50	4,81	1,86	2,45	2,03	2,37	3,14	4,81	4,27	4,81	4,27	4,27
8.	U	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.	n/p	n/p	n/p	4,90	6,00	5,08	5,14	5,12	4,72	4,53	4,52	4,68	4,52	4,68	4,68
9.	E	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.	n/p	n/p	n/p	2,30	n/p	2,27	1,59	2,18	1,85	2,63	3,01	4,03	3,01	4,03	4,03
10.	E	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	n/p	n/p	n/p	2,30	n/p	1,40	2,14	2,93	2,74	2,26	3,52	3,41	3,52	3,41	3,41
11.	E	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	n/p	n/p	n/p	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.		Objetivo 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.															
Objetivo 2.1 – Implementação da Rede de Atenção às Urgências.		Objetivo 2.1 – Implementação da Rede de Atenção às Urgências.															
12.	U	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implementado.	n/p	n/p	4	13	7	-	4	5	9	3	4	2	4	2	2
13.	E	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.	n/p	n/p	n/p	60,00	66,67	42,86	71,43	46,15	56,25	55,56	66,67	25,00	66,67	25,00	25,00
14.	E	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	n/p	n/p	n/p	25,00	25,00	13,33	40,00	26,32	28,57	17,38	8,70	26,92	8,70	26,92	26,92
15.	E	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).	n/p	n/p	n/p	30,00	n/p	33,33	-	-	33,33	25,00	-	20,00	-	20,00	20,00
16.	E	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).	n/p	n/p	n/p	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.		Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.															
18.	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	n/p	n/p	0,94	0,94	0,85	1,25	1,01	0,83	0,93	0,85	0,78	0,77	0,85	0,77	0,77
19.	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	n/p	n/p	0,57	0,70	0,80	0,08	0,01	0,41	0,55	0,70	0,70	0,43	0,70	0,43	0,43
Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.		Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.															
20.	U	Proporção de parto normal.	n/p	n/p	54,00	48,00	48,00	50,72	51,79	50,43	51,71	46,01	42,93	41,64	46,01	41,64	41,64
21.	U	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	93,00	95,00	95,00	95,00	93,00	92,75	94,05	95,97	92,29	90,08	87,77	86,21	92,29	86,21	86,21

Indicadores	Metas pactuadas					Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados					
	2010	2011	2012	2013	2014			2008	2009	2010	2011	2012	2013
22. U Número de testes de sífilis por gestante.	n/p	n/p	n/p	2,00	2,00	▲		0,07	0,06	2,18	2,66	3,01	-
23. U Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	n/p	n/p	-	-	-	▼		-	1	1	-	-	-
24a. U Taxa de mortalidade infantil.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	▼		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
24c. U Número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano.	2	3	7	3	3	▼		2	3	8	2	3	3
25. U Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	n/p	n/p	100,00	100,00	100,00	▲		n/a	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
26. U Proporção de óbitos maternos investigados.	n/p	n/p	n/p	100,00	100,00	▲		n/a	100,00	100,00	-	-	-
27. U Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.	n/p	n/p	n/p	100,00	100,00	▲		n/a	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
28. U Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	-	-	n/p	-	2	▼		-	-	-	-	-	2
Objetivo 4.1 – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.													
29a. E Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.	2,00	1,90	1,90	1,86	1,80	▲		1,94	1,91	1,88	1,86	1,83	1,81
Objetivo 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.													
Objetivo 5.1 – Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.													
30a. U Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (circulatórias, câncer, diabetes e respiratórias crônicas).	n/p	n/p	n/p	55	55	▼		57	50	53	57	55	65
30b. U Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (circulatórias, câncer, diabetes e respiratórias crônicas).	n/p	n/p	n/p	n/a	n/a	▼		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Objetivo 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde													
Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde.													
35b. U Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.	n/p	n/p	n/p	100,00	100,00	▲		80,00	60,00	87,50	87,50	100,00	87,50
36. U Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	▲		80,00	82,35	100,00	100,00	71,43	100,00
37. U Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	n/p	n/p	n/p	70,00	75,00	▲		20,00	-	100,00	50,00	57,14	62,50
38. U Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	95,00	97,00	95,00	95,00	95,00	▲		98,83	97,80	99,45	98,80	96,97	97,50
39. U Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação.	76,00	90,00	95,00	95,00	95,00	▲		66,67	100,00	90,91	100,00	57,14	100,00
40b. U Número de casos de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados.	n/p	n/p	1	38	12	▲		49	47	47	49	63	42
41b. U Percentual de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias realizadas.	n/p	n/p	100,00	100,00	100,00	▲		28,57	28,57	85,71	71,43	100,00	100,00
42. U Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	n/p	n/p	n/a	-	-	▼		-	-	-	-	-	-
43a. E Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm ³ .	n/p	n/p	n/p	n/a	n/a	▲		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
43c. E Número de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm ³ .	n/p	n/p	n/p	1	-	▲		-	-	-	-	-	-
44. E Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.	n/p	n/p	n/p	73	112	▲		124	165	87	66	240	113
45. E Proporção de cura de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	75,00	75,00	85,00	90,00	90,00	▲		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00



