

Chitto Sisson, Maristela; de Andrade, Selma Regina; Giovanella, Lígia; Fidelis de Almeida, Patty; Rodrigues Fausto, Márcia Cristina; Pacheco de Souza, Cleusa Rosalia
Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial

Saúde e Sociedade, vol. 20, núm. 4, octubre-diciembre, 2011, pp. 991-1004

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263680016>

Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial¹

Family Health Strategy in Florianópolis: integration, coordination and position in the local healthcare network

Maristela Chitto Sisson

Doutora em Ciências. Médica, Serviço de Saúde Pública do HU, Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço: Travessa Erotides Maria Oliveira, 116, CEP 88062-170, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: mcs@mbox1.ufsc.br

Selma Regina de Andrade

Doutora em Enfermagem. Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço: Rua João Pio Duarte Silva, 404, apto. 407, Córrego Grande, CEP 88037, 000, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: selma@ccs.ufsc.br

Lígia Giovanella

Doutora em Saúde Pública. Médica. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Endereço: Av. Brasil, 4036, sala 1001, CEP 21040-361, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: giovanel@ensp.fiocruz.br

Patty Fidelis de Almeida

Doutora em Saúde Pública. Psicóloga, Professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Endereço: Rua do Cajueiro, S/N. CEP 44574-490, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

E-mail: patty@ufrb.edu.br

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Doutora em Medicina Social. Assistente Social. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Endereço: Av. Brasil, 4036, sala 1001, CEP 21040-361, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: marciafausto@ensp.fiocruz.br

Cleusa Rosalia Pacheco de Souza

Mestre em Saúde Pública. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Endereço: Av. Professor Henrique da Silva Fontes, 6100, CEP 88036-700, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: kedarpas@pmf.sc.gov.br

Resumo

O estudo buscou examinar o modelo assistencial da atenção básica em saúde em Florianópolis, a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família, e analisar suas possibilidades de conduzir a organização do sistema de saúde quanto à integração à rede de serviços com coordenação dos cuidados desde a perspectiva dos atores sociais envolvidos. Utilizou-se como metodologia o estudo de caso com abordagens quantitativas e qualitativas e diversas fontes de informação convergentes trianguladas. Foram entrevistadas 789 famílias e 343 profissionais responderam ao questionário do inquérito. A análise do modelo baseou-se nas dimensões: posição da estratégia de saúde da família na rede assistencial; mecanismos de integração da rede assistencial; disponibilidade e uso de informações sobre a atenção prestada e integração do PSF com programas de saúde coletiva e ações de vigilância à saúde. Os resultados mostraram que é preciso avançar mais para a consecução dessas dimensões e para que se constitua em estratégia de reordenamento do SUS, com um mínimo de impacto sobre a conversão do modelo assistencial. O fortalecimento da Estratégia Saúde da Família na posição de porta de entrada preferencial integrada à rede, com referências reguladas para a atenção especializada, indica potencialidades futuras para reorientar a organização do sistema.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Modelo assistencial; Atenção Primária de Saúde.

¹ A pesquisa foi financiada pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

Abstract

This study aimed at examining the primary health-care model in Florianópolis (Southern Brazil), based on the implementation of the *Estratégia Saúde da Família* (ESF - Family Health Strategy), and also at analyzing its possibilities of conducting the health system organization regarding the integration to the service network with care coordination, from the perspective of the involved social actors. A case study was utilized as methodology, with quantitative and qualitative approaches, in which 789 families, 18 administrators/managers and 343 professionals answered a questionnaire. The analysis of the model was based on the following dimensions: position of the family health strategy in the care network; mechanisms for integration of the healthcare network; availability and use of information about the provided care; and integration of the ESF with public health programs and health surveillance actions. The results showed that more progress is needed to achieve these dimensions so that this becomes a strategy to reorganize the *Sistema Único de Saúde* (SUS - Brazil's National Health System), with some impact on the conversion of the care model. Strengthening the Family Health Strategy in the position of preferred entrance door integrated to the network, with regulated referrals to specialized care, indicates future potential to reorient the organization of the system.

Keywords: Family Health Program; Care Model; Primary Health Care.

Introdução

A associação entre melhores resultados em saúde e orientação de sistemas nacionais de saúde pelos princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) tem adquirido reforços entre autores e organizações internacionais e regionais recentemente (WHO, 2008a). Vários estudos reiteram evidências da efetividade da APS, que bem estruturada e consistente, com serviços de primeiro contato integrados ao sistema de saúde e oferta integral de ações, impacta positivamente sobre indicadores de situação de saúde e produz ganhos de eficiência (Macinko e col., 2003).

Empregada como modelo referencial de organização e oferta de serviços de saúde, a denominação APS abrange diferentes interpretações, de complexidade conceitual e abordagens práticas distintas. As interpretações mais utilizadas (Conass, 2007) incluem concepções de APS tanto em sentido seletivo quanto ampliado. No sentido seletivo, a APS é entendida como um programa focalizado, com cesta restrita de serviços para cobrir determinadas necessidades de grupos populacionais em situação de pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário. A APS concebida no sentido abrangente de política de reorganização de modelo assistencial constitui um conjunto de serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, relevantes às necessidades de saúde e funcionalmente integrados que criam vínculos longitudinais e se responsabilizam por seus cuidados individuais e coletivos no território.

