



Saúde da Família

ATENÇÃO PRIMÁRIA INTEGRAL À SAÚDE

Indicadores para avaliação

Este informe foi produzido com recursos da iniciativa “Revitalizando la salud para todos”, apoiada pelo Teasdale-Corti Global Research Partnership Program, financiado pela Canadian Global Health Research Initiative, da qual participam Argentina, Brasil, Colômbia, El Salvador, Equador, Nicarágua e Uruguai. O objetivo é construir coletivamente metodologias e avaliar experiências de Atenção Primária Integral em Saúde.

A pesquisa “Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos” foi financiada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e desenvolvida por grupo de pesquisa da escola nacional de saúde pública (Ensp/Fiocruz).

Ficha Técnica

Atenção Primária Integral à Saúde — Indicadores para avaliação
Rio de Janeiro • Abril 2011

Autores

Patty Fidelis de Almeida – Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Lígia Giovanella – Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz
Berardo Augusto Nunan – SES Distrito Federal

Coordenadoras da pesquisa

Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça e Sarah Escorel

Revisão Pedagógica

Carla Moura Pereira Lima

Edição

Marinilda Carvalho

Design e capa

Marco Nascimento

INTRODUÇÃO

Como anda a Estratégia Saúde da Família em seu município?

Responder a esta pergunta nem sempre é fácil. O objetivo deste informe é divulgar um conjunto de indicadores que ajude o conselheiro ou o gestor de saúde a avaliar concretamente a realidade da Atenção Primária Integral à Saúde em sua cidade.

Esses indicadores foram utilizados em pesquisa de 2008 da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), que avaliou a Estratégia Saúde da Família (ESF) em quatro grandes cidades.

Inicialmente, é útil analisar as múltiplas concepções da Atenção Primária à Saúde (APS):

Abordagens da Atenção Primária à Saúde

Abordagem	Conceito de Atenção Primária à Saúde	Ênfase
APS Seletiva	Programas focalizados e seletivos com oferta restrita de serviços para enfrentar número limitado de problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Ações mais comuns: técnicas de reidratação oral, amamentação e imunização e, algumas vezes, complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres.	Conjunto restrito de serviços para população pobre
Primeiro Nível de Atenção	Serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, inclui ações preventivas e serviços clínicos direcionados à população em geral. Relacionado à medicina de família e comunidade.	Um dos níveis de atenção do sistema
APS Abrangente ou Integral	A Declaração de Alma Ata (1978) define a APS integrada ao sistema de saúde, com integralidade e participação social. Princípios: enfrentamento dos determinantes sociais da saúde; acesso e cobertura universais; envolvimento comunitário; ação inter-setorial; tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos.	Estratégia de organização dos sistemas de saúde
Abordagem de Saúde e de Direitos Humanos	Compreende a saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos. Defende que as políticas de desenvolvimento sejam inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para alcance da equidade.	Filosofia que permeia setores sociais e de saúde

Fonte: OPAS, 2005. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS

A Atenção Primária Integral à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Atenção primária integral requer sistemas de saúde orientados pela atenção primária, articulados em rede, centrados no usuário, que respondam a necessidades de saúde individuais e coletivas. Neste sentido, o que distingue nossa ESF das propostas de APS seletiva e potencializa sua capacidade de transformar o modelo de atenção à saúde no país? Duas características: a coordenação dos cuidados em saúde e a intersetorialidade.

São componentes essenciais desta concepção abrangente, a coordenação entre os distintos níveis assistenciais, condição para a garantia de atenção integral, e a capacidade de influir sobre os determinantes sociais e promover saúde mediante trabalho intersetorial.

O Ministério da Saúde assumiu a Saúde da Família no fim da década de 1990 como estratégia de reorganização do sistema de saúde e modelo assistencial substitutivo, na perspectiva da atenção primária integral. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o conceito de APS, incluindo:

1. Acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade;
2. Integralidade em suas várias dimensões, com ações programáticas e de atendimento à demanda espontânea, ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação e cuidado na rede de serviços;
3. Vínculo e responsabilização entre equipes e população, com acompanhamento das pessoas ao longo da vida;
4. Valorização dos profissionais de saúde;
5. Avaliação e monitoramento sistemático dos resultados;
6. Estímulo à participação popular e ao controle social (MS, 2006:10-11).