Indicadores	Metas pactuadas					Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados						
	2010	2011	2012	2013	2014			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
46. E	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	n/p	n/p	n/p	75,00	90,00		66,67	72,73	100,00	89,47	83,33	100,00	
47. E	Número absoluto de óbitos por febre tifoide visceral.	n/p	n/p	n/p	-	-		-	-	-	-	-	-	
48. E	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	n/p	n/p	n/p	80,00	80,00		93,03	162,05	90,61	56,60	127,26	99,90	
49. E	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
50. E	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
51. E	Número absoluto de óbitos por dengue.	n/p	n/p	n/p	-	-		-	-	-	-	-	-	
52. E	Número de ciclos realizados que atingiram 80% ou mais dos imóveis visitados.	n/p	n/p	n/p	80	4		s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	
Objetivo 7.2 – Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.														
53a. U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloreto residual livre e turbidez.	n/p	n/p	n/p	36,67	70,00		s/f	30,16	28,65	49,87	31,67	62,23	115,54
Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.														
Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.														
54b. E	Percentual de serviços farmacêuticos da Atenção Básica com o sistema Hórus implantado no município.	n/p	n/p	n/p	-	n/p		s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	
Objetivo 8.2 – Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.														
55b. E	Percentual de farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturadas no município.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p		s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	
Objetivo 8.3 – Fortalecer a Assistência Farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema de garantia da qualidade.														
56. E	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p		s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	
Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.														
Objetivo 11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.														
57b. U	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas (Plano Regional).	n/p	n/p	n/p	60,00	n/p		s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	
58. E	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional em ABP/SUS.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p		s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	
59. E	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p		s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	s/f	
60. E	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados.	n/p	n/p	n/p	2	11		1	2	2	2	11	11	
Objetivo 11.2 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprezar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de Saúde.														
61. U	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.	n/p	n/p	n/p	100,00	100,00		100,00	100,00	99,72	100,00	100,00	100,00	
Objetivo 11.3 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da Saúde na região de Saúde.														
62b. E	Número de mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.	n/p	n/p	n/p	N/A	n/p		-	-	-	-	-	-	
Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.														
Objetivo 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, líderes de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.														
63b. U	Número de Planos Municipais de Saúde enviados ao Conselho de Saúde.	n/p	n/p	n/p	1	1		s/f	s/f	s/f	s/f	1	1	
64b. U	Número de conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS.	n/p	n/p	n/p	1	1		s/f	s/f	s/f	s/f	1	1	
Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.														
Objetivo 13.1 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.														



Secretaria de Estado de Saúde - Rio de Janeiro
 Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015
 Município: 330400 - Pirai - Região de Saúde: Médio Paraíba

Indicadores	Metas pactuadas						Tendência esperada	Tendência observada	Valores observados						
	2010	2011	2012	2013	2014	2014			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	n/p	n/p	n/p	1	1	1			s/i	1	1	1	1	1	1
65b. E Número de ouvidorias implantada no município.	n/p	n/p	n/p	1	1	▲		s/i	1	1	1	1	1	1	
66a. E Número absoluto dos componentes municipais do SNA estruturados.	n/p	n/p	n/p	1	1	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	
67b. E Número de alimentações do município no ano no BPS.	n/p	n/p	n/p	1	n/p	▲		s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	-	

Legenda:

- ✓ Valor observado superou a meta
- ! Valor observado é igual à meta
- ✗ Valor observado não atingiu a meta

n/a: Indicador não se aplica (indicador é só para o estado ou para municípios segundo porte populacional)

s/i: Informações não disponíveis para o cálculo do indicador

n/p: Indicador não pactuado (não houve pactuação ou, para anos anteriores a 2012, o indicador não era pactuado ou o era segundo diferentes critérios).