A perspectiva de uma APS abrangente, correspondente a uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde, desenvolveu-se a partir do preconizado na Conferência de Alma Ata, em 1978. Nessa concepção, além de definir a APS como o primeiro nível de atenção integrado ao sistema de saúde, inclui entre seus princípios: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico, acesso e cobertura universais com base nas necessidades, participação da comunidade; ação e coordenação intersectorial e uso de tecnologia apropriada e efetiva. Assim pode ser considerada como uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e

para a sociedade promover a saúde.

Com o relatório de 2008, denominado “Atenção primária em saúde, mais necessária do que nunca”, a OMS comemorou os 30 anos da Conferência de Alma-Ata/1978 sobre Cuidados Primários de Saúde, reafirmando e politizando o tema (WHO, 2008b). É um documento que reitera um corpo substancial de evidências sobre as vantagens comparativas, em termos de eficácia, eficiência e equidade, de cuidados de saúde organizados como cuidados primários orientados para as pessoas.

Aponta como traços característicos, para assegurar ganhos em saúde e melhores resultados sociais, a orientação para a pessoa, a comprehensividade e integração, e a continuidade dos cuidados, assim como a existência de um ponto de entrada regular no sistema de saúde, de modo que se torne possível construir uma relação de confiança entre as pessoas e os seus prestadores de cuidados.

O documento refere uma mudança em direção à necessidade de um pensamento mais abrangente sobre o desempenho do sistema de saúde como um todo, assumindo assim a necessidade de um modelo amplo de APS e reconhecendo que o que foi considerado como cuidado primário em contextos com recursos adequados foi excessivamente simplificado em ambientes de recursos escassos.

No Brasil, nas publicações oficiais do Ministério da Saúde, os termos “Atenção Primária de Saúde” (APS) e “Atenção Básica de Saúde” (AB) foram utilizados corriqueiramente como sinônimos, porém seus significados têm resultado diferentes aplicações. Os programas de extensão de cobertura dos anos 1970 representavam a busca por formas alternativas de racionalização, compatíveis com o modelo dominante e capazes, ao mesmo tempo, de tornar o setor saúde menos excludente frente às necessidades que para ele se canalizavam (Donnangelo, 1976).

No início dos anos 1990, para diferenciar-se da concepção de uma atenção primária à saúde seletiva, empregou-se o termo atenção básica em saúde, caracterizada como atenção à saúde de primeiro nível. No final da década, passou a representar uma mudança mais profunda do modelo assistencial, como desdobramento da proposta do Programa de Saúde da Família, que, assumido pelo Ministério da Saúde como estratégia para reorganização do sis-

tema de saúde, tinha a perspectiva de implementar uma atenção primária abrangente.

Na sua proposta mais recente, a APS concebe uma forma ampliada que se apresenta articulada ao Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a) e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2006b). Esta última ampliou o escopo e a concepção da atenção básica no país, incorporando os atributos da atenção primária em saúde, para caracterizar uma atenção abrangente, operacionalizada como ponto de contato preferencial e porta de entrada do sistema de saúde, em consonância com os pressupostos teóricos clássicos (Starfield, 2002) e com a OPS (2005).

A Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2006b) reconheceu a Estratégia Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica. É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas 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. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. Possui incentivos financeiros federais, uma cobertura populacional estimada em 92 milhões de habitantes, ou 48% da população do país, e suas 29 mil equipes implantadas se distribuem em 94% dos municípios brasileiros (Brasil, 2008).

Entretanto, as condições e características de implantação do modelo nos diferentes municípios têm sido heterogêneas, variabilidade que, na prática, é a expressão concreta dos contextos e momentos históricos específicos de cada experiência de implantação (Sisson, 2002). Para que se realizem avanços na política, é de fundamental importância o exame da atenção primária da perspectiva de todos os envolvidos, profissionais da saúde, gestores e especialmente usuários, avaliando fatores facilitadores e limitantes da sua implementação.

Nesta linha, em 2008 desenvolveu-se uma pesquisa sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos, com a

característica comum de sediar experiências exatas do PSF (Giovanella e col., 2009), somando-se a diversas outras iniciativas semelhantes (Ibañez e col., 2006; Szwarcwald e col., 2006; Fachini e col., 2006; Sisson, 2002).

O presente artigo analisa parte dos resultados desta pesquisa. Teve o propósito de examinar a implementação da Estratégia de Saúde da Família e analisar suas possibilidades em conduzir a organização do sistema de saúde quanto à integração à rede de serviços com coordenação dos cuidados, desde a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores. As dimensões abordadas são consideradas essenciais para uma atenção primária abrangente e, portanto, estratégicas para a reorganização do sistema de saúde. A coordenação de cuidados tem a perspectiva de articular diversos serviços e ações de saúde relacionadas, que compõem determinada intervenção, de uma forma sincronizada e dirigidos a um objetivo comum. Em função disso, constitui-se completamente como tal e é percebida pelos usuários como atenção de forma contínua, na presença de uma rede assistencial integrada por todos os níveis de prestação de serviços de saúde (Saltman e col., 2006).

Procedimentos Metodológicos

A pesquisa consistiu em um estudo de caso desenvolvido por meio de metodologias quantitativas e qualitativas, cujas diversas fontes de informação sofreram processo de triangulação (Yin, 2005).

O município de Florianópolis, SC, foi selecionado intencionalmente por possuir experiência consolidada, considerando-se elevada cobertura populacional do PSF (> 50%), grau de institucionalização da estratégia, tempo de implementação mínimo de cinco anos e presença de práticas inovadoras e bem-sucedidas na mudança do modelo assistencial, identificadas a partir de entrevistas com dirigentes do Ministério da Saúde.