Integralidade em suas várias dimensões significa

- acompanhar os grupos prioritários programados e prestar atendimento oportuno à demanda espontânea quando a pessoa adoecer
- integrar as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação
- coordenar o cuidado na rede de serviços e garantir atenção especializada e hospitalar;
- atender as pessoas contemplando não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e principalmente sociais, buscando promover a saúde e enfrentar seus determinantes sociais.

O Relatório Mundial da Saúde 2008 mostrou que essa visão avançava no mundo:

Como a experiência mudou o rumo do movimento da Atenção Primária à Saúde

Primeiras tentativas de implementação	Preocupações atuais das reformas de APS
Pacote básico de intervenções em saúde e de medicamentos essenciais para populações rurais pobres	Acesso universal e proteção social à saúde
Concentração em saúde materno-infantil	Saúde para toda a comunidade
Foco em doenças infecciosas e agudas	Resposta integral às necessidades de saúde
Melhorias em higiene, água, saneamento e educação para a saúde das comunidades	Promoção de boas condições e de estilos de vida saudáveis, diminuindo os riscos sociais e ambientais
Tecnologias simples para trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários	Equipes de saúde profissionalizadas para facilitar o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação com mobilização de recursos locais e gestão de centros de saúde por meio de comitês de saúde	Participação social ampla, Conselhos de Saúde e mecanismos de responsabilização e prestação de contas
Gestão de recursos escassos e redução de postos de trabalho	Aumento dos recursos para alcance da cobertura universal
Atenção primária como contrário do hospital	Atenção primária integrada com todos os níveis
APS é barata e requer modesto investimento	Requer investimentos consideráveis, mas é mais eficiente do que as alternativas

Fonte: extraído de OMS, Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária à Saúde – Agora mais do que nunca

APS integral é...

- Valorizar os profissionais de Saúde da Família

A PESQUISA

O que foi a pesquisa, seu principal objetivo e metodologia

Os indicadores aqui apresentados foram produzidos com base na pesquisa “Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos”, de 2008, a cargo do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz), financiada pelo Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica com recursos do Fundo Nacional de Saúde. Seu objetivo: analisar a implementação da Estratégia Saúde da Família com foco na coordenação dos cuidados, na integração à rede de serviços e na atuação intersetorial, pela perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores.

Quais municípios foram estudados?

Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. Estas cidades foram selecionadas pois apresentam experiências consolidadas de implementação da ESF. Critérios considerados: elevada cobertura populacional (maior 50%), tempo de implementação mínimo de cinco anos e presença de práticas inovadoras e bem sucedidas na mudança do modelo assistencial.

Critérios de seleção e características dos municípios estudados, 2008

Critérios/ Características	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Ano de implantação da ESF	1998	2002	1998	1998
Presença de práticas inovadoras	Acolhimento Integração SF e Programas Saúde Coletiva	Acolhimento Integração da rede	USF campo de prática para graduação Prontuário Eletrônico	Intersetorialidade Adesão à Avaliação para Melhoria da Qualidade
População municipal 2008	536.785	2.434.642	402.346	317.817

Entrevistados

As principais fontes de informação foram: entrevistas com gestores e gerentes municipais e representantes de entidades profissionais, questionários autoperenchidos pelos profissionais da ESF e questionários fechados, aplicados a amostra representativa de famílias cadastradas em seu domicílio. As análises articularam as perspectivas de gestores, profissionais das equipes e famílias cadastradas.

Número de médicos, enfermeiros, ACS, auxiliares de enfermagem, famílias e gestores entrevistados por município de pesquisa, 2008

Entrevistados	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória	Total
Médicos	56	72	61	35	224
Enfermeiros	66	75	70	50	261
Agentes Comunitários de Saúde	150	170	140	127	587
Auxiliares de enfermagem	60	89	72	43	264
Famílias	800	900	789	822	3.311
Gestores/gerentes/representantes entidades profissionais	19	22	18	18	77

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

Evolução da cobertura pela Estratégia Saúde da Família nos municípios selecionados, 2005 a 2010

Município	Número de equipes População coberta (%)					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aracaju	126 90,6	128 88,6	127 86,7	127 86,7	129 82,9	132 83,7
Belo Horizonte	504 75,4	501 72,8	484 69,6	497 71,5	504 71,4	504 70,9
Florianópolis	66 61,7	78 67,8	84 71,3	91 77,2	94 80,6	100 84,5
Vitória	64 73,0	59 65,0	56 60,9	71 77,3	75 81,4	77 82,9

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Obs.: N° de Equipes de Saúde da Família implantadas nos meses de dezembro

APS integral é...