... Dado numérico não disponível ou não há ocorrências para o denominador do indicador

- Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.

0; 0,0 - Dado numérico igual a 0 resultante de arredondamento de um dado originalmente positivo.

Notas:

1. A fonte dos dados para os valores observados de cada indicador consta na guia "Notas Técnicas".
A fonte dos dados para as metas pactuadas é o SISPACTO.
2. Data de geração das informações: 19/06/2015

ANEXO 5: Artefatos de coleta de informação utilizados pela Secretaria Municipal de Pirai



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAI
 SECRETARIA DE SAÚDE



FICHA DE INSCRIÇÃO

Unidade: _____ Data Inscrição: ____/____/____ N° Prontuário: _____
 Nome: _____ Data Nasc.: _____
 Pai: _____
 Mãe: _____
 Naturalidade: _____ Sexo: F M Est. Civil: _____
 Profissão: _____ Cor: _____
 Endereço (completo): _____
 Endereço do trabalho: _____
 Ponto de Referência: _____

Esquema Básico de Vacinação

Imunização	Data	Data	Data	Data	Data	Data
B.C.G.						
Sabin						
DPT						
Anti-Sarampo						
dT						
ATT						
Anti - Hepatite - B						
Anti - Haemophilus						
Febre Amarela						
Tri - Viral						
Rubéola						

Roteiro de Anamnese

História da doença atual
 Anteced. Pessoais (incl. desenvolvimento, alimentação e vacinação)
 Anteced. Familiares
 Aspectos Sociais e Econômicos
Exame Físico
 Aspectos Gerais
 Pele, Cabelos, Glânglios
 Cabeça e Pescoço
 Olhos, Ouvidos, Nariz, Boca
 Tórax e Ap. Respiratório (inspeção, palpação, percussão, ausculta)
 Mamas
 Ap. Circulatório (inspeção, palpação, ausculta)
 Pressão Arterial
 Abdômen (inspeção, palpação, percussão, ausculta)
 Dorso, Genitália, Membros, Sist. Nervoso
 Impressão do Caso
 Impressão sobre as informações
 Diagnóstico Provisório
 Providências

DATA	Anamnese - Ex. Físico - Evolução

ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES



Data da gestante		Data da última regra		Data provável do parto		Data da vacina		Estado nutricional D: desnutrida N: nutrida Mês da gestação									Data da consulta de pré-natal Mês da gestação									Fatores de risco			Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério	
SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS	ANO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	NV	NM	AB	1	2			
OBS.:																																	
OBS.:																																	
OBS.:																																	



ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE



MÓDULO			SEGMENTO	ÁREA			MICROÁREA			NOME DO ACS			ANO		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Identificação	Sexo	Idade	Entrevista										Outras Informa		
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out		Nov	Dez
			Nº de Comunicantes												
NOME:			Data da visita do ACS										Nº de Comunicantes		
			Toma medicação diária												
			Data da última dose supervisi-												
Endereço:			Faz auto-cuidados												
			Data da última consulta												
			Comunicantes examinados												
NOME:			Comunicantes que recebem BCG										Nº de Comunicantes		
			Data da visita do ACS												
			Toma medicação diária												
Endereço:			Data da última dose supervisi-												
			nada												
			Faz auto-cuidados												
NOME:			Data da última consulta										Nº de Comunicantes		
			Comunicantes examinados												
			Comunicantes que recebem BCG												
Endereço:			Data da última dose supervisi-												
			nada												
			Faz auto-cuidados												
NOME:			Data da última consulta										Nº de Comunicantes		
			Comunicantes examinados												
			Comunicantes que recebem BCG												



ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE



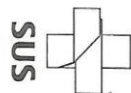
MÓDULO	Identificação	Sexo	Idade	Entrevista	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS	ANO											
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
NOME:				Data da visita do ACS	Jan	Fev	Mar	Abri	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Outras Informaç			
				Toma medicação diária																Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos
				Reações indesejáveis																
Endereço:				Data da última consulta												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Exame de escarro																
				Comunicantes examinados																
NOME:				< 5 anos com BCG												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Data da visita do ACS																
				Toma medicação diária																
Endereço:				Reações indesejáveis												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Data da última consulta																
				Exame de escarro																
NOME:				Comunicantes examinados												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				< 5 anos com BCG																
				Data da visita do ACS																
Endereço:				Toma medicação diária												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Reações indesejáveis																
				Data da última consulta																
NOME:				Exame de escarro												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Comunicantes examinados																
				< 5 anos com BCG																
Endereço:				Data da visita do ACS												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Toma medicação diária																
				Reações indesejáveis																
NOME:				Data da última consulta												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Exame de escarro																
				Comunicantes examinados																
Endereço:				< 5 anos com BCG												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Data da visita do ACS																
				Toma medicação diária																
NOME:				Reações indesejáveis												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Data da última consulta																
				Exame de escarro																
Endereço:				Comunicantes examinados												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				< 5 anos com BCG																
				Data da visita do ACS																
NOME:				Toma medicação diária												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Reações indesejáveis																
				Data da última consulta																
Endereço:				Exame de escarro												Nº de Comunicantes Comunicantes <5 anos				
				Comunicantes examinados																
				< 5 anos com BCG																

MS 084



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAI
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Sistema de Informação de Atenção Básica

ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS



MÓDULO	Identificação	Sexo	Idade	Fumante		Entrevista	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:	ANO:													
				sim	não																		
NOME:						Data da visita do ACS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observaçõe				
						Faz dieta																	
						Torna a medicação																	
						Faz exercícios físicos																	
Endereço:						Pressão arterial																	
						Data da última consulta																	
						Data da visita do ACS																	
						Faz dieta																	
NOME:						Torna a medicação																	
						Faz exercícios físicos																	
						Pressão arterial																	
						Data da última consulta																	
Endereço:						Data da visita do ACS																	
						Faz dieta																	
						Torna a medicação																	
						Faz exercícios físicos																	
NOME:						Pressão arterial																	
						Data da última consulta																	
						Data da visita do ACS																	
						Faz dieta																	
Endereço:						Torna a medicação																	
						Faz exercícios físicos																	
						Pressão arterial																	
						Data da última consulta																	

SMS - 105



ENCAMINHAMENTO DE SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE

() MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS () ÓCULOS

() OUTROS: _____

UNIDADE: _____

NOME DO USUÁRIO: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____.

TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

ÍTEM A SER COMPRADO: _____

OBSERVAÇÕES: _____

AGENTE DE SAÚDE: _____

DATA: ____/____/20____.

ENFERMEIRO (A) RESPONSÁVEL: _____

DATA: ____/____/20____.

SETOR SMS: _____

DATA: ____/____/20____.

**CRITÉRIOS QUE SEMPRE DEVERÃO ESTAR PRESENTES PARA
SOLICITAÇÃO DA COMPRA:**

*** PRESCRIÇÃO DO SUS OU INSTITUIÇÕES REFERENCIADAS**

**FICHA DE EVOLUÇÃO DE VISITA DOMICILIAR - FVD
ORIENTAÇÕES GERAIS**

O Agente Comunitário de Saúde deve usar a ficha para registrar a visita domiciliar utilizando a FVD para orientá-lo.

Na FVD deverão ser anotadas todas as situações de risco observadas e assinalados os itens que não puderam ser avaliados.

- As anotações que são registradas na Ficha B e C deverão ser anotadas na FVD apenas as situações de risco.
- As recomendações do médico, dentista, enfermeira e ou do auxiliar de enfermagem também deverão ser registradas na FVD antes da visita.
- As observações importantes, as intercorrências ou novas situações de risco observadas deverão ser transcritas para o prontuário da família e comunicadas verbalmente ao médico ou enfermeira o mais rapidamente possível.
- Mantenha a ficha arquivada em uma pasta específica.