Informações sobre integração foram buscadas nos âmbitos da gestão do sistema de saúde, do processo de trabalho dos profissionais e do cuidado recebido pelas famílias, respectivamente por meio de informações obtidas de gestores/gerentes, profissionais das equipes de saúde da família e famílias cadastradas.

As experiências dos profissionais de saúde sobre coordenação dos cuidados, integração e posição na rede assistencial foram examinadas com base em questionários autoaplicáveis ao universo de médicos e enfermeiros, com pelo menos seis meses de atuação na ESF até dezembro de 2007, totalizando 131 entrevistas (61 médicos de saúde da família e 70 enfermeiros). Também foram entrevistados 72 auxiliares/técnicos de enfermagem e dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada equipe (140).

Um inquérito de base domiciliar com aplicação de questionários fechados a uma amostra de famílias cadastradas permitiu conhecer experiências e avaliação dos usuários em relação ao acesso e à utilização de serviços de atenção especializada. O informante familiar foi o chefe da família ou cônjuge, entrevistado no domicílio. O plano de amostragem foi do tipo conglomerado em três estágios de seleção: equipe de saúde da família como unidade primária de amostragem, agente comunitário de saúde como unidade secundária de amostragem e, como unidade elementar, a família cadastrada. Cinco famílias selecionadas aleatoriamente de cada dois agentes comunitários de saúde das equipes selecionadas foram entrevistadas (789).

A análise das estratégias da gestão municipal de saúde para a integração da rede assistencial foi realizada a partir de abordagem qualitativa, com análise de conteúdo de informações obtidas em entrevistas com roteiros semiestruturados realizadas com gestores e gerentes da SMS (12), gerentes de outras secretarias relacionados a atividades intersetoriais (03) e representantes de entidades de profissionais de saúde (03). Dados secundários de sistemas de informação subsidiaram a caracterização sociodemográfica e sanitária dos municípios.

A partir de revisão de literatura e análise documental (Almeida e Macinko, 2006; Brasil, 2005; Escorel e col., 2005; Fachini e col., 2006; Viana e col., 2006; Ibañez e col., 2006) foram definidas quatro dimensões para a análise do modelo assistencial implementado, no que concerne à integração do sistema de saúde: i) posição da estratégia de saúde da família na rede assistencial; ii) mecanismos de integração da rede assistencial; iii) disponibilidade e uso de informações sobre a atenção prestada; iv) integração do PSF com programas de saúde coletiva e ações de vigilância à saúde.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz (Parecer 27/08) e autorizado pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Ofício 008/2008). O trabalho de campo foi realizado no período de maio a julho de 2008.

Implementação e Consolidação da ESF em Florianópolis: breve histórico

Florianópolis, cidade de médio porte e capital do Estado de Santa Catarina, teve as primeiras equipes e iniciativas de implantação da Estratégia Saúde da Família entre 1996 e 1997, em uma fase de incipiente capacidade gestora do município na saúde. O município foi habilitado em gestão parcial pela NOB/SUS/93 e pelas NOB 96 e NOAS/SUS/2002 em

Gestão Plena da Atenção Básica, ficando assim sob sua gerência apenas os serviços de atenção básica. A média e a alta complexidade permaneceram sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES), condição que só se modificou em 2007, com a adesão do município ao Pacto pela Saúde, tornando-se responsável gradativamente por garantir atenção especializada e gestão da média e da alta complexidade no sistema local de saúde. O Quadro 1 apresenta alguns dados e características da implementação do PSF em Florianópolis.

Apesar de operada como modelo assistencial para a rede básica desde 2000, em 2007 foi editada a Portaria 283 que institucionalizou a Estratégia Saúde da Família como modelo orientador das ações na atenção básica, normatizando sua organização e as atribuições das equipes de saúde da família no sistema local de saúde, seguindo os princípios e diretrizes da PNAB.

Quadro 1 - Dados e características da implementação do PSF em Florianópolis

Dados e características	1999	2002	2005	2006	2007	2008
População municipal*	281.930	360.603	396.778	406.564	416.267	402.346
Cobertura populacional do PSF**	28,8%	41,1%	61,7%	67,8%	71,3%	77,6%
Número de ESF implantadas**	23	42	66	78	84	87
Número de Centros de Saúde**	47	47	48	48	48	48
Presença de práticas inovadoras preliminarmente identificadas	Centro de Saúde (CS) campo de prática para graduação	CS campo de prática para graduação	CS campo de prática para graduação e pós-graduação (residência em SF)	CS campo de prática para graduação e pós-graduação (residência em SF)	CS campo de prática para graduação e pós-graduação (residência em SF)	CS campo de prática para graduação e pós-graduação (residência em SF)
Habilitação em gestão	Gestão Parcial NOB 96	Gestão Plena da Atenção Básica NOAS 02	Gestão Plena da Atenção Básica NOAS 02	Gestão Plena da Atenção Básica NOAS 02	Pacto pela Saúde Termo de Compromisso de Gestão	Pacto pela Saúde Termo de Compromisso de Gestão
IDH***	0,875	0,881	-	0,875	0,875	0,875
% da população com menos de quatro anos de estudo (dez e + anos de idade)*	12,5%	-	-	-	12,5%	
Índice de exclusão social	-	0,815	-	-	0,815	0,815

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz – Pesquisa Saúde da Família – quatro estudos de caso, 2008. *Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, 2008. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – www.pnud.org.br.