- Equipes e população: um vínculo ao longo da vida
- Integralidade em suas várias dimensões
- Coordenação dos cuidados
- Trabalho intersetorial

OS INDICADORES

Indicadores e resultados para avaliação da Atenção Primária Integral à Saúde

Avaliar as ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família para a organização do sistema, sua integração na rede de serviços e seus impactos na saúde é desafio para gestores, profissionais de saúde e população usuária. A seguir apresentamos alguns indicadores para avaliação da atenção primária em nível local.

A Unidade de Saúde da Família é o “primeiro” serviço de saúde procurado pela população quando necessita de atendimento em saúde?

A Unidade de Saúde da Família (USF) de porta aberta facilita a procura regular, ou seja, deve ser o primeiro serviço de saúde buscado em caso de necessidade. Sua insuficiente oferta pode ter como consequência a busca de emergências como serviço de primeiro contato.

Para a grande maioria de médicos e enfermeiros nas cidades pesquisadas a Unidade de Saúde da Família é o primeiro serviço procurado em caso de necessidade de atendimento. Em Aracaju, Belo Horizonte e Vitória, aproximadamente 70% das famílias indicaram a USF como serviço de procura regular. Contudo, a USF não foi o serviço procurado, em três casos, por mais da metade das famílias em episódio recente de adoecimento.

Isso pode demonstrar que, mesmo com a expansão da cobertura por equipes de Saúde da Família, os municípios ainda têm problemas que comprometem a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema. Por exemplo: funcionamento no mesmo horário do período de trabalho, dificuldade para atender os usuários sem agendamento prévio, não funcionamento nos fins de semana, entre outros.

Porta de entrada	Aracaju	BH	Florianópolis	Vitória
% de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que a população procura primeiro a USF quando necessita de atendimento de saúde	92,5	89,2	87,2	83,0
% de famílias* que indicam a USF como serviço de procura regular	69,6	74,4	50,3	69,1
Serviços de saúde procurados pelas famílias com moradores que adoeceram nos últimos 30 dias (%)				
USF	41,1	52,4	31,8	47,0
Pronto-socorro, emergência	29,0	15,3	28,0	8,1
Serviços privados de saúde	20,6	18,6	23,3	17,7
Ambulatório de hospital	5,1	7,3	2,6	20,2
Policlínica/Posto de Assistência Médica	-	4,4	9,5	2,5
Outro	4,2	2,0	4,8	4,5

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

* Entre as famílias que apontaram ter um serviço de procura regular

A Unidade de Saúde da Família é conhecida pela população e está em local acessível, fácil de chegar?

Nos quatro municípios ocorreu expansão das USF em todas as regiões das cidades, organizadas em rede, no sentido de garantir acesso mais oportuno à APS.

Do ponto de vista das famílias, houve problemas de acesso. Cerca de 15% relataram não conhecer a ESF, mesmo após explicação sobre a Estratégia. Entre os usuários que afirmaram conhecê-la, o acesso foi considerado fácil. Barreiras geográficas dificultam o acesso, enquanto a proximidade física das USF, como confirmado pela maioria das famílias que relataram chegar a pé, reduz distância, tempo e custos com deslocamento até o serviço de saúde.

Conhecimento da Estratégia Saúde da Família (%)	Aracaju	BH	Florianópolis	Vitória
Famílias que conhecem a ESF (espontânea + estimulada)	84,1	84,4	70,0	82,5
Famílias que relatam chegar a pé ao local da ESF	89,2	85,6	73,2	84,0

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

Ampliação da integralidade da APS em Aracaju

Em Aracaju, programas de saúde coletiva relacionados a agravos transmissíveis (tuberculose, hanseníase, DST/Aids etc.) e não transmissíveis (hipertensão, diabetes etc.) foram descentralizados, e passaram a ser desenvolvidos pelas Equipes de Saúde da Família. A função da Vigilância em Saúde neste cenário é monitorar as ações. Há retroalimentação mensal com envio das informações da Vigilância Epidemiológica para coordenadores de áreas estratégicas, entre elas a Atenção Básica, que compõem a Coordenadoria de Gestão do Cuidado, responsável pela organização e a gestão das linhas de cuidado para grupos de maior vulnerabilidade (mulher, criança, adulto, saúde bucal, DST/Aids). Em janeiro de cada ano oficinas com todos os profissionais de saúde avaliam o ano anterior e propõem metas para o ano seguinte.