CONTROLE DE RECEBIMENTO DA VISITA DOMICILIAR

DATA	ASSINATURA DO USUÁRIO QUE RECEBEU A VISITA

FICHA DE EVOLUÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

	Família nº:	Micro - Área:	PSF:
	DATA / /	DATA / /	DATA / /
OBSERVAÇÕES			
Condições Gerais de Moradia - Segurança, Limpeza e Organização <small>(observar todos os cômodos)</small>			
Fonte de abastecimento de água <small>(condição de armazenamento e condições do reservatório)</small>			
Observar condições do esgoto da casa			
Existência de criadouro de vetores - observar lixo, quintal e reservatório de água			
Condições de higiene da família			
Observar a alimentação da família <small>(disponibilidade de alimentos, qualidade, teor de sal ou apicicar)</small>			
Verificar a realização de atividade física pela família			
verificar situações de risco para acidentes domésticos			
Relacionamento Familiar - Afeto, Respeito, Sinais de violência			
Verificar situação de desemprego			
Verificar a participação da família em movimentos organizados da comunidade			
Avaliar a presença de dependência química em membros da família			
Busca Ativa de Hanseníase <small>(manchas de pele, área de anestesia)</small>			
Busca Ativa de Tuberculose <small>(tosse produtiva há 3 semanas, febre, emagrecimento)</small>			
Busca Ativa de Gestante <small>(atraso menstrual)</small>			
Busca Ativa de Mulher para o preventivo de câncer de colo de útero e mama			
Busca Ativa de Homens para o preventivo de câncer de próstata			
Busca Ativa de IRA <small>(tosse, contza, dor de ouvido, dor de garganta, respiração rápida, chiado no peito)</small>			
Busca Ativa de Diarreia <small>(aumento da frequência da evacuação, consistência das fezes)</small>			
Busca Ativa de Dengue <small>(dor de cabeça, dor nos olhos, febre alta, fraqueza, falta de apetite, dor muscular, manchas vermelhas no corpo)</small>			
Busca Ativa de Febre <small>(temperatura axilar acima de 38°C)</small>			
Verificar realização de tratamento odontológico <small>(principalmente menor de 4 anos e gestantes) fazer agendamento</small>			
Imunização <small>(crianças verif. Cartão / adolescentes (dT,Hep. B e BCG) / mulheres (dT, Injaval/adulto (dT) / idosos + 60 anos (dT e antigripal)</small>			
Verificar a frequência das crianças na escola			
Verificar o uso correto de medicamentos			
Agendamento de consultas			
avaliação geral sobre o trabalho da Unidade de Saúde			
ASSINATURA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE			

EN6 186

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

¹ Preencher a data do preventivo na quadrícula de cima e o resultado do preventivo na quadrícula de baixo, olhando sempre a conclusão do exame seguindo a legenda:

N- Negativo para neoplasia, **EANN** – Células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásica, **EALAG-** Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau, **GA** – Células glandulares atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásica e quando não se pode excluir lesão intra-epitelial de alto grau; **CAOI** – Células atípicas de origem indefinida, possivelmente não-neoplásicas e que não se pode afastar alto grau, **BG** – Lesão intra-epitelial de baixo grau, **AG-** Lesão intra-epitelial de alto grau, **AGMI** – Lesão intra-epitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão; **CEI** – carcinoma epidermóide invasor.

² Preencher na quadrícula de cima a data da mamografia e na quadrícula de baixo o resultado da mamografia olhando sempre a conclusão do exame: 0 – BIRADS 0; 1- BIRADS 1, 2- BIRADS 2; 3 – BIRADS 3; 4- BIRADS 4; 5 – BIRADS 5; 6- BIRADS 6

³ Deve ser registrada terceira dose das vacinas para Hepatite B e dT na ficha a caneta, quando o esquema estiver completo, quando estiver incompleto, anotar as doses aplicadas a lápis (colocando ao lado 1ª dose e 2ª dose) a fim de visualizar a necessidade de busca para completar o esquema.

Grupo de risco para câncer de mama: mulher com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau(mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade; mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau(mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; mulher com história familiar de câncer de mama masculino; mulher com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

- Toda a ficha deve ser preenchida a lápis (exceto as terceiras doses de vacina para hepatite B, dt e a dose de tríplice viral que devem ser preenchidas a caneta, pois quando estiver a lápis significa que o esquema está incompleto)
- No campo de observação deve estar escrito: Dificuldade de acompanhamento da paciente pelo ACS e qual motivo, Realização de biópsia, diagnóstico de câncer, encaminhamento para Centro Referência, início de tratamento e frequência de retorno, etc
- A cobertura de rastreamento do ca de colo do útero deve considerar exame citopatológico realizado em mulheres de 25 a 64 anos, uma vez por ano e, após dois exames consecutivos, a cada três anos
- A cobertura de rastreamento de ca de mama deve considerar:
 - mulheres de 50 a 69 anos com mamografia a cada 2 anos independente de alterações no ECM
 - anual a partir de 35 anos se a mulher tiver risco elevado para câncer de mama
- As mulheres entre 40 e 49 anos devem realizar mamografia caso sejam encontradas alterações no exame clínico.