Em 2008, o município dispunha de 48 Centros de Saúde, sendo 45 com unidades de Saúde da Família (das quais 35 eram unidades básicas tradicionais convertidas), três PACS, três Policlínicas, três Centros de Atenção Psicossocial, uma Unidade de Pronto-Atendimento e três bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Em menos de dez anos, a expansão das equipes trouxe uma cobertura populacional de 77,6% de famílias cadastradas, com 87 equipes de SF implantadas. Até o alcance dessa cobertura, foram realizados diversos cadastramentos por diferentes ACS e métodos de territorialização. Várias unidades básicas de saúde participavam da Rede Docente-Assistencial, sendo campo de estágio supervisionado para alunos de cursos de graduação na área da saúde.

Foram definidas prioridades de atendimento na rede às crianças com idade até seis anos, às gestantes, aos idosos, aos portadores de diabetes e hipertensão arterial. Para integrantes desses grupos, agendavam-se consultas e atendia-se demanda espontânea por meio do acolhimento diariamente. Todavia, em diversos centros de saúde, estava definido apenas um dia semanal específico para agendamento de pacientes que não pertencessem aos grupos prioritários. Não havia coleta de material para exames nas unidades, apenas escarro, teste do pezinho e colpocitológico.

Integração à Rede de Serviços Segundo Dimensões de Análise

Posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial

A primeira dimensão analisada relativa à integração ao sistema de saúde, posição da ESF na rede assistencial, indicou em Florianópolis um grau de institucionalização da Estratégia ainda não consolidado (Mendes, 2002), mas considerado em transição nessa direção. No contexto político institucional, entre os fatores que posicionam favoravelmente a Estratégia SF na rede assistencial e facilitam sua consolidação, destacou-se a formalização da política municipal de atenção básica com adequação do documento da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006b) ao nível municipal por meio da edição da Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007.

A posição da ESF como porta de entrada preferencial e regular mostrou dificuldades do ponto de vista organizacional. Ressalvado o fato de que o percentual de profissionais de nível superior das equipes de SF que informaram realizar atendimento de urgência/pronto atendimento foi alto, o tipo de organização formal do atendimento à demanda, com o estabelecimento de prioridades estritas para o atendimento de determinados grupos populacionais, ainda que facilite a busca ativa e o acesso desses grupos, restringe o acesso aos centros de saúde dos cidadãos não pertencentes aos grupos prioritários, dificultando a conformação do centro de saúde como serviço de primeiro contato, atributo essencial de uma APS efetiva. Estudos apontam que os municípios brasileiros ainda enfrentam numerosos problemas que comprometem a condição da APS como porta de entrada preferencial do sistema e sua capacidade de oferecer atenção integral e coordenada nos diferentes níveis do sistema de serviços de saúde. São frágeis os mecanismos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção, o que dificulta o acesso aos serviços especializados e, consequentemente, compromete a resolutividade que se espera dos serviços de APS (Fachini e col., 2006; Ibañez e col., 2006; Conill, 2002).

Apesar de 50% das famílias cadastradas indicarem o Centro de Saúde como porta de entrada preferencial (Centro de Saúde - 30%; Equipes de SF - 19%) e 87% dos médicos e enfermeiros indicarem a ESF como serviço de primeiro contato das famílias (tabela 1), o acolhimento, mecanismo de organização das demandas na rede básica de Florianópolis, é ainda incipiente como tecnologia operacional, e de organização muito diversificada entre as unidades, o que em parte colabora para que um percentual importante das famílias cadastradas utilize os serviços de pronto atendimento como fonte de cuidado regular.

Mecanismos de integração da rede assistencial

Com relação à segunda dimensão de análise, que envolveu os mecanismos de integração da rede assistencial, as informações dos gestores indicam que a experiência recente do município na regulação da atenção especializada trouxe dificuldades pelo baixo acúmulo de aprendizado institucional na gestão

plena do SUS em seu território, dificultando a integração da Estratégia à rede de serviços de saúde. A habilitação apenas na gestão da atenção básica impôs limites reais à integração da APS na rede assistencial devido à incipiente governabilidade do município sobre parte dos serviços especializados, principalmente a atenção hospitalar sob gestão estadual.

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

Também na perspectiva dos gestores, um conjunto de medidas adotadas para promover a integração da AB/SF e garantir acesso à atenção especializada, englobando a adesão ao Pacto de Gestão e assunção de responsabilidade do município pela atenção especializada em 2007, permitiu ampliar a autonomia municipal em relação à organização da atenção e, consequentemente, trouxe ganhos de acesso. Além disso, a alternativa de expansão por meio de policlínicas regionalizadas ampliou e facilitou o acesso aos serviços de média complexidade, apesar de não resolver a fragmentação da rede assistencial ou a questão dos serviços especializados estaduais que não foram descentralizados e atendem à população de todo o estado.

A implantação do Sistema informatizado de marcação e regulação de consultas e exames especializados (SISREG) abriu a possibilidade de definição de prioridades clínicas, permitiu a marcação *online* de procedimentos no próprio centro de saúde, possibilitou o conhecimento e redução das filas de espera e o acompanhamento do percurso do usuário no sistema de saúde.

Apesar desses avanços, persistem dificuldades de acesso à atenção especializada e a ausência de regulação dos serviços hospitalares e de urgência/emergência que estão sob gestão estadual impede a definição de fluxos e o acompanhamento dos pacientes, dificultando as possibilidades de funções de coordenação de cuidados pelas equipes. A ausência de políticas para a atenção de média complexidade por parte do Ministério da Saúde é reconhecida pelo gestor municipal como uma das grandes dificulda-

des para as estratégias de coordenação de cuidados e garantia de acesso à atenção especializada no SUS.