É tarefa das Equipes de Saúde da Família a investigação de doenças de notificação obrigatória (aquelas cujos casos devem ser comunicados para se adotar medidas de controle). Um exemplo de ação integrada entre a Vigilância e a Atenção Básica foram os casos de sarampo e rubéola, investigados pelas Equipes de Saúde da Família.

A porta de entrada para todas as ações de saúde, individuais e coletivas, é o Centro de Saúde. Mesmo solicitações de atividades de educação em saúde encaminhadas à Vigilância são redirecionadas aos Centros de Saúde, responsáveis pelo vínculo com o território. Articulação e descentralização das ações coletivas são importantes na organização dos serviços, na lógica das ações programáticas e na ampliação da integralidade da APS.

SMS Aracaju

A Equipe de Saúde da Família responde aos problemas de saúde da população?

Há certo consenso de que a resolutividade esperada dos serviços de APS seria de 85%: redes integradas de atenção em saúde com porta de entrada pela Unidade Básica poderiam resolver a grande maioria dos problemas de saúde sem necessidade de especialista. Nos municípios investigados, as principais medidas para aumento da resolutividade da APS foram:

- ampliação dos exames solicitados diretamente pelo médico de família, sem necessidade de encaminhamento;
- coleta de material para exames; e
- disponibilidade de medicamentos na própria unidade.

A grande maioria dos profissionais das equipes considerou satisfatória a resolução de 80% ou mais dos casos atendidos, mas 35% das famílias relataram necessidade de especialista após consulta na Unidade de Saúde da Família. Em relação ao recebimento de medicamentos por famílias atendidas pela ESF, a maioria afirmou receber apenas alguns deles.

Para as famílias, houve melhoria no atendimento após implantação da ESF, com variações. Em Vitória, 51% consideraram que o atendimento melhorou muito.

Resolutividade da Estratégia Saúde da Família (%)	Aracaju	BH	Florianópolis	Vitória
Avaliação das famílias quanto à necessidade de encaminhamento a especialista				
Conseguem resolver o problema de saúde neste atendimento	60,4	60,5	56,9	61,6
Precisam procurar especialista	35,9	32,5	39,9	37,5
Acesso a medicamentos em atendimento na ESF				
Recebem todos os medicamentos	26,6	36,1	40,5	45,6
Recebem apenas alguns medicamentos	65,5	60,9	55,3	50,8
Avaliação das famílias quanto à melhoria do atendimento após implantação da ESF				
Melhorou muito	26,6	32,9	22,4	51,3
Melhorou um pouco	44,5	40,1	33,5	28,2
Ficou igual	15,1	15,2	17,5	12,7
Piorou	5,1	2,8	2,3	2,3
Não sabe/não respondeu	8,7	9,0	24,3	5,5

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

As Equipes de Saúde da Família recebem o mesmo reconhecimento que os demais profissionais de saúde?

A avaliação de médicos e enfermeiros demonstra que é urgente intensificar, em nível local e nacional, estratégias para dar visibilidade ao trabalho e valorizar a atuação dos profissionais da ESF. A baixa credibilidade e o pequeno reconhecimento são obstáculos à coordenação dos cuidados.

Valorização dos profissionais de APS	Aracaju	BH	Florianópolis	Vitória
% de médicos/enfermeiros que concordam muito/concordam que os profissionais da ESF desfrutaram do mesmo reconhecimento profissional que os especialistas	22,0	13,0	29,4	14,6

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso, 2008

Seu município tem Central de Regulação e Marcação de Consultas e Exames?

Nos quatro municípios, um dos principais instrumentos para integração da atenção básica à média complexidade foram as centrais informatizadas de regulação e marcação de consultas e exames a partir dos Centros de Saúde. Belo Horizonte, Florianópolis, Vitória e Aracaju optaram pelo SISREG (Sistema de Regulação), do Datasus. Pelo sistema é possível conhecer o tamanho das filas de espera, monitorá-las, planejar a oferta de atenção especializada em função da demanda, definir prioridades clínicas, verificar o índice de não comparecimento a consultas e exames, além de garantir imparcialidade no controle das agendas. Esses processos gradativamente são incorporados à rotina dos profissionais da atenção básica, que passam a constituir a primeira instância regulatória do SUS.