Nesse contexto, também os profissionais médicos e enfermeiros das equipes avaliaram a garantia de atendimento em serviços especializados e a garantia de internação como, respectivamente, insatisfatórias (58% e 31%) e muito insatisfatórias (43% e 67%). Para somente 39% dos enfermeiros e 20% dos médicos as ESF contam com um sistema de referência e contrarreferência que permite ampliar a resolubilidade da rede básica. Não existe uma central de leitos ou internações municipal e os fluxos para internação não estão definidos formalmente (tabela 1).

Ao apresentar um conjunto de afirmações referentes à integração da Estratégia Saúde da Família à rede assistencial para avaliação dos profissionais, no entendimento de 58% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 73% dos ACS a ESF garante atendimento em outros serviços, quando necessário. Essa proporção é menor entre médicos e enfermeiros, e apenas metade dos enfermeiros e 30% dos médicos consideram que a ESF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário.

A grande maioria (92%) dos médicos e enfermeiros identifica a existência de listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e aos hospitais como o principal problema para integração da rede de serviços. Dos médicos, 72% estimaram um tempo de espera de três meses e mais entre o encaminhamento e a realização da consulta especializada. Os melhores resultados foram para exames de patologia clínica: 30% dos médicos e enfermeiros apontaram tempo médio de espera de até três semanas, indicando menores dificuldades de acesso. Para exames de radiologia e ultrassom, 51% do conjunto de médicos e enfermeiros mencionaram período de espera de até três meses e mais, e para as internações, 60% dos médicos estimaram tempo de espera de três meses e mais.

No caso dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, sua marcação e regulação pelo SISREG têm possibilitado os mesmos avanços que os das consultas especializadas e apresenta os mesmos limites da falta de integração entre prestadores municipais e estaduais. A implantação das policlínicas

Tabela I - Avaliação dos profissionais da ESF quanto à posição e integração da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial. Florianópolis, 2008

Assertivas da dimensão integração	Concordância dos profissionais da ESF							
	Médico (n = 61)		Enfermeiro (n = 70)		Auxiliar/ Técnico de Enfermagem (n = 72)		ACS (n = 140)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
O PSF atende apenas com agendamento prévio.	3	4,9	4	6,6	18	25,0	62	44,3
O CS cumpre na prática as funções de pronto atendimento.	33	54,1	40	65,6	47	65,2	98	70,0
A população apresenta forte demanda por atendimento médico, pressionando a ESF para o atendimento da demanda espontânea.	56	91,8	59	96,7	-	-	-	-
O Centro de Saúde é acessível a toda a população cadastrada.	39	64,0	59	96,7	54	75,0	111	79,3
O PSF ampliou o acesso de novas parcelas da população aos serviços de saúde no município.	54	88,5	65	92,9	-	-	107	76,5
O tempo médio entre o agendamento e o atendimento de consultas na Unidade de Saúde é elevado.	17	27,9	25	41,0	35	48,6	106	75,7
A população procura primeiro o Centro de Saúde quando necessita de atendimento de saúde.	48	78,7	67	95,7	-	87,5	119	85,0
A população procura primeiro a rede hospitalar ou unidades tradicionais de saúde.	11	18,1	8	13,1	-	-	86	61,5
O PSF atua articulado aos programas de saúde existentes (tuberculose, hanseníase, diabetes etc.).	58	95,1	66	94,3	67	93,1	126	90,0
O PSF garante o atendimento em outros serviços, quando necessário.	18	29,5	35	50	42	58,3	102	72,9
O PSF garante a realização de exames, quando necessário.	22	36,1	40	57,2	41	56,9	104	74,3
O PSF garante a internação, quando necessária.	6	9,8	23	32,9	23	32	78	55,7
O PSF fornece medicamentos da farmácia básica suficientemente.	52	85,2	59	84,3	52	72,2	110	78,6
A equipe de saúde da família conta com um sistema de referência e contrarreferência que permite ampliar a resolutividade da rede básica.	12	19,6	27	38,6	-	-	-	-

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

regionalizadas possibilitou melhorias no acesso a esses serviços.

Em Florianópolis, a inexistência de coleta de material para exames nos centros de saúde dificulta o acesso a exames. Por meio da marcação em outros serviços, 36% dos médicos e 57% dos enfermeiros concordaram que a ESF garante a realização de exames laboratoriais quando necessários, sendo esta garantia reconhecida entre 74% dos ACS.

As avaliações mais positivas referiram-se ao fornecimento de medicamentos da farmácia básica pela ESF, quando 85% dos médicos e 84% dos enfermeiros informaram considerar a distribuição suficiente.

Outras dificuldades mostraram-se presentes: a contratação/fixação de especialistas; a ampliação dos serviços, que por um lado aumenta a resolutividade da APS, mas não possui monitoramento para evitar solicitações desnecessárias; e a definição de cotas físicas de serviços especializados distribuídas por centro de saúde, que potencialmente afetam iniquidades de acesso, mas não estão condicionadas por critérios epidemiológicos de necessidade.

Com relação à organização do processo de trabalho, o próprio município adotou um conjunto de dispositivos legais que orientam a implantação da Estratégia e as atividades/ações desenvolvidas pelas

equipes, facilitando sua organização no nível local, como a constituição de um gerente de unidade básica e o desenvolvimento de protocolos clínicos que orientam as ações e contribuem como estratégia de educação permanente.

Outro exemplo é a formação de equipes de apoio que atuam de forma matricial, que, apesar de ainda incipientes, são mecanismos de potencial importância para a qualificação da atenção básica e integração com a atenção especializada. Tais equipes são compostas de pediatra, psicólogo, psiquiatra, psicólogo, geriatra, ginecologista, farmacêutico, cuja atuação ocorre nas regionais de saúde. No momento da pesquisa (2008), o matrículamento estava implantado somente para saúde mental e geriatria com profissionais nas regionais responsáveis pelo apoio de determinado número de ESF.

Atividades de grupos com usuários portadores de agravos específicos constituem uma prática incorporada pelas ESF de forma rotineira, demonstrando um avanço em relação às ações tradicionais de atenção à saúde, que intensifica processos de educação em saúde e pode facilitar a criação de vínculos e a adesão aos tratamentos. Atividades de grupos, como de antitabagismo, hipertensos e gestantes, além de ações de educação em saúde, como palestras e atividades para idosos e para a adolescência e juventude, estiveram entre as principais sugestões das famílias de atividades a serem oferecidas pelas ESF. Todavia, na avaliação dos profissionais das equipes, nem sempre o espaço físico das unidades é adequado para a realização de ações específicas dos diversos profissionais e para atividades de grupo.

Também positiva parece ter sido a implantação de equipes de SF em Centros de Saúde preexistentes, com reorganização interna e reestruturação parcial das unidades, pois a manutenção de profissionais médicos das especialidades básicas como apoio às ESF pode incrementar sua resolutividade.

Gestores e gerentes apontaram que a Estratégia SF desenvolve-se bem em Florianópolis, principalmente no que se refere às ações preventivas. Por outro lado, há muita dificuldade para implementar ações programáticas em função do grande tempo despendido no atendimento à demanda espontânea.

A existência de profissionais atenciosos e o bom atendimento no âmbito das ESF foram os pontos

positivos mais destacados por 97% das famílias cadastradas. Esse é um achado que se repete em muitos municípios brasileiros, avaliado como uma dimensão entre as quais os usuários relatam estar mais satisfeitos (Szwarcwald e col., 2006). O ponto negativo mais mencionado na avaliação das famílias entrevistadas foi a demora na marcação de consultas e exames e a insuficiência de profissionais, corroborando com outros estudos brasileiros que apontaram estas como as principais queixas dos usuários do PSF em vários municípios (Assis e col., 2003; Senna e Cohen, 2002).

Chama a atenção, porém, que quase metade das famílias cadastradas desconhecia o ACS e não fora por ele visitada. Por outro lado, entre 68% das famílias que receberam visitas, 90% avaliam como boa ou muito boa sua atuação, principalmente no que se refere ao conhecimento dos problemas de saúde da família e da comunidade, no estabelecimento de um bom relacionamento com as pessoas acompanhadas e no processo de orientação a respeito de cuidados de saúde, ainda que haja uma proporção de ACS (28%) que não realiza essa atividade todos os dias. Gomes e colaboradores (2009) analisaram as funções do ACS junto ao PSF e identificaram a necessidade de fortalecer a capacitação desse profissional, com vistas a uma atuação coerente às diretrizes e princípios do SUS. No entanto, dentre todas as categorias profissionais analisadas, o agente comunitário de saúde foi o que obteve maior aprovação por parte dos entrevistados (84,7%), corroborando estudos semelhantes (Ronzani e Silva, 2008).

Disponibilidade e uso de informações sobre a atenção prestada

A terceira dimensão de análise relacionou-se à disponibilidade, transferência e continuidade de informações sobre a atenção prestada e é considerada fundamental para a coordenação dos cuidados e regulação da atenção (Giovanella e col., 2009). Os gestores relataram a implantação de prontuários eletrônicos em 36 dos 48 centros de saúde, com acesso *on-line* e registro das informações por diversos profissionais e serviços. Essa tecnologia tem deslocado a organização dos prontuários familiares para registros individuais, o que pode incidir sobre a atenção dirigida às famílias, reduzindo a compreen-

são do enfoque familiar da Estratégia SF. O esforço da gestão municipal de informatizar os prontuários clínicos tende a gerar ganhos de continuidade informacional, no entanto, há uma avaliação positiva sobre o fornecimento de informações por escrito nos processos de referência a especialistas (95%), mas com baixo retorno na contrarreferência (11,6%). A construção de linhas de cuidado e elaboração de protocolos em conjunto por profissionais da AB, especialistas, entidades profissionais e gestores facilita a articulação e a comunicação entre níveis assistenciais, a coordenação dos cuidados e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas (Giovannella e col., 2009).

A informatização dos centros de saúde gera a expectativa de acompanhar o trajeto dos usuários no sistema de saúde e de possibilitar a contrarreferência após a consulta com o especialista. Segundo avaliação dos gestores, embora estejam definidos fluxos formais para a rede própria, a contrarreferência permanece como um desafio. Segundo os profissionais, esse problema é mais grave quando o encaminhamento é realizado para unidades da rede estadual, quando já não é possível acompanhar o percurso do paciente. A disponibilidade de informação relevante e em tempo oportuno para análise, registro, monitoramento e avaliação é base para a gestão efetiva dos sistemas de saúde, especialmente nos processos que se organizam em rede, nos quais a informação é ao mesmo tempo insumo e produto, que fomenta atividades e gera resultados na dependência da qualidade e disponibilidade (Saltman e col., 2006).