O que trouxe também um desafio: como garantir a qualidade da regulação descentralizada? Com estratégias para descentralizar as discussões e a responsabilização pelas ações de regulação e a compreensão geral de que a primeira instância regulatória é o Centro de Saúde. Em Belo Horizonte debate-se o conceito de regulação assistencial em distritos e unidades básicas (*ver box sobre Belo Horizonte*).

APS integral é...

- Avaliação sistemática dos resultados
- Participação popular e controle social

Estratégias de regulação pelas Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte

Uma das principais dificuldades para as Equipes de Saúde da Família ocorre quando são necessários exames ou consultas especializados, sendo frequentes as filas de espera. Em 1995, Belo Horizonte criou sua Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados. Esses procedimentos foram gradativamente transferidos aos Centros de Saúde via sistema informatizado. A cada especialidade ou exame foram distribuídas cotas aos Centros de Saúde, considerados aí indicadores de vulnerabilidade social e definidos critérios de prioridade clínica para a fila de espera eletrônica.

Ao mesmo tempo, foram estimuladas a criação de comissões de regulação local e distrital e a definição das atribuições de cada serviço da rede. Compostas por profissionais da unidade de atenção primária, as comissões avaliam os encaminhamentos de suas equipes, solicitando informações ou buscando recursos no próprio Centro de Saúde para a resolução do caso. A comissão local é responsável também pela priorização segundo critérios clínicos. Consultas e exames são inseridos no sistema a partir do Centro de Saúde, que acompanha sua solicitação na fila e insere ou retira casos.

Arlindo Ferreira, Ceila Maria Silva, Sônia Matos, Zeila Marques, SMSA Belo Horizonte

O profissional da Equipe de Saúde da Família registra os atendimentos?

O registro de informações sustenta a coordenação dos cuidados na própria Unidade de Saúde da Família – e também quando o usuário é referenciado para outros serviços de saúde. O prontuário eletrônico (*ver box sobre Florianópolis*), por exemplo, melhora a comunicação entre os diversos profissionais da rede. Embora a maior parte dos médicos das Equipes de Saúde da Família forneça informações por escrito quando o paciente é referenciado, apenas pequena minoria relatou receber informações do especialista. A ausência da contrarreferência, isto é, o retorno de informações do especialista para o médico de saúde da família, sugere necessidade de maior integração entre profissionais da atenção básica e especializada.

Registro de informações clínicas	Aracaju	BH	Florianópolis	Vitória
% de médicos que fornecem informações por escrito sempre/na maioria das vezes quando o paciente é referenciado	76,8	95,8	93,4	100,0
% de médicos que recebem contrarreferência sempre/na maioria das vezes após consulta do usuário com especialista	5,4	2,8	11,5	11,4

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

Prontuário eletrônico do paciente em Florianópolis

A informatização dos Centros de Saúde e o Prontuário Eletrônico, com plataforma amigável e de fácil uso, adaptada e atualizada segundo a experiência dos profissionais que a empregam, têm sido de fundamental importância na integração da rede de saúde em Florianópolis. O Prontuário Eletrônico é adotado em Unidades Básicas de Saúde, de Pronto Atendimento, Policlínicas, Centros de Atenção Psicossocial e integrado à Gestão de Estoques, responsável pela distribuição de medicamentos e materiais. É possível usar o mesmo prontuário na USF e na Policlínica de Especialidades.

Nele estão todas as informações de saúde do indivíduo. Permite acesso imediato à agenda de consultas e a serviços de urgência. Antes de sua adoção havia dificuldade para agendar consultas com hora marcada, para buscar e arquivar prontuários e informar os diversos sistemas do Ministério da Saúde. Além de facilitar atendimento e retorno do paciente a sua Unidade de Saúde da Família, elimina a contrarreferência por papel, otimiza recursos humanos e financeiros, com redução de solicitações de encaminhamento e exames. Em fase de atualização, será plataforma-web que integrará a família ao prontuário individual.

Daniel Moutinho, SMS Florianópolis

Como facilitar

- **O usuário vai a pé à Unidade de Saúde da Família? Quanto mais perto da moradia, melhor o acesso**

Quem se responsabiliza pelo percurso terapêutico do usuário no sistema de saúde?

Uma das funções essenciais da Atenção Primária Integral à Saúde é responsabilizar-se por todo o ciclo de cuidados. Cada vez mais a Saúde da Família se responsabiliza pelo agendamento de serviços especializados. Em Belo Horizonte e Vitória, respectivamente, 67% e 63% dos usuários referenciados ao especialista nos últimos 12 meses afirmaram que a consulta foi agendada pela Unidade de Saúde da Família. Parte dos usuários procurou serviços especializados por conta própria, o que pode indicar barreiras à constituição da porta de entrada pela APS na organização de fluxos e também o uso de planos privados de saúde.

Acesso ao especialista	Aracaju	BH	Florianópolis	Vitória
Principal forma de acesso ao especialista informada por usuários referenciados nos últimos 12 meses (%)				
A consulta com especialista foi agendada pela USF	43,2	66,7	40,1	62,7
O usuário procurou por conta própria sem qualquer encaminhamento	25,7	19,4	15,0	19,4

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso, 2008

Como facilitar Qual o tempo de espera por consultas e exames?

- Tempo de espera: monitorar para reduzir

Qual o tempo de espera por consultas e exames especializados?

Para conhecer o tempo de espera são necessários instrumentos de organização e regulação da oferta de procedimentos. Além de regular acesso e marcação de consultas e exames, o SISREG permitiu, nos municípios estudados, o monitoramento online das filas de espera para a atenção especializada, possibilitando à Equipe de Saúde da Família acompanhar o percurso do usuário.

Entre os usuários referenciados ao especialista, a maioria informou ter sido atendida em até um mês em três municípios – o maior percentual foi encontrado em Vitória (77%); para exames, até 7 dias em Belo Horizonte (54%) e Vitória (50%). Maior agilidade no recebimento dos resultados foi observada em Florianópolis.

Tempo de espera para procedimentos especializados (%)	Aracaju	BH	Florianópolis	Vitória
Tempo médio de espera estimado por médicos/enfermeiros				
Consultas especializadas				
em até 1 mês	23,7	13,6	13,0	41,2
3 meses e mais	32,0	53,1	57,3	34,1
Tempo de espera pelo atendimento com o especialista estimado por usuários				
até 30 dias	59,5	58,1	43,9	76,5
3 meses e mais	9,2	17,0	16,0	10,8
Tempo de espera estimado por usuários referenciados por médico da ESF (%)				
Realização dos exames				
de 0 a 7 dias	18,0	53,6	19,0	50,4
em até 30 dias	68,4	89,4	57,7	90,6
Recebimento dos resultados dos exames				
de 0 a 7 dias	19,2	22,3	51,8	36,3
em até 30 dias	76,5	91,4	84,6	93,6

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

Determinação social

A saúde da população é inseparável do desenvolvimento econômico e social. Depende das condições de vida e trabalho das pessoas, do acesso a renda, educação, lazer, alimentação saudável, moradia, transporte, serviços de saúde. Para enfrentar estes determinantes sociais dos processos saúde-doença é necessária uma articulação de todos os setores de políticas públicas em uma ação conjunta, chamada intersetorial, para buscar o desenvolvimento social integrado e a promoção da saúde.

Os profissionais da Equipe de Saúde da Família participam de atividades voltadas à solução de problemas na comunidade?

A construção de uma APS abrangente exige, além de organização dos serviços de saúde, ações intersetoriais de resposta aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Problemas relacionados à falta de saneamento, acesso à água potável, alimentação saudável, trabalho, renda, lazer, como se sabe, ultrapassam as intervenções específicas do setor e envolvem articulação das políticas econômicas e sociais.

A ação comunitária das equipes pode apoiar a comunidade na busca de soluções de problemas do bairro junto a outros órgãos públicos .

Não é alta a participação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família em atividades com outros órgãos públicos ou entidades da sociedade. Menos da metade de médicos afirmou participar. Os maiores percentuais de participação foram verificados entre enfermeiros e ACS em Aracaju e Vitória e médicos em Florianópolis, o que indica que a articulação intersetorial das equipes necessita desenvolvimento. O ACS tem uma função muito importante no levantamento dos problemas da comunidade. Em Aracaju, 71% dos ACS afirmaram participar de ações para levantamento das necessidades em saneamento e meio ambiente.

Ações intersetoriais	Aracaju	BH	Florianópolis	Vitória
% profissionais da ESF que participam de atividades voltadas à solução de problemas da comunidade com outros órgãos				
Médicos	30,4	12,5	41,0	37,1
Enfermeiros	53,0	24,0	38,6	58,0
ACS	50,7	34,1	33,6	48,0
% ACS que realizam levantamento das necessidades da população em saneamento e meio ambiente	71,3	57,0	67,9	64,6

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

Como facilitar

- Prontuário eletrônico, mais cuidado em saúde
- Saúde e ambiente, a dobradinha da comunidade

As Equipes de Saúde da Família realizam atividades comunitárias?