A supervisão é um mecanismo frequentemente utilizado para a transferência e continuidade informacional entre profissionais e entre estes e os gestores, cuja dinâmica inclui reuniões mensais de avaliação e visitas aos centros de saúde. Reis e Hortale (2004) estudaram a supervisão como fator essencial de implantação e implementação do Programa Saúde da Família, ressaltando a modalidade participativa. Uma supervisão sólida baseia-se nas relações horizontais entre os participantes, refletindo sobre as práticas de saúde e estimulando a autonomia dos atores envolvidos.

Em Florianópolis, a supervisão como instrumento de gestão é ainda incipiente e a supervisão

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

Integração da Estratégia Saúde da Família com programas de saúde coletiva e ações de vigilância à saúde

Quarta dimensão de análise, a integração da ESF com os programas de saúde coletiva e vigilância em saúde otimiza o desenvolvimento das ações de coordenação de cuidados.

Em Florianópolis, esses programas estão em processo de descentralização para os centros de saúde, com ritmos diferenciados entre agravos transmissíveis e não transmissíveis. A lógica é dificultada pelo fato de que grande parte dos agravos transmissíveis está estruturada sob forma de programa, com enfoque mais curativo do que de vigilância à saúde. Ações de vacinação e a atenção à tuberculose são realizados nas unidades de saúde, mas HIV, hepatites e hanseníase, não.

A análise dos indicadores realizada pela Vigilância em Saúde está sendo organizada de forma a facilitar o acompanhamento pela equipe e a realização do diagnóstico da comunidade, mas ainda não conseguiu ser implantada.

Foi relatada maior necessidade de integração entre agentes de endemias e equipe de saúde da família. Segundo gerentes locais, é comum que a própria comunidade acione diretamente a vigilância, ou, ao mesmo tempo, a vigilância e a atenção básica, por vezes sendo comum a presença das duas equipes em um mesmo espaço.

Segundo gestores e gerentes, a coordenação de cuidados é tema ainda presente mais no discurso do que em ações concretas. Para o gestor municipal, a ampliação da gestão com integração de ações de média e alta complexidade se constituiu em estratégia adotada para coordenação de cuidados.

A avaliação dos esforços para coordenação dos cuidados por médicos e enfermeiros mostrou que 89,5% desses profissionais concordam que as enfermeiras estão ativamente envolvidas na coordenação dos cuidados e 73,3% estão de acordo com a assertiva de que na política local está especificado o papel da ESF na função de porta de entrada e de coordenação.

Além disso, mais da metade deles (51,1%) indicaram que não é permitido ao médico do PSF acompanhar seu paciente durante a internação (32,8% não souberam responder a questão) e 62,6% consideram que os profissionais do PSF não desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas, questão também encontrada em outros estudos (Silva e col., 2010; Gonçalves e col., 2009; Junges e col., 2009).

Outra estratégia que está sendo desenvolvida por grupos de trabalho específicos são os protocolos

clínicos que orientam as ações de profissionais da rede de saúde, definindo a porta de entrada e os serviços de referência. Alguns protocolos antigos estão sofrendo modificações, a fim de adequá-los às ações que foram incorporadas com a ampliação da gestão municipal. Esta tem adotado os protocolos do MS até então, mas com baixa utilização pelos profissionais.

O quadro 2 apresenta uma síntese das principais características identificadas nas dimensões da integração analisadas.

Quadro 2 - Integração da Estratégia de Saúde da Família no sistema de saúde de Florianópolis

Dimensões de análise	Principais características		
Posição da Estratégia de Saúde da Família na rede assistencial	Porta de entrada preferencial: - 50,3% das famílias indicam o CS como serviço de procura regular; - 87,2% dos médicos e enfermeiros indicam a ESF como serviço de primeiro contato das famílias.	Acolhimento e atendimento semanal como estratégia de atenção à demanda espontânea.	Regionalização do sistema com serviços de pronto atendimento e centros de especialidades por região.
Mecanismos de integração da rede assistencial	Presença de ferramenta de regulação das consultas especializadas e monitoramento de filas de espera central e local. Sistema de referência e contrarreferência não ampliam resolubilidade para 55,7% dos enfermeiros e médicos.	- Tempo médio de espera de três meses e mais para referenciamento à consulta especializada estimado por 81,8% dos médicos. - Filas de espera para cuidado especializado e hospitalar como um dos principais problemas para a integração relatado por 91,6% dos médicos e enfermeiros.	Percentual de médicos que relataram conseguir sempre / na maioria das vezes agendamento para outros serviços: Especialidades: 47,6% SADT: 42,7% Maternidade: 75,4% Internação: sem fluxo
Disponibilidade e uso de informações sobre a atenção prestada	Implantação de prontuário eletrônico em 75% dos CS com acesso on-line.	Informatização das unidades; baixo retorno da contrarreferência.	Supervisão como instrumento de gestão incipiente para a transferência de informações. Impossibilidade de acompanhamento do paciente internado.
Integração do PSF com programas de saúde coletiva e ações de vigilância à saúde	Programas de Saúde Pública em processos diversos de descentralização para os CS. Esforços de coordenação de cuidados: 89,5% de médicos e enfermeiros reconhecem os esforços ativos realizados pelas enfermeiras; 73,3% entendem que as funções de porta de entrada e coordenação estão na política local.	Existência de protocolos de atenção com definição de porta de entrada e serviço de referência.	Baixa integração entre agentes de endemias e ESF. 62,6% de médicos e enfermeiros indicam que os profissionais do PSF não desfrutam do mesmo nível de reconhecimento profissional que os especialistas.

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

Considerações Finais

As informações analisadas de forma articulada mostraram que, no âmbito da integração da ESF ao sistema de saúde, a atenção básica encontra-se em processo de configuração como porta de entrada do sistema de saúde municipal em Florianópolis, sendo reconhecidos os esforços para integrar a Estratégia SF à rede de serviços, tanto por gestores como por profissionais e famílias. Todavia, apenas metade das famílias indicam as unidades de atenção básica como serviços de procura regular.

Um avanço significativo no município deveu-se à construção de estratégias para superar a fragmentação dos cuidados, envolvendo investimentos em tecnologias de informação e comunicação e a criação de serviços especializados próprios municipais, além de um sistema de regulação. O estudo mostrou que os melhores resultados obtidos no campo operacional local foram os que envolveram a oferta de tecnologias de trabalho e de atenção, como informatização, protocolos de atenção, medicamentos e exames complementares.

Entretanto, o município enfrenta dificuldades que acarretam limites à constituição de uma rede integrada com porta de entrada preferencial organizadora do acesso, decorrentes de vários fatores. Questões referentes à baixa governabilidade pela não habilitação em gestão plena do sistema estão presentes, indicando a necessidade de desenvolver novos mecanismos de comunicação entre os níveis da atenção para maior agilidade nos fluxos, mas também para garantia de continuidade de cuidados; também há persistência dos problemas de acesso à atenção especializada, que apesar da ampliação de serviços próprios - um avanço na direção da integração da Estratégia SF - ainda possui oferta insuficiente. Essa questão, somada à inexistência de fluxos e relações entre a atenção hospitalar e a rede básica, aponta para a necessidade de equacionamento específico nas políticas federais. Otimizar a integração e conformação de uma única rede assistencial e monitorar os encaminhamentos feitos pelas ESF dependem do desenvolvimento de novas formas de articulação, para além da programação pactuada e integrada município/estado.

Além disso, a adoção de estratégias como a utilização de protocolos e a própria ampliação da gestão soma-se à preocupação com a coordenação dos cuidados associada à construção da atenção integral, mas ainda se restringe a determinadas ações, destituídas do poder de reduzir a tradicional fragmentação da atenção.

Também estão presentes os desafios de implementar o matriciamento como ferramenta para supervisão e desenvolvimento profissional, a fim de aproximar o especialista ao profissional da atenção básica e de responder às demandas espontâneas - o que poderia ser potencializado com investimentos na construção de uma atividade efetiva de acolhimento - evitando o uso do pronto atendimento como fonte de procura regular pelas famílias e diminuindo resistências. A esse respeito, um estudo mais aprofundado dos fatores culturais que interferem na utilização da ESF pela população poderia contribuir para o entendimento do valor igualmente atribuído ao pronto atendimento médico e à atenção básica pelas famílias.

No que tange aos ACS, uma política de valorização das ações desenvolvidas poderia fazer jus a sua posição de melhor avaliado pelas famílias dentre os profissionais da equipe. Suas atividades necessitam ser incentivadas e mais bem acompanhadas pelo município, com monitoramento da realização de visitas nos seus aspectos quantitativos e qualitativos. Nas áreas de elevada cobertura por planos privados de saúde, é necessário adequar os processos de trabalho dos ACS, além do entendimento de que a ampliação da cobertura de SF para áreas de residência de grupos de classe média exige estratégias diferenciadas para alcance desses grupos.

A integração e coordenação tomadas como atributos da abrangência alcançada pela Atenção Primária na ESF são essenciais para garantia da qualidade e de resultados sobre a saúde da população. Em Florianópolis, o estudo demonstrou que é preciso avançar mais para a consecução dessas dimensões, para que a SF constitua-se efetivamente em estratégia de reordenamento do SUS, com algum impacto sobre a conversão do modelo assistencial. A posição fortalecida da Estratégia Saúde da Família, porém, com iniciativas para que se constitua como

porta de entrada preferencial integrada à rede, com instalação de policlínicas de especialidades regionalizadas e referências reguladas para atenção especializada, indica potencialidades futuras de reorientar a organização do sistema de saúde e garantir atenção integral.

Referências

- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10).
- ASSIS, M. M. A. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, jan. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2008. *Evolução do crescimento e implantação da estratégia Saúde da Família*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>>. Acesso em: 14 jul. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e diretrizes operacionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da equipe de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores, v. 8).
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis. Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, Suppl., p. S191-S202, 2002.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- SCOREL, S. et al. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2005.
- FACHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009.
- GOMES, K. O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009.
- GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, set. 2009.
- IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.
- JUNGES, J. R. et al. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 937-944, dez. 2009.

- MACINKO, J. et al. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, Bethesda, MD, v. 38, n. 3, p. 831-865, jun. 2003.
- MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- OPS. Organização Pan-Americana de Saúde/OMS. Renovação da atenção primária nas Américas. *Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde*. Washington: Pan-American Health Organization (PAHO/WHO), 2005.
- REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, mar./abr. 2004.
- RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 50-62, jan./mar. 2008.
- SALTMAN, R. S. et al. (Ed.). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2006.
- SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.
- SILVA, A. C. M. A. et al. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010.
- SISSON, M. C. *Avaliação da implantação do Programa de Saúde da Família no Programa Docente-Assistencial de Florianópolis*. 2002. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.
- SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 643-55, 2006.
- VIANA, A. L. A. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.
- WHO / PHAC - World Health Organization / Public Health Agency of Canada. *Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies*. WHO/PHAC, 2008. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-eng.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2008a.
- WHO - World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. *The World Health Report 2008*. Geneva: WHO, 2008b.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Recebido em: 05/04/2010

Reapresentado em: 09/12/2010

Aprovado em: 11/02/2011