Menos da metade de médicos e enfermeiros (exceto em Aracaju) promoveu reuniões com a comunidade nos últimos 30 dias, e foi baixo o percentual de famílias que afirmou ter tomado conhecimento de reuniões organizadas pelas Equipes de Saúde da Família.

Reuniões com comunidades	Aracaju	BH	Florianópolis	Vitória
% profissionais que realizaram reunião com a comunidade nos últimos 30 dias				
Médicos	37,5	25,1	36,1	25,8
Enfermeiros	57,6	40,0	38,6	34,0
% famílias com conhecimento de reuniões organizadas pela ESF para discutir problemas de saúde do bairro	25,3	30,5	27,9	42,5

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

Câmaras territoriais de políticas públicas em Vitória

A intersetorialidade constitui uma das diretrizes centrais da gestão pública, sendo consensual a avaliação de que a administração municipal é sustentada no princípio da articulação e da integração entre as várias secretarias, sobretudo as da área social. Vitória criou as Câmaras Territoriais, que são fóruns de discussão dos principais problemas do território e de integração das políticas públicas, com otimização de recursos humanos, financeiros, materiais, organizativos e políticos.

As Câmaras Territoriais atuam de forma descentralizada e intersetorial, conforme a realidade de cada região. Têm caráter deliberativo e são constituídas por gestores e técnicos das diversas secretarias que atuam no território. A discussão coletiva e a tomada de decisões por consenso são a base de sua dinâmica. Os temas a serem debatidos nesses fóruns são priorizados a partir das demandas levantadas pelos diferentes setores e, depois de problematizados, definem-se as responsabilidades e a programação de execução. As ações são desenvolvidas de forma integral e avaliadas mensalmente num processo contínuo: novas ações são construídas na medida em que algumas são finalizadas. Além disso, a Câmara Territorial possibilita que técnicos e gestores de diferentes setores se conheçam, conversem e definam os caminhos para a efetividade do atendimento.

SMS, Vitória

Como os profissionais da ESF são selecionados e contratados?

A contratação por concurso público e o estabelecimento de vínculo estatutário facilitam adesão e fixação dos profissionais. Nos municípios investigados, a grande maioria dos médicos e enfermeiros tem vínculo estatutário e foi selecionada por meio de concurso público. Assim os profissionais permanecem mais tempo na equipe, adquirem experiência, conhecem os usuários e podem melhor acompanhá-los.

Vínculo e tempo de atuação	Aracaju	BH	Florianópolis	Vitória
Vínculo				
% médicos estatutário	92,9	80,6	65,6	91,4
% enfermeiros estatutário	92,4	94,7	31,4	100
% médicos vínculo SMS	100,0	100,0	96,7	100,0
% enfermeiros vínculo SMS	95,5	100,0	95,7	96,0
Tempo de atuação na equipe Saúde da Família				
% médicos + de 4 anos	62,5	44,4	29,5	41,9
% enfermeiros + de 4 anos	68,2	56,0	24,3	48,0

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

**SUS – acesso universal a serviços de
saúde de qualidade – direito de todos**

CONCLUSÃO

Facilitadores e obstáculos na Atenção Primária Integral à Saúde

Os resultados mostraram variações importantes entre os municípios estudados, apontando graus distintos de implementação da Estratégia Saúde da Família. Entre as limitações dos resultados, cabe destacar que as experiências analisadas não podem ser generalizadas para todo o país, que revela etapas muito distintas de implementação e cobertura por equipes de Saúde da Família. A seguir apresentaremos algumas recomendações importantes para alcance da Atenção Primária Integral à Saúde, dos fatores facilitadores aos obstáculos:

Facilitadores

- A expansão da cobertura pela ESF com serviços de porta aberta é elemento facilitador para o uso regular e reduz a busca de serviços de urgência como primeiro contato;
- A proximidade das Unidades de Saúde da Família do local de moradia das famílias atendidas aumenta o acesso em grandes centros urbanos, principalmente pela redução de barreiras geográficas e de tempo;
- A responsabilização pelo percurso terapêutico do usuário por parte das Equipes de Saúde da Família e o estabelecimento de fluxos formais para a atenção especializada e hospitalar são essenciais no atendimento integral;
- A descentralização da regulação e marcação de procedimentos especializados em centrais informatizadas e comissões locais de regulação nos Centros de Saúde contribuem para que as Equipes de Saúde da Família se responsabilizem pelo cuidado ao usuário e pelo acesso mais oportuno aos demais níveis do sistema de saúde;
- Estratégias como o acolhimento para o atendimento articulado das demandas espontânea e programada possibilitam que a Unidade de Saúde da Família se torne o serviço de procura regular;
- Autonomia dos serviços de APS para solicitação de exames, ampliação da distribuição de medicamentos e coleta de material para exame na Unidade de Saúde são também facilitadores;
- Educação continuada, supervisão e apoio matricial de outros profissionais aumentam a resolutividade das equipes de Saúde da Família e aproximam profissionais da atenção primária e da especializada;
- O monitoramento dos tempos de espera e o estabelecimento de critérios de prioridade clínica contribuem para garantir acesso em tempo adequado aos usuários;
- O emprego de Tecnologias de Informação e Comunicação, como o prontuário eletrônico, contribui para a continuidade dos cuidados em saúde, pois permite o registro das informações clínicas e das referências pelos profissionais de APS e especialistas;

- Garantir a contrarreferência nos atendimentos realizados na atenção especializada é também fundamental à continuidade dos cuidados;
- A discussão de protocolos clínicos entre profissionais da atenção primária e especializada contribui para a adesão, na prática clínica, das diretrizes estabelecidas;
- A presença de câmaras territoriais intersetoriais regionais como fóruns permanentes deliberativos de articulação de secretarias/setores que atuam no território viabiliza ação governamental articulada no enfrentamento de problemas sanitários e sociais.

Obstáculos

- A falta de visibilidade ao trabalho dos profissionais de APS pelos pares e pela sociedade, obstáculo cuja superação exige ações de valorização;
- A inexistência de uma carreira profissional do SUS e a ausência de vínculos de trabalho estáveis geram rotatividade dos profissionais das equipes e comprometem a continuidade dos cuidados aos usuários.
- A pouca articulação entre prestadores municipais e estaduais. Otimizada, esta articulação amplia a oferta de atenção especializada;
- A inexistência de uma política de atenção especializada por parte do gestor federal é outro obstáculo a ser superado;
- A articulação das vigilâncias sanitária e ambiental com a vigilância em saúde é necessária para maior sinergia de ação dos diversos agentes de saúde – comunitários, de endemias – no território, tendo como base as Unidades de Saúde da Família;
- A insuficiente participação das equipes de Saúde da Família em atividades voltadas para a solução de problemas da comunidade;
- A insuficiência de atendimento domiciliar a acamados e idosos. O atendimento profissional domiciliar no cuidado de idosos é avaliado positivamente por parcelas da classe média que, por este motivo, passam a reivindicar a cobertura por Equipes de Saúde da Família em suas áreas de moradia;
- A baixa adesão da classe média. Urge implementar estratégias diferenciadas para reduzir a resistência da classe média às ações da Saúde da Família, pois a utilização desses serviços por estratos populacionais com maior poder de vocalização amplia a capacidade de mobilização de recursos em defesa do SUS e garante atenção de melhor qualidade para toda a população.

Ainda que a realidade da Saúde da Família seja bastante diversificada nas diversas regiões do Brasil, esperamos que os indicadores aqui apresentados possam contribuir para o acompanhamento e o aprimoramento da atenção primária em diferentes realidades locais.

Na internet

Os relatórios completos dos Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégias Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos estão disponíveis na Biblioteca Multimídia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz no endereço: www.ensp.fiocruz.br/biblioteca

Artigos relacionados

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010, 26(2), 286-298.

Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2011, 29(2),84-95.

Fausto MCR, Mendonça MHM, Escorel S, Almeida PF. A gestão do cuidado em saúde: análise da dimensão organizacional na experiência de quatro centros urbanos. *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*. 2010, 1, 71-94.

Giovanella L; Mendonça MHM, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCA, Andrade CLT, Senna M, Martins MIC, Sisson MC. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*. 2010, 34, 248-264.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCA et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009.14(3), 783-794.



Saúde da Família



Sistema
Único
de Saúde

Acesso universal a serviços de saúde de qualidade — direito de todos



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

UFRB

Global Health Research Initiative



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA