

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE MEDICINA**

**Lorraine Queiroz Oliveira Pereira
Yamila Barrios Beserra**

**GESTÃO E PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO OESTE DE SANTA CATARINA**

CHAPECÓ

2025

**LORRAINE QUEIROZ OLIVEIRA PEREIRA
YAMILA BARRIOS BESERRA**

**GESTÃO E PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO OESTE DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Medicina da Universidade Federal da
Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção
do título de Médico(a).

Orientador: Prof. Dr. Darlan Christiano Kroth

CHAPECÓ

2025

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Beserra, Yamila Barrios

GESTÃO E PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO OESTE DE SANTA CATARINA /
Yamila Barrios Beserra, Lorraine Queiroz Oliveira
Pereira. -- 2025.

64 f.

Orientador: Doutor Darlan Christiano Kroth

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Chapecó, SC, 2025.

1. GESTÃO EM SAÚDE. 2. GESTÃO E PLANEJAMENTO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. 3. GESTÃO DA SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE. I. Pereira, Lorraine
Queiroz Oliveira II. Kroth, Darlan Christiano, orient.
III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

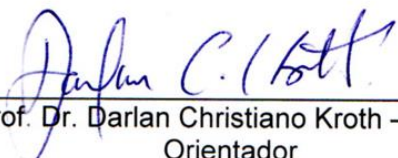
Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**LORRAINE QUEIROZ OLIVEIRA PEREIRA
YAMILA BARRIOS BESERRA**

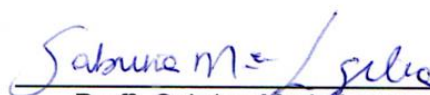
**GESTÃO E PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE EM
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO OESTE DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Medicina da Universidade Federal da
Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção
do título de Médico(a).

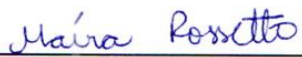
Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 27/06/2025.



Prof. Dr. Darlan Christiano Kroth – UFFS
Orientador



Profª. Sabrina Maria Lemes da Silva – UFFS
Avaliadora



Profª. Drª. Maira Rossetto – UFFS
Avaliadora

Dedicamos este trabalho a todos aqueles que, com afeto, paciência, coragem e amor, estiveram ao nosso lado nesta longa e desafiadora jornada. Às nossas famílias, por acreditarem em nossos sonhos quando ainda eram apenas esboços. E a todos que, de forma direta ou silenciosa, sustentaram nossos passos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prof. Dr. Darlan Christiano Kroth, nosso orientador, pela orientação competente e pelo apoio acadêmico oferecido ao longo deste trabalho, contribuindo de forma fundamental para nossa formação crítica. Estendemos nossa gratidão aos demais docentes do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, que compartilharam seus conhecimentos e experiências valiosas durante a graduação. Seu comprometimento e dedicação foram essenciais em nossa trajetória, estimulando-nos a desenvolver pensamento crítico, ético e uma sólida base profissional.

Em especial, eu Yamila direciono profunda gratidão à minha mãe Maria Rosa Bravo, ao meu irmão Marcelo Bravo e à grande amiga Débora Louredo, por me encorajarem e tornarem possível a realização do sonho de cursar Medicina, oferecendo apoio incondicional em todos os momentos. Agradeço também ao meu noivo Pablo e à minha filha Luiza, pelo carinho, compreensão e presença constante durante todo o curso e, principalmente, na fase de elaboração deste trabalho. Sem o suporte e amor de vocês, a concretização desta conquista não teria sido possível.

De igual modo, eu Lorraine, manifesto meus sinceros agradecimentos à minha mãe, Cleuza, e a minha prima, Joyce, que nunca pouparam palavras de apoio e esperança. Ademais, agradeço também aos demais familiares e amigos, pelo incentivo constante ao longo de toda a minha formação. O apoio irrestrito e as palavras de encorajamento de cada um foram fundamentais para que eu enfrentasse os desafios e perseverasse em busca de meus objetivos. A presença de vocês em minha vida fez toda a diferença para a concretização desta etapa.

O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com outra.
O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito.
(NISE DA SILVEIRA)

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e exerce um papel fundamental na garantia de cuidado integral e equitativo, especialmente em municípios de pequeno porte. **Objetivo:** Analisar o planejamento da oferta de serviços de APS em pequenos municípios da região Oeste de Santa Catarina. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e natureza aplicada, desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores municipais de saúde e outros profissionais atuantes na APS em três municípios selecionados. Os dados coletados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, permitindo identificar padrões, desafios e estratégias no processo de gestão e planejamento local da APS. **Resultados:** O processo de gestão e planejamento em municípios de pequeno porte é influenciado não apenas pela habilidade dos gestores, mas também pelos inúmeros desafios associados às altas demandas coletivas, os agravos característicos de cada território e o acesso a recursos. Assim, para que a organização da APS seja efetiva e de qualidade é necessário que haja conhecimento técnico e humano, não apenas da localidade, mas também do coletivo. A relevância social da pesquisa reside em subsidiar melhorias na gestão pública da saúde em municípios de pequeno porte, contribuindo para o aperfeiçoamento da eficiência, da qualidade e da equidade nos serviços de APS e, conseqüentemente, para melhores resultados em saúde na comunidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde (APS); Gestão em Saúde; Planejamento e oferta do cuidado; Municípios de Pequeno Porte

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) is the gateway to Brazil's Unified Health System and plays a fundamental role in ensuring comprehensive and equitable care, especially in small municipalities. **Objective:** To analyze the planning of PHC service delivery in small municipalities in the western region of Santa Catarina. **Methodology:** This descriptive, applied qualitative study was conducted through semi-structured interviews with municipal health managers and other professionals working in PHC in three selected municipalities. The collected data were analyzed using content analysis, which allowed the identification of patterns, challenges, and strategies in the local PHC management and planning process. **Results:** The management and planning process in small municipalities is influenced not only by the skills of the managers but also by numerous challenges associated with heavy community demands, the health issues characteristic of each area, and access to resources. Thus, ensuring effective and high-quality PHC organization requires both technical and human knowledge of not only the local context but also the community at large. The social relevance of this research lies in supporting improvements in public health management in small municipalities, contributing to enhanced efficiency, quality, and equity in PHC services and, consequently, to better health outcomes in the community.

Keywords: Primary Health Care ; Health Management; Care Planning and Delivery; Small Municipalities

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Características gerais dos Municípios	32
Quadro 2 - Tipos de demandas da APS nos Municípios	41
Quadro 3 - Gestão e Planejamento da APS	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AP	Atenção Primária
ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIS	Conselho Intermunicipal de Saúde
CISAMOSC	Conselho Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EM	Equipe Multidisciplinar
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPB	Programa Previne Brasil
PS	Pacto pela Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SISREG	Sistema Estadual de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS	14
1.1.1 Objetivo Geral	14
1.1.2 Objetivos Específicos	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	15
2.1.1 Atenção Primária à Saúde no SUS: Princípios e Atributos	15
2.1.2 As Demandas Da APS	17
2.2 PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS NO ÂMBITO MUNICIPAL	20
2.2.1 A gestão municipal da saúde	20
2.2.2 Modelo de gestão de saúde	24
3 METODOLOGIA	27
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	27
3.2 UNIDADES DE ANÁLISE	27
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	28
3.4 COLETA DE DADOS	28
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	29
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES	31
4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	35
4.3 PERFIL DE ATUAÇÃO DA APS NO MUNICÍPIO	38
4.4 GESTÃO E PLANEJAMENTO DA APS	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
6 REFERÊNCIAS	54
ANEXO A – Questionário	60
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética	64

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se fundamenta em princípios essenciais, que consagram a saúde como um direito de todos. Nesse contexto, compete ao Estado o papel de garantir a acessibilidade plena aos serviços de maneira equitativa e integral. Tendo como norteadores esses princípios, a execução das políticas de saúde do SUS deve adequar-se às diferentes realidades nacionais, respeitando as particularidades e necessidades específicas de cada localidade.

Nesse contexto, têm-se a Atenção Primária à Saúde (APS) que atua como porta de entrada desse sistema. Na APS são desenvolvidas ações de saúde individuais e coletivas, voltadas ao cuidado integral do indivíduo. O fato de ser o primeiro nível de atenção à saúde contribui para que a APS tenha um maior conhecimento da realidade da região na qual está inserida e das demandas de saúde daquela população (Brasil, 2024b).

A oferta dos serviços desenvolvidos na APS é garantida por meio de recursos financeiros oriundos dos entes federais, estaduais e municipais (Brasil, 2024c). Entretanto, a gestão financeira desses recursos e a prestação dos serviços de APS são realizadas pelos municípios, o que permite aos gestores uma maior flexibilidade na alocação desse montante, de modo a ofertar os serviços mais direcionados às demandas da população (Brasil, 2021).

A gestão da APS exige dos gestores não apenas conhecimentos relativos à gestão de pessoas, trabalhos e processos, mas também uma compreensão das demandas populacionais, dos serviços a serem desenvolvidos e do fornecimento de resultados eficazes (Pires *et al*, 2019). Todavia, esses parâmetros nem sempre são considerados no processo de gestão por inúmeros motivos, entre os quais pode-se citar a escassa experiência dos gestores em processos relativos à saúde, a rotatividade de profissionais devido a influência político-partidária e o emprego de indicadores que não valorizam a qualidade dos cuidados desenvolvidos na saúde pública (Viacava *et al*, 2012; Pires *et al*, 2019).

Além disso, segundo assinala Mendes (2019), os sistemas de saúde enfrentam desafios persistentes relacionados à efetividade, eficiência, qualidade e equidade, devido às suas complexidades e particularidades. O

desconhecimento acerca desse sistema, resulta em modelos de governança pouco eficazes e na perpetuação de algumas disfuncionalidades, tornando difícil o planejamento de estratégias que visem corrigir essas deficiências.

Além disso, cada localidade possui características próprias, que definem o ambiente e exerce influência sobre o processo saúde e doença. (Borges; Taveira, 2012). Sob essa ótica, o desenvolvimento deste trabalho permitirá compreender quais fatores interferem no processo de gestão e na dinâmica organizacional da APS nos pequenos municípios de Santa Catarina. Ademais, permitirá ainda avaliar os impactos de tais delineamentos no processo de cuidado, nas medidas implantadas e nos programas e ações desenvolvidas pela APS, o que irá favorecer uma percepção mais direcionada das condições de saúde dos usuários que utilizam os serviços de saúde pública. Além disso, a análise das políticas e práticas de gestão, permite identificar oportunidades de melhorias, e viabiliza pensar e planejar estratégias direcionadas a promover a efetividade, eficiência e garantir a qualidade e equidade dos sistemas de saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o planejamento da oferta de serviços de APS em municípios de pequeno porte de Santa Catarina.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a adequação da oferta de serviços de saúde nos municípios de pequeno porte do Estado de Santa Catarina em relação às necessidades e demandas da população, considerando condições de acesso, cobertura e qualidade dos serviços.
- Apresentar os desafios enfrentados por gestores na elaboração e execução de estratégias voltadas à atenção primária, pensando nos fatores dificultadores ou desafios e fatores facilitadores para adequação da oferta de serviços às necessidades da população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

2.1.1 Atenção Primária à Saúde no SUS: Princípios e Atributos

O SUS é estruturado com base nos seguintes princípios organizacionais: regionalização, hierarquização e a descentralização. A premissa da hierarquização e regionalização afirmam, respectivamente, que os serviços ofertados pelo sistema devem ser dispostos em níveis crescentes de complexidade, estando restritos a regiões previamente definidas, e que todos devem ser articulados entre si, de modo que seja possível atender as demandas da população. Enquanto a diretriz da descentralização preconiza que a responsabilidade, no que diz respeito aos serviços de saúde, deve ser distribuída entre as esferas federais, estaduais e municipais, com o intuito de ofertar um atendimento de maior qualidade aos indivíduos (Brasil, 2024c).

Em decorrência da hierarquização, o SUS passa a ser organizado em Atenção Básica (AB), atenção de média e de alta complexidade, o que contribui para uma visão equivocada de que a Atenção Primária à Saúde (APS), teria uma menor complexidade em relação aos outros níveis. Essa perspectiva subestima a abrangência das atividades primordiais, como consultas de rotina, vacinação e o incentivo às mudanças de hábito, e enfraquece o reconhecimento estratégico da APS. Entretanto, é exatamente na atenção primária que se realizam as práticas fundamentais de prevenção e educação em saúde, além de estabelecer o vínculo inicial com usuário. Soma - se a isso a capacidade da APS de se comunicar e articular com os demais níveis de atenção, o que possibilita o rompimento dessa estrutura organizacional hierárquica e o surgimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2024b; Mendes, 2019).

As RAS integram ações e serviços com diferentes graus de complexidades tecnológicas, por meio de um suporte logístico, técnico e administrativo (Brasil, 2022). Essas redes foram implementadas com o intuito de diminuir a fragmentação das ações em saúde e do processo de gestão nas diferentes regiões de saúde, a fim de aprimorar o exercício do SUS e garantir

que as atividades desenvolvidas sejam efetivas e eficientes no que diz respeito às demandas dos usuários (Brasil, 2017).

Nesse contexto, a APS assume um papel central, não apenas como porta de entrada, mas também como eixo de coordenação e promoção de saúde pública, uma vez que abriga a função estratégica e logística desse sistema. (Brasil, 2012; Miclos, Calvo, Colussi, 2017). Regulamentada por meio da portaria GM/MS nº 2.436/2017, a APS deve articular planejamento, gestão de recursos e participação comunitária, servindo de base para o funcionamento efetivo dos demais níveis de atenção. A função estratégica e logística da APS, ao apoiar a descentralização e fortalecer a participação social, são fundamentais para a qualidade e eficiência do SUS (Brasil, 2017; Miclos, Calvo, Colussi, 2017)

Nesse sentido, a APS deve orientar-se por princípios, diretrizes e atributos essenciais. Os atributos da APS, formulados a partir dos estudos desenvolvidos por Barbara Starfield (2002), são um conjunto de elementos estruturantes que guiam a qualidade e a efetividade do cuidado, e são fundamentais para avaliar como os serviços de saúde se organizam para ofertar um cuidado acessível, contínuo e coordenado. Dentre eles, destacam-se: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (Starfield, 2002; Brasil, 2010).

O primeiro contato reafirma o papel da APS como porta de entrada preferencial do sistema, e busca garantir que toda demanda de saúde seja acolhida, sem que as condições geográficas ou socioeconômicas se imponham como barreiras que restrinjam o acesso do indivíduo ao sistema. Esse atributo reforça a acessibilidade em caráter universal da APS; a longitudinalidade visa estabelecer o vínculo contínuo entre usuário e equipe de saúde, permitindo uma parceria sustentada, favorecendo o acompanhamento personalizado ao longo do tempo; a integralidade busca viabilizar o atendimento da população em todos os níveis de cuidado, incluindo serviços de promoção, vigilância e reabilitação e redução de danos; A coordenação do cuidado envolve a articulação dos diferentes níveis e serviços de saúde, garantindo que o fluxo de informações e encaminhamentos ocorra de forma eficiente e centrada na necessidade do usuário, esse atributo viabiliza a concretização de outros atributos, como a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, uma vez que por meio dela se

articula o contato com os demais pontos da rede (Starfield, 2002; Brasil, 2010; Oliveira; Pereira, 2013; Brasil, 2017).

A promoção em saúde, para o SUS, conforme estabelece a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006), se refere a um conjunto de estratégias que buscam produzir condições favoráveis à saúde, tanto no aspecto individual como coletivo, por meio da articulação intersetorial, participação social e na atuação sobre os determinantes sociais da saúde. Assim, essa dinâmica se concretiza na APS por meio da oferta de ações educativas contínuas, articulação entre os serviços de saúde e a população, bem como entre os diferentes níveis de saúde e outras políticas sociais, buscando reduzir as desigualdades e as vulnerabilidades que resultam do contexto socioeconômico, cultural e político. A promoção de saúde, nesse contexto, para além do conhecimento médico-clínico, envolve diferentes áreas do conhecimento e deve contar com a participação ativa da sociedade e influenciar as decisões políticas bem como a formulação de políticas públicas (Brasil, 2006).

No entanto, a eficácia da Atenção primária está atrelada à sua adequação aos princípios que regem o SUS, bem como à atuação dos gestores municipais, cuja alocação e gestão de recursos impactam diretamente sob a qualidade dos serviços oferecidos à população (Brasil, 2012; Miclos, Calvo, Colussi, 2017).

2.1.2 As Demandas Da APS

A visão estereotipada da APS como um espaço que realiza serviços de baixa complexidade prejudica a qualidade dos serviços ofertados nesse ambiente, visto que reduz os problemas de saúde dos indivíduos a um simples diagnóstico médico. Tais problemas de saúde são múltiplos e diversos e se refletem nas diferentes demandas existentes na APS, o que pode representar um desafio e exigir dos profissionais de saúde diferentes abordagens (Mendes, 2019).

A demanda em saúde, considerando-se o ambiente da APS, pode ser compreendida como o momento em que o usuário busca o serviço de saúde com o objetivo de acessá-lo a fim de alcançar a resolução de seu dilema. Ela surge a partir dos problemas individuais experimentados por cada indivíduo e influencia

na maneira como os serviços de saúde são acessados e utilizados por cada um deles. O reconhecimento das demandas é essencial, pois a partir disso é possível organizar o sistema de saúde e responder a tais necessidades (Chavez *et al*, 2020).

As demandas podem ser espontâneas ou programadas. As demandas espontâneas podem ser compreendidas como aquelas que o usuário busca a unidade de saúde sem que ocorra um agendamento prévio daquele serviço, geralmente ocorrem devido a uma condição aguda de saúde. Já as demandas programadas são aquelas em que os serviços de saúde prestados são precedidos previamente de um agendamento pela unidade de saúde em questão (Chavez *et al*, 2020).

As condições agudas de saúde, tais como traumas e doenças infecciosas, usualmente, são manifestações que se iniciam de maneira súbita, possuem curta duração e resposta assertiva a intervenções específicas. Já as condições crônicas, são enfermidades cujo sintomas e sinais são mais duradouros, ou até mesmo permanentes, demandam intervenções contínuas e integradas para que seu controle seja efetivo. As condições de saúde aguda podem evoluir para condições crônicas, com sintomas clínicos variados, os quais podem necessitar de cuidados mais prolongados, como ocorre em situações de trauma com sequelas motoras. Ademais, as condições de saúde crônicas também podem manifestar em determinados momentos com sintomas de exacerbação, o que é denominado de períodos de agudização (Mendes, 2012).

Na APS as demandas são diversificadas e envolvem diferentes condições e problemas de saúde. A maioria dos atendimentos realizados nesse espaço estão direcionados aos cuidados de condições crônicas, quando comparado com as necessidades agudas, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS) não complicada. Os problemas generalizados e inespecíficos, como febre e fadiga, que não podem ser vinculados a um diagnóstico específico também são consideráveis na atenção primária. Outra assistência frequente nesse ambiente diz respeito às questões administrativas, tais como a emissão de atestados médicos, renovação de receitas médicas e avaliação de exames. Ademais, ações voltadas à prevenção da saúde também fazem parte da assistência à saúde primária e são compostas por diferentes estratégias, como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos individuais

e coletivos, orientações voltadas a mudanças comportamentais e hábitos de vida (Mendes, 2019).

A assistência aos usuários hiperutilizadores também é uma demanda usual das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Compreende - se como pacientes hiperutilizadores, os indivíduos que utilizam os recursos da rede de saúde de maneira excessiva, seja mediante a realização de consultas ou a solicitação de exames complementares (Martins, Sousa; 2022). Esse grupo de usuários é composto não apenas por indivíduos cuja assistência não repercute em melhora na qualidade de vida, como também por pessoas que possuem comorbidades que necessitam de acompanhamento frequente. Nesse contexto, a interpretação desse fenômeno é complexa, visto que o perfil desses usuários difere em inúmeros aspectos (Mendes, 2019).

Nesse contexto, demandas relacionadas a enfermidades também se constituem como uma das razões para os usuários acessarem a APS. A enfermidade pode ser caracterizada como a forma que os indivíduos compreendem seu estado de saúde, a qual é influenciada por aspectos individuais, coletivos, culturais e sociais que integram a experiência da doença e atribuem significado a ela (Mendes, 2019). Outro exercício comum desenvolvido nesse ambiente são as ações voltadas ao autocuidado apoiado, que podem ser interpretadas como o empoderamento do indivíduo para auto gerenciarem sua saúde e a assistência à saúde que está sendo prestada. Assim, para isso se faz uso de diferentes mecanismos, tais como ferramentas relacionadas a avaliação das condições de saúde, o estabelecimento de metas que devem ser alcançadas e a criação de planos de cuidado (Mendes, 20012)

Associado a isso, ações voltadas ao cuidado domiciliar tem se ampliado no contexto do SUS como forma de reduzir as desigualdades sociais e oferecer assistência para aqueles que não podem acessar as instituições de saúde. É uma modalidade de cuidado que envolve aspectos relacionados à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde no ambiente domiciliar e abrange a participação de diferentes pontos da RAS, de modo que a equipe de saúde desenvolve ações de saúde considerando as dinâmicas e os valores familiares (Procópio *et al*, 2019).

Desse modo, para que ocorra o atendimento de tais demandas por parte da APS é necessário que exista um equilíbrio entre as demandas espontâneas

e programadas, haja vista a organização estrutural da APS. Assim, a melhoria dos serviços ofertados na APS é influenciada pela implantação de estratégias de organização que melhore o acesso da população a esse ambiente e também que permitam avaliar a realidade da população inserida em tal localidade, de modo que os profissionais de saúde consigam definir quais os melhores planos a serem executados. Ademais, o aperfeiçoamento das atividades em saúde também está vinculado a maiores investimentos e da reorganização do sistema vigente, de modo que seja possível ampliar os horários de funcionamento de tais estabelecimentos, promover agendamentos mais eficientes e resolutivos e consolidar o trabalho em equipe (Vidal *et al*, 2019).

2.2 PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS NO ÂMBITO MUNICIPAL

2.2.1 A gestão municipal da saúde

A saúde pode ser compreendida como um fenômeno coletivo, influenciado não apenas pelos determinantes sociais próprios de cada localidade, ou seja, fatores atrelados à dinâmica cotidiana de um indivíduo ou população, tais como, questões sociais, econômicas, culturais, étnicas, psicológicas e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde, mas também por fatores de risco para determinadas populações (Souza, 2014).

Sob essa ótica, as desigualdades territoriais, em âmbito nacional, se apresentam como desafio adicional para os gestores em saúde, uma vez que os determinantes sociais variam significativamente em diferentes regiões do país, ou mesmo dentro do município (Miclos, Calvo, Colussi, 2017).

Nesse sentido, com o intuito de superar as adversidades intrínsecas ao processo de gestão foi implementado no ano de 2006 o Pacto pela Saúde (PS), que apresentou como propósitos principais o fortalecimento das ações desenvolvidas no âmbito municipal e da atenção básica, a capacitação dos gestores envolvidos no processo e a expansão dos recursos direcionados ao SUS. Essa nova perspectiva de gerência se fundamentou em metas previamente estabelecidas e alterou o direcionamento das atividades de gestão de modo que elas se tornaram mais eficientes e passíveis de cobrança, devido a maior

importância da coordenação municipal na oferta dos serviços de saúde. O programa contribuiu também para fortalecer a descentralização preconizada pela política do SUS, visto que não apenas facilitou o acesso dos municípios aos recursos oriundos da esfera federal, mas também intensificou o processo de gestão com base em resultados a serem alcançados (Kroth, 2017).

A descentralização dos serviços de saúde, prevista na organização do SUS, é fundamental para a autonomia dos municípios na gestão dos recursos e para a formulação de políticas que se adequem às especificidades locais, potencializando a eficácia das intervenções. No entanto, a efetividade da descentralização está atrelada a questões como a variabilidade na capacidade administrativa dos municípios, e a necessidade de um suporte técnico contínuo a fim de munir os gestores municipais de ferramentas que visem aprimorar suas decisões (Amarante, Amarante, Sá, 2021).

Desse modo, considerando as características de cada localidade cabe a gestão local garantir que o sistema de saúde municipal funcione de maneira pertinente de modo que seja possível ofertar serviços voltados ao cuidado da saúde para a população. Dado isso, o PS priorizou o planejamento das políticas de saúde como um dos pontos mais relevantes da gestão com o intuito de desenvolver uma política articulada e integrada, considerando - se as necessidades de tais políticas, a disponibilidade dos recursos financeiros e as metas estabelecidas (Kroth, 2017).

O passo inicial para o planejamento das políticas de saúde, no âmbito municipal, está centrado no Plano Municipal de Saúde (PMS). O PMS é uma ferramenta que orienta a programação das ações e dos serviços de saúde que serão prestados na comunidade. O PMS deve estar de acordo com as demandas de saúde da população considerando os aspectos de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde. Ademais, é preciso conter também as diretrizes que vão orientar as ações em saúde, os objetivos e as metas para os próximos quatro anos, visto que esse é o período de vigência de tal instrumento (Prefeitura Municipal de São José, 2025).

O PMS deve ser submetido ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), que representa um órgão colegiado, com características deliberativas e permanentes que é composto por trabalhadores de diferentes segmentos sociais, tais como prestadores de serviços, profissionais da saúde, usuários do sistema de saúde

e indivíduos envolvidos na gestão institucional (Bortoli, Kovaleski; 2019). O CMS contribui para a elaboração e a execução das políticas de saúde, aprova o PMS e avalia relatórios de saúde. Os representantes ligados ao CMS devem expressar as ideias e as demandas do segmento que representa, de modo que seja possível realizar uma articulação com os demais envolvidos nesse órgão (Brasil MS, 2013) .

O CMS é importante visto que representa um ambiente em que ocorre a articulação entre a sociedade e os gestores de modo a compartilhar a responsabilidade no desenvolvimento de planos políticos e sociais. Ademais, esse espaço permite uma maior inclusão das necessidades sociais as políticas públicas, haja vista que permite a participação social de diferentes segmentos, fortalecendo assim a observação e o envolvimento do coletivo em tais interesses (Kleba, Zapirom, Comerlato; 2015).

A participação social é um fator fundamental para a gestão do Sistema Único de Saúde. Regulamentada pela lei nº 8142/90, a participação social visa garantir ao cidadão o direito de exercer influência sobre os processos decisórios em políticas de saúde, por meio não apenas dos Conselhos Municipais de Saúde, mas também das Conferências de Saúde, que devem ser espaços aberto à participação ativa da comunidade na gestão pública (Brasil, 1990).

No entanto, a falta de conhecimento acerca dessa ferramenta e a falta de engajamento da população enfraquece o controle social e impede que as reais necessidades da população sejam efetivamente consideradas no planejamento de ações em saúde. Desse modo, a gestão municipal em saúde corre o risco de não refletir as demandas e expectativas de cada localidade, comprometendo a qualidade e eficiência dos serviços oferecidos. (Amarante, Amarante, Sá, 2021).

Outro ponto a se considerar é a recente mudança no financiamento da Atenção Primária, ocorrida por meio do Programa Previne Brasil (PPB) de 2019. O PPB previa a substituição dos critérios tradicionais de financiamento (Baseado na população total, número de equipes de estratégia saúde da família) pelo financiamento baseado no número de pessoas cadastradas nos serviços da APS e pelos resultados alcançados em um conjunto determinado de indicadores de desempenho (Massuda, 2020).

As mudanças implantadas a partir PPB promoveram profundas implicações tanto para a saúde da população quanto para a gestão dos serviços de saúde na esfera municipal uma vez que, se por um lado esse novo modelo de financiamento tem o intuito de otimizar a alocação de recursos e estimular a eficiência, poderá, por outro lado, comprometer princípios importantes inerentes à APS, como a universalidade do acesso, equidade e participação social, uma vez que ao limitar o financiamento aos indivíduos cadastrados pode-se estar excluindo parcela significativa da população, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade. Igualmente, ao se vincular o sucesso da gestão à adequação a fatores pré-estabelecidos, além de comprometer a autonomia do municípios, corre-se o risco da ocorrência de distorções na alocação de recursos, levando os gestores a priorizar atividades que melhorem o índice de desempenho, negligenciando outras que não contribuam diretamente para os indicadores, comprometendo assim, a adequação da oferta dos serviços às reais demandas locais, além da integralidade e qualidade do atendimento (Massuda, 2020).

O processo de gestão municipal de saúde é influenciado por questões políticas e técnicas. Em relação às questões políticas, os gestores devem considerar os sujeitos inseridos no sistema de saúde municipal, a sociedade e os atores envolvidos no processo de pactuação dos serviços desenvolvidos. No que diz respeito às questões técnicas necessita levar em consideração o financiamento, o desenvolvimento de políticas de saúde, a regulamentação e o fornecimento dos serviços (Kroth, 2017).

O monitoramento e a avaliação também são importantes pilares das políticas públicas e do processo de gestão posto que, em conjunto, permitem aos gestores não apenas avaliar a qualidade das intervenções realizadas, como também acompanhar a evolução e o desempenho dos planos implementados de modo que seja possível refletir acerca dos impactos de tais políticas sendo fundamental para deliberar acerca da necessidade ou não de mudanças (Vieira *et al*, 2023).

Assim, é necessário que os gestores identifiquem as demandas de saúde da população, desenvolvam planos de intervenção e orçamentos direcionados a prestação de serviços de saúde, direcionem recursos para a execução das políticas, além de fiscalizarem e coordenarem as ações de saúde desenvolvidas, a fim de se certificar que o sistema de saúde está funcionando de maneira

adequada e eficiente para a população (Kroth, 2017). Ademais, o conhecimento profundo das variáveis locais é essencial para uma gestão eficaz, permitindo o planejamento estratégico e a adequação de estratégias de cuidado às necessidades específicas de cada população, possibilitando uma abordagem mais equitativa e eficiente (Miclos, Calvo, Colussi, 2017).

Desse modo, cabe aos gestores, a partir da identificação das demandas de saúde, o desenvolvimento de planos de intervenção e orçamentos direcionados a prestação de serviços de saúde, o direcionamento de recursos para a execução das políticas, além da fiscalização e da coordenação das ações de saúde desenvolvidas, a fim de se certificar que o sistema de saúde está funcionando de maneira adequada e eficiente para a população (Kroth, 2017)

Nesse sentido, o Relatório Anual de Gestão (RAG) se apresenta como ferramenta essencial de planejamento de ações e serviços do SUS e contribui para o processo de melhoria contínua da gestão municipal de saúde. Por meio dele são apresentados os resultados alcançados pelo município na atenção integral à saúde, bem como traz à luz a efetividade e eficiência da gestão (Brasil, 2024). O RAG deve articular-se ao PMS, e ao plano anual de saúde. Sua elaboração visa avaliar o cumprimento das metas estabelecidas, identificando os avanços, desafios e ajustes necessários na execução de ações em saúde (Kroth, 2017). Além de ser submetido ao CMS, também deve ser encaminhado para a comissão Inter gestores bipartite e ao tribunal de contas. Dessa forma, o RAG desempenha um importante papel na gestão municipal, promovendo a participação social e a melhoria contínua dos serviços prestados à população (Brasil, 2024d).

2.2.2 Modelo de gestão de saúde

O SUS é resultado da luta e mobilização da sociedade civil organizada por meio de movimentos sociais por um sistema de saúde democrático. O resultado dessa mobilização levou à criação de um sistema universal de saúde caracterizado pela democracia participativa (CONASEMS, 2024). Além disso, esse sistema deve nortear-se pelos princípios de Universalização, Equidade e Integralidade, que buscam organizar as ações e serviços ofertados para que

sejam adequados às diferentes realidades e particularidades nacionais, e correspondam a real demanda da população.

No entanto, historicamente, os sistemas de saúde foram construídos com base em modelos de gestão centrados na oferta de serviços voltados ao enfrentamento de condições agudas e imediatas de saúde. No Sistema Único de Saúde, essa orientação se reflete no modelo de gestão por oferta, em que o planejamento das ações é voltado, principalmente, para a identificação de serviços e recursos disponíveis. A prioridade é ofertar serviços que o sistema pode oferecer, como número de consultas, procedimentos e estrutura disponível, sem fazer uma avaliação das necessidades e demandas reais da população (Mendes, 2019). Essa forma de conduzir o planejamento em saúde reflete as noções de cuidado de séculos anteriores que compreendia a doença como ruptura do estado de equilíbrio do corpo. Assim, os sistemas de cuidado foram estruturados para atender a questões agudas, imediatas e pontuais, adequadas a um contexto epidemiológico com predominância de doenças infecciosas, desnutrição e baixa expectativa de vida (Mendes, 2019).

Essa forma de organização, no entanto, opõe-se às transformações demográficas e epidemiológicas ocorridas nas últimas décadas, que resultou em uma população mais envelhecida, predominantemente urbana, com uma maior prevalência de doenças crônicas e diversas comorbidades que exige um cuidado contínuo e integral, e contribui não apenas para uma gestão de recursos ineficiente, mas também para o aprofundamento das desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços (Silva *et al.*, 2023; Mendes, 2019).

Segundo Mendes, a gestão por oferta é incompatível com a geração de valor para seus usuários, porque tem seu foco na oferta de serviços, e não nas reais necessidades da população. Nesse modelo, a família não é considerada uma unidade de intervenção em saúde e os indivíduos são atendidos de forma isolada, sem estratificação de risco sanitário ou socioeconômico. Assim, desconsidera-se os determinantes sociais que influenciam as condições de saúde e o acesso aos serviços, e impõe tratamento uniforme a grupos com necessidades diversas e define-se a população alvo de forma imprecisa. O planejamento se pauta em indicadores quantitativos, que, por sua vez, serão o ponto de partida para determinar o planejamento futuro. Ademais, esse modelo,

tende a produzir um cuidado de menor efetividade, qualidade insatisfatória e com custos elevados (Mendes, 2019).

Em oposição a essa lógica, há o modelo de gestão orientado para a saúde da população, que se orienta no sentido de identificar e conhecer os diferentes grupos populacionais que ocupam determinado território e de fazer seu acompanhamento de modo contínuo e integral. Nesse modelo de abordagem, a APS e as Redes de Atenção em Saúde (RAS) ocupam uma posição estratégica, uma vez que assumem a responsabilidade pela saúde de uma população adscrita a um território estabelecido. Não espera o adoecimento para alcançar o indivíduo, busca identificar os riscos, fazer o levantamento da população mais vulnerável, e propor ações de promoção e prevenção em saúde e cuidado contínuo voltados às fragilidades identificadas em cada localidade do território (Mendes, 2019). O planejamento passa a levar em consideração o perfil epidemiológico e as necessidades da comunidade, e não somente com base em dados de utilização dos serviços. Desse modo, os recursos são alocados de modo mais estratégico, respaldados por dados da realidade e alinhado às demandas locais.

O modelo de gestão orientado para a saúde da população favorece a criação de vínculos da comunidade e a equipe de saúde, uma vez que as equipes da APS estabelecem uma relação de maior proximidade com os usuários, por meio do acompanhamento longitudinal e o monitoramento contínuo. Assim, esse modelo está alinhado aos princípios do SUS, como a universalidade, integralidade e equidade, uma vez que ao responsabilizar-se pelos indivíduos de um território, busca garantir a cobertura universal e oferecer a atenção integral, preventiva, curativa e reabilitadora, conforme os agravos identificados em cada grupo e em cada localidade. Ademais, essa configuração viabiliza um atendimento adaptado aos grupos populacionais em que se identifica uma maior vulnerabilidade, promovendo assim, a equidade no cuidado e acesso à saúde ((Mendes, 2019; BRASIL, 2024b).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo qualitativo descritivo de natureza aplicada. Quanto aos procedimentos técnicos, lançou-se mão de pesquisa documental e estudo multicase. A primeira consiste em análise de documentos e/ou materiais que ainda não foram analisados, mas que, de acordo com a questão e objetivos da pesquisa, podem ter valor científico (Gil, 2021). Neste estudo utilizou-se como documentos os Planos Municipais de Saúde dos municípios pesquisados e um conjunto de leis e normativas que regem o SUS.

O estudo multicase, refere-se segundo Yin (2002), pelo estudo de vários casos paralelos, permitindo levantar evidências relevantes e de maior confiabilidade se comparado aos estudos de casos únicos. Na presente pesquisa, os diferentes casos referem-se a análise dos três municípios.

3.2 UNIDADES DE ANÁLISE

As unidades de análise do estudo foram compostas por três municípios da Região Oeste de Santa Catarina, mais especificamente da microrregião de Chapecó-SC. A escolha da microrregião decorre do espaço de atuação da UFFS. Os municípios pesquisados são considerados de pequeno porte populacional (menos de 20 mil habitantes) e estão localizados em raio de 40 km do município-sede da UFFS, Chapecó-SC.

O critério de seleção (amostragem) utilizado foi por conveniência e acessibilidade, isto é, foram contatados diferentes municípios da microrregião, e realizou-se a pesquisa nos primeiros que aceitaram a possibilidade de fazer a pesquisa. Por motivos de sigilo, os municípios serão apresentados pelos códigos X, Y e Z. As características socioeconômicas e demográficas de cada ente, estão apresentadas no Quadro 1.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo três municípios do estado de Santa Catarina, que possuem uma população de até 25 mil habitantes e que estejam inseridos em um raio de até 60 km do município de Chapecó. Optou-se pela coleta de dados e informações em três municípios com o intuito de comparar os dados obtidos e verificar a ocorrência de padrões de funcionamento em municípios com realidade demográfica semelhante. Além disso, optou-se por municípios menores uma vez que a literatura aponta que a gestão eficiente dos recursos e desempenho da APS em municípios menores enfrentam desafios relacionados às limitações econômicas e estruturais (Giovanella e Mendonça, 2012). Foram excluídos municípios com alta variabilidade sazonal demográfica, que recebam grande contingente de turistas ou trabalhadores migrantes em épocas específicas, municípios que tenham passado por mudanças significativas na gestão em saúde nos últimos meses e municípios onde não seja possível obter dados completos ou consistentes.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de uma entrevista presencial com os gestores municipais e/ou outros profissionais responsáveis pela APS no município e que tivessem conhecimento acerca do processo de gestão em saúde desenvolvido na região. A entrevista foi baseada em um questionário semiestruturado (ANEXO A), construído a partir da literatura de gestão da APS, tendo como objetivo compreender como é realizado o processo de gestão em saúde pública nos municípios de pequeno porte em Santa Catarina, os fatores que são preponderantes nesse processo e os resultados que os administradores visam alcançar com tais métodos.

O inquérito foi constituído por questões abertas e flexíveis, que permitiu que os entrevistados tivessem liberdade para descrever o processo de

gerenciamento da saúde no contexto municipal, sendo elaborado com base na literatura de gestão e planejamento em saúde. As questões incluídas foram agrupadas em quatro blocos: Identificação pessoal, condições de saúde da população, perfil de atuação da APS e gestão e planejamento da APS.

Além dos dados primários coletados com a entrevista, foram utilizados documentos como o Plano Municipal de Saúde dos respectivos municípios.

As entrevistas foram realizadas por gestores municipais e pessoas indicadas por eles, que estavam aptas a responder questionamentos acerca da gestão e oferta de serviços de atenção à saúde. Desse modo, a população foi composta por: i) secretário municipal de saúde e/ou ii) coordenador (a) da APS no município e/ou iii) médico da família e/ou iv) enfermeiro e/ou v) outro profissional de saúde que realize atendimento na Unidade Básica de Saúde (dentista, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta ou técnico enfermagem)

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Os dados obtidos foram analisados à luz do método de análise de conteúdo, por ser uma abordagem amplamente reconhecida por permitir explorar e interpretar dados textuais. A análise de conteúdo envolve um conjunto de técnicas metodológicas que permitem investigar e analisar o processo comunicativo de maneira objetiva e sistemática acerca da descrição e interpretação do conteúdo comunicado (Bardin, 2016).

O processo de análise foi organizado em três etapas principais: pré - análise, exploração e tratamento de dados, conforme Bardin, 2016. O processo de pré - análise envolveu a exploração do material e o tratamento dos resultados. Essa etapa consistiu na realização e organização do conteúdo para análise com base na estruturação das ideias a serem desenvolvidas. Na fase seguinte, de exploração, o material organizado passou por uma análise de maneira sistematizada, com o intuito de decodificar e compreender seu conteúdo. Por fim, a terceira os resultados obtidos foram tratados a fim de se tornarem

relevantes para que seja possível realizar inferências e interpretações acerca das informações obtidas (Bardin, 2016).

Os participantes que aceitaram o convite para participação na pesquisa, tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes de iniciar a entrevista. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2025.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho integra o projeto “Fatores determinantes da eficiência da gestão da Atenção Primária à Saúde nos municípios catarinenses: mapeamento e desenvolvimento de modelo causal estrutural” aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, registrado sob o número do parecer: 5.925.226 (Anexo B). O projeto será desenvolvido de acordo com a Resolução CNS 466/12, após análise pelo comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UFFS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados o total de 11 atores atuantes na saúde dos três municípios, dentre os quais, três secretários de saúde, com formação profissional nas áreas de enfermagem, técnico de enfermagem e corretor de imóveis; um coordenador da APS, um coordenador de UBS, dois médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), um diretor de departamento de saúde, dois técnicos de enfermagem e um farmacêutico.

Inicialmente será apresentado as características dos três municípios participantes, que serão identificados pelas letras X, Y e Z, a fim de manter a confidencialidade. Em um segundo momento serão expostas as respostas dos participantes, que serão organizadas em três seções distintas: i) condições de saúde da população; ii) perfil de atuação da APS; e, iii) gestão e planejamento da APS.

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES

Conforme demonstrado no Quadro 1, os municípios analisados são de pequeno porte, com populações estimadas entre 5 mil e 24 mil habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado e a renda per capita são características sociais e econômicas que revelam um contexto municipal favorável à gestão em saúde.

A fim de obter uma avaliação coerente e orientada acerca do desempenho da APS nos municípios visitados, foram elencados três indicadores que pudessem orientar a análise da gestão e estrutura dos serviços em saúde no município: cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que não apenas constitui a principal forma de organização da APS como também tem o potencial de demonstrar a capacidade e o alcance dos sistemas de saúde; a taxa de cobertura vacinal em menores de um ano, posto que se apresenta como indicador estratégico da APS e que permite avaliar a capacidade das equipes de saúde de ofertarem ações preventivas, contínuas e integradas; e, por fim, a taxa de mortalidade infantil, que revela a qualidade e o alcance dos serviços em saúde prestados à população materno-infantil e sinaliza as condições de

desenvolvimento social e econômico de uma região (Brasil, 2017; Carmo; Silva; Campos, 2023; Pereira, *et al* 2021).

Quadro 1 - Características gerais dos Municípios

Variável / Município	X	Y	Z
População (estimada)*	22.000	24.274	5.099
IDH*	0,783	0,744	0,747
PIB per capita	71.746,97	38.539,31	94.779,48
População cadastrada**** (2024)	22.039	24.274	5.500
Número de equipes APS**	7	3	2
Número de médicos**	7	7	6
Número de outros profissionais da saúde**	39	14	14
Cobertura ESF	≥70%	≥70%	≥70%
Cobertura vacinal em menores de 1 ano*****	74%	97%	100%
Mortalidade infantil* (por 1000nascidos vivos)	3,32	7,52	5**

Fonte 1 - Fonte: *IBGE (2024); **PMS; ***Ministério da Saúde; ****SISAB

Os três municípios possuem a cobertura da ESF, acima de 70%, o que revela um esforço em efetivar a universalização da APS. Igualmente, há um baixo índice de mortalidade infantil, sugerindo um alcance satisfatório dos

serviços de atenção e cuidado materno-infantil. Nesse contexto, as taxas de vacinação infantil se mantiveram acima da meta estabelecida para a maior parte das vacinas em Y e Z , de 97% e 100% respectivamente, e no município X, o índice vacinal indicou uma cobertura vacinal de 74% , o que sugere uma deficiência na capacidade da APS de promover uma vacinação adequada nesse público, uma vez que, de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde, as metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização, para a maioria das vacinas nesse público, devem ser de 90% a 95%.

Em relação ao perfil etário demográfico, os municípios seguem uma tendência de envelhecimento, com a elevação da proporção de idosos em relação à população total. Entre os municípios avaliados, Z apresentou um ritmo mais acelerado nesse quesito com a elevação da proporção de idosos em relação à população total passando de 11,89% em 2010 para 18,49% em 2022, e um aumento absoluto da população idosa de 97,3%. Nessa perspectiva, essa realidade aponta que o município apresenta um ritmo de envelhecimento superior ao que se observa no país, que teve um crescimento absoluto da população idosa de 57,4%, com a proporção de idosos passando de 10,8% para 15,6% no mesmo período (Brasil, 2023), esse dado é relevante à medida que demonstra uma tendência do aumento da demanda por cuidados crônicos.

Os municípios apresentaram recursos humanos e infraestrutura de APS compatíveis com suas dimensões. Nesse sentido, o município X, que possui a maior população dentre os locais avaliados, apresenta sete equipes de ESF, as quais dispõem de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), distribuídos em três UBS e duas policlínicas municipais. Ademais, contam com o apoio de uma equipe multidisciplinar (EM), composta por profissionais nas áreas de odontologia, técnico de saúde bucal, psicologia, nutrição, fisioterapia, educação física, fonoaudiologia e especialidades médicas em pediatria, ginecologia, e obstetrícia, cardiologia, urologia, ortopedia e vascular. Além disso, tal localidade conta com um centro de especialidades odontológicas, pronto atendimento municipal (PAM) 24 horas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospital filantrópico, que possui 43 leitos, dos quais 28 são direcionados ao atendimento do SUS.

Ainda no que diz respeito a infraestrutura da APS, cidade Y conta com três UBS atualmente, com projeção da abertura de mais uma unidade de saúde,

e têm a sua disposição uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 12 horas. No que diz respeito a APS, as equipes de saúde são compostas , no total, por 25 ACS, 4 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem, 1 psicólogo, 3 fisioterapeutas, 2 dentistas e 6 médicos nos quais se incluem especialistas nas áreas de ginecologia e neurologia .Já município Z possui duas UBS e duas equipes de ESF, que são compostas por profissionais da área da saúde, entre técnicos de enfermagem, enfermeiros, ACS, fonoaudiólogo, farmacêutico e cirurgião dentista e médicos atuantes nas áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia, obstetrícia e MFC.

Os territórios avaliados, apesar de possuírem equipes compatíveis com o porte populacional, ainda apresentam a persistência de lacunas associadas às especialidades médicas. Assim, na tentativa de suprir essa demanda os municípios integram o Consórcio Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina (CISAMOSC) e se valem da Sistema Estadual de Regulação (Sisreg), apesar disso, é comum o relato de extensas filas de espera para o acesso a esses serviços.

O CISAMOSC foi criado em 1996 e, atualmente, é composto por 54 municípios do Oeste de Santa Catarina e possui cerca de 300 profissionais credenciados nas mais diversas áreas. A forma de acesso aos serviços se dá por meio das Secretarias de Saúde dos municípios integrantes e sua estrutura está integrada ao SUS, de modo que todo paciente que busque atendimento por esse sistema poderá acessar a rede de serviços especializados disponibilizados via consórcio (CISAMOSC, 2025).

A esse respeito, vale retomar o conceito de descentralização do SUS, que coloca os municípios como entes importantes no processo de decisão sobre a implementação de políticas públicas, ao lado dos entes estaduais e federais. Esse processo, no entanto, ao passo que garante uma maior autonomia aos municípios também amplia as desigualdades locais, sobretudo em municípios de pequeno porte, que em função de suas limitações técnicas e financeiras passam a ter dificuldades de prover serviços de saúde adequados e especializados à população. Desse modo, a fim de mitigar os impactos de suas limitações, e de garantir uma melhor assistência à sua população, os municípios passam a se organizar em Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) (Carvalho, Silva, Nicoletto; 2025)

4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Os atores foram questionados acerca da realização de estudos epidemiológicos por parte da secretaria municipal de saúde (SMS) e com qual frequência eles eram realizados e quais eram as características que favoreciam a persistência dos principais agravos naquela região.

Nessa perspectiva, a análise realizada possibilitou identificar que em nenhum dos municípios foram realizados estudos epidemiológicos formais direcionados ao monitoramento dos agravos e problemas mais prevalentes no território. Para Carvalho *et al*, 2017 a epidemiologia possibilita avaliar a frequência, a distribuição e os determinantes associados ao contexto da saúde, de modo que os resultados dessa avaliação possam ser utilizados para controlar as demandas associadas a ele. Assim, ela é relevante para interpretar o processo saúde - doença no âmbito coletivo, planejar ações voltadas à questão da promoção e prevenção e desenvolver políticas públicas de saúde. Ademais, Mendes (2019) defende a organização dos serviços a partir do conhecimento da diversidade social e dos diferentes grupos populacionais que ocupam o território, bem como, dos riscos e das vulnerabilidades de modo que os recursos sejam alocados de modo mais estratégico e eficiente. A ausência desses elementos no processo de planejamento favorece a implementação de um modelo de gestão alinhado à gestão por oferta, e consequentemente, à perpetuação de práticas que prejudicam a efetividade dos sistemas de saúde.

A exemplo disso, no município Z, os entrevistados relataram que será implementado uma equipe de suporte temporário para o pronto atendimento. Esse projeto será feito por meio de parceria público-privada com o intuito de diminuir filas de espera e tentar suprir as demandas da população. No entanto, a ausência de dados que identifiquem de forma precisa as reais carências em saúde e as prioridades para o direcionamento adequado dos recursos, evidencia a adoção do modelo de gestão por oferta. Esse modelo, segundo Mendes (2019), privilegia a entrega de serviços pontuais e facilmente mensuráveis, como número de consultas e procedimentos realizados, sem necessariamente estar sanando uma dor latente da população. Desse modo, conforme assinala o autor,

essa lógica ilustra o desconhecimento dos gestores acerca dos sistemas de saúde, contribui para a perpetuação de problemas estruturais nesse sistema e reforça a percepção de que essas dificuldades são realidades indissociáveis desse setor.

Em relação aos agravos mais prevalentes, no município X, 75% dos entrevistados apontaram Diabetes Mellitus (DM) e HAS como agravos mais prevalentes. Os entrevistados também mencionaram infecções respiratórias, lombalgias e problemas osteoarticulares, que conforme relatado, essas duas últimas, são condições relacionadas ao trabalho agrícola, que é a ocupação de boa parte da população. Além disso, indicaram uma preocupação com as arboviroses e uma baixa adesão da comunidade às ações de prevenção e de controle vetoriais.

No município Y, os entrevistados relataram aumento de queixas em saúde mental, incluindo em crianças e adolescentes. Os sujeitos atribuíram esse aumento à recente pandemia de Covid-19. Afirmam ainda que as demandas mais prevalentes em saúde mental estão relacionadas à ansiedade e depressão, além do aumento de crianças diagnosticadas ou em processo de avaliação para diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Além disso, destacam a recorrência de lombalgias e problemas osteomusculares relacionados ao trabalho agrícola, e o crescimento de HAS em idosos. Apontam que a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no município se deve aos hábitos de vida nocivos da população e à resistência para a modificá-los. Os entrevistados também mencionaram uma elevada taxa de tabagismo entre os adolescentes e adultos jovens, por meio dos cigarros eletrônicos, o que sinaliza uma tendência para maior carga futura de doenças crônicas.

“A dificuldade de mudanças de hábitos (no que diz respeito ao tabagismo), os idosos com hipertensão também não conseguem mudar hábitos de longo tempo. Sedentarismo, tendência à automedicação. As pessoas já não têm mais o hábito de por exemplo, se está com dor no estômago fazer um chá pra ver se melhora. Não, elas já vão na unidade e querem um remédio. A questão dos casos de depressão aumentados depois da COVID e outras doenças que a covid também veio a causar, que até então não se tinha tantos casos (...). Em relação aos jovens há um problema que a gente não consegue identificar eles. A gente faz o PSE que a gente consegue atingir até determinada idade, mas os jovens maiores, que já fazem parte do grupo das escolas do estado, que são esses jovens que fazem uso do “ipod”, cigarros eletrônicos, a gente acaba não tendo acesso a eles, eles não vêm pra rede. Só vem pra rede os que já estão com problema.

Então essa faixa de idade, eu acredito que no futuro vai ter bastante problema e vai cair na rede (...)." (Entrevistada Y3)

Segundo Brito *et al* (2024), a APS é fundamental no que diz respeito à prevenção de doenças crônicas, posto que ela é capaz de diagnosticar fatores de risco precocemente e implementar medidas voltadas à prevenção. Isso porque, as medidas de intervenção precoce favorecem a prevenção das enfermidades crônicas e, no contexto da APS, é favorecida pelo vínculo entre o coletivo e os trabalhadores da saúde. Assim, esse cenário reforça a importância da APS na promoção do cuidado longitudinal e integral, e monitoramento de fatores de risco.

Outra preocupação apontada no município Y é relacionada à dengue, visto que houve um surto recente, com a ocorrência de uma morte que gerou comoção e preocupação geral na população e nos gestores, esse fato mobilizou a realização de campanhas, acelerou o processo de vacinação, e fortaleceu ações de controle vetorial da doença, o que evidencia que mesmo na ausência de estudos sistemáticos, que viabilizem a prevenção de situações agudas, a APS possui uma capacidade de resposta ativa e pode ainda recorrer ao conhecimento tácito dos profissionais de saúde.

Em Z, igualmente às demais localidades foram listados como agravos frequentes do município HAS, DM, lombalgias, além de neoplasias de pele e problemas oftalmológico. Os entrevistados também referiram às condições psiquiátricas, principalmente ansiedade e depressão, como problemas crescentes. Dentre os fatores que favorecem a persistência desses problemas, estão fatores demográficos e comportamentais, como grande percentual de idosos, população com predominância de trabalho agrícola com exposição prolongada ao sol, além do sedentarismo e alimentação inadequada. Os relatos obtidos em Z revelam a percepção geral de negligência em relação aos estudos epidemiológicos e consequente dependência da percepção empírica da equipe de saúde. Um dos entrevistados destacou a falta de ações de promoção e prevenção em saúde, uma vez que a maioria dos pacientes com doenças crônicas não compreendem o impacto de tais patologias, bem como a importância adequada da medicação e do acompanhamento periódico, evidenciando a falta de ações estruturadas de promoção em saúde deixa uma

lacuna, que compromete a autonomia para o autocuidado, e o acompanhamento periódico desses pacientes.

De acordo com as informações obtidas, pode-se observar que as condições de saúde da população nos três municípios possuem demandas e lacunas similares entre si. A ausência de estudos epidemiológicos formais, e a prevalência de doenças crônicas e agravos da terceira idade, somados ao estilo de vida e predominância de ocupação relacionados à dinâmica agrícola/rural. Essa realidade revela que, embora a atenção primária tenha que se estruturar como porta de entrada preferencial do sistema, assegurando a continuidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, sua efetivação depende, em grande medida, da atuação estratégica e qualificada dos gestores. Nesse sentido, a ausência de conhecimento profundo sobre o território e os determinantes sociais do adoecimento compromete a capacidade da APS se consolidar como uma política pública promotora de saúde, educação em saúde e cuidado integral (Starfield, 2002; Miclos, Calvo, Colussi, 2017).

4.3 PERFIL DE ATUAÇÃO DA APS NO MUNICÍPIO

Para caracterizar o perfil de atuação da Atenção Primária nos municípios estudados, os entrevistados foram questionados acerca dos aspectos estruturais, organizacionais e funcionais do serviço. As perguntas investigaram, inicialmente, o número de equipes de saúde existentes e o grau de cobertura populacional vinculada à APS, considerando o cadastramento e a territorialização das ações. Ademais, questionou-se sobre a existência de um sistema informatizado utilizado para o acompanhamento dos usuários, bem como a composição das equipes em relação à presença de médicos especialistas. Associado a isso, foram explorados tópicos referentes à forma predominante de organização da APS, lacunas assistenciais e demandas não atendidas e fragilidades enfrentadas no cotidiano do serviço, como limitações de recursos financeiros, infraestrutura, insumos e recursos humanos. Por fim, investigou-se acerca dos serviços não ofertados nos municípios e a forma de acessá-los, além das estratégias adotadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde frente às condições mais prevalentes. Essas informações

são fundamentais para compreender os limites e potencialidades da APS enquanto política estruturante dos sistemas de saúde.

A organização da APS, sob a ótica dos entrevistados, busca seguir os princípios da ESF. Em X, Y e Z trabalha-se com equipes de ESF multiprofissionais, utilizando prontuários eletrônicos para cadastro e acompanhamento da população. Em relação ao percentual de indivíduos cadastrados e vinculados a uma equipe de saúde, todos os entrevistados nos três municípios, embora tenham apontado valores diferentes, indicaram que mais de 70% da população está vinculada a uma equipe de ESF.

A equipe de ESF é um mecanismo de assistência à saúde voltado a expandir e qualificar a AB de modo a ampliar a resolutividade e melhorar as condições de saúde do coletivo. Ela é composta por, no mínimo, um médico, especialista em medicina de família e comunidade preferencialmente, um enfermeiro, especializado em saúde da família prioritariamente, auxiliar e / ou técnico de enfermagem e ACS. Por outro lado, a Equipe Multiprofissional (EM), é composta por diferentes profissionais da área da saúde os quais contribuem complementando o atendimento das demais equipes atuantes na AP. Esses profissionais podem ser atuantes nas áreas de nutrição, psicologia, fisioterapia, educação física, assistência social, fonoaudiologia e diferentes especialidades médicas. (Brasil, 2017; Brasil, 2023a).

Conforme afirma Arantes, Shimizu e Merchan - Hamann (2016), a ESF se destaca visto que propicia uma ampliação dos cuidados primários, fomenta a equidade, expande os serviços assistenciais para áreas periféricas e rurais, aprimora a promoção e a prevenção da saúde, favorece a escuta e a humanização e contribui para a adesão dos pacientes em ações direcionadas ao tratamento de doenças crônicas e infecto contagiosas. Ademais, sua inserção em municípios de pequeno porte e localidades periféricas contribui para que indivíduos excluídos socialmente acessassem tais recursos públicos, devido sua escassez em tais regiões.

Nesse contexto, a atividade multiprofissional, de acordo com Sá *et al* (2021), favorece uma melhor resolubilidade e integralidade da assistência à saúde, posto que qualifica e auxilia o exercício da ESF, contribuindo para atenuar as fragilidades existentes. Ademais, a atuação de profissionais de diferentes áreas da saúde possibilita o compartilhamento de diferentes conhecimentos, o

que favorece intervenções em saúde mais seguras e a promoção da saúde. Esse modelo de organização é especialmente importante para municípios de pequeno porte, que comumente sofrem com a escassez de recursos e de acesso a serviços especializados. Nesses cenários, a presença da ESF, apoiada por equipes multiprofissionais, permite ampliar a capilaridade da AB, garantir o cuidado contínuo e adequado ao contexto em que está inserido, e fortalecer vínculos profissionais de saúde e a comunidade. Isso resulta em respostas mais efetivas às demandas da população, maior equidade no acesso ao cuidado

Em relação às especialidades médicas, os entrevistados relataram que o município consegue suprir a demanda em algumas áreas, porém faltam determinadas especialidades para as quais há alta demanda. Assim, conforme indicado na seção 4.1, os municípios se esforçam para garantir acesso às demandas por especialidade, sobretudo em ginecologia e pediatria, no entanto no município Y, embora conste no PMS a presença de pediatra, os entrevistados evidenciaram a falta desse profissional. Já nos demais municípios avaliados, mesmo contando com a presença desses especialistas, a demanda nessas áreas permanece elevada.

Ainda no que diz respeito à procura por especialidades médicas, coincide a alta demanda nas áreas de ortopedia, dermatologia, além de neurologia em X e Y, pediatria em Y, urologia em X e cardiologia em Y. Ademais, afirmaram ainda que tem o CIS-AMOSC como via principal de acesso e para procedimentos de média/alta complexidade, o que ressalta o papel dos consórcios intermunicipais como estratégia de cooperação intermunicipais para superar as limitações locais.

Considerando as necessidades dos usuários, questionou-se também acerca dos valores percentuais dos diferentes tipos de demandas atendidas na unidade de saúde. Entretanto, os atores não possuíam dados formais dessas informações, assim todos os valores relatados foram estimados com base em suas vivências diárias. Assim, foi considerado nos resultados as cinco principais demandas que atingiram valores $\geq 80\%$ por pelo menos um entrevistado, em pelo menos um dos municípios.

Quadro 2 - Tipos de demandas da APS nos Municípios

Tipos de demanda/atores	X	Y	Z
--------------------------------	----------	----------	----------

Demandas por condições agudas	70%	10%	80%
Demandas por condições crônicas agudizadas	80%	50%	40%
Demandas por condições gerais e inespecíficas	80%	10%	60%
Demandas por condições crônicas não agudizadas	80%	90%	5%
Demandas por enfermidades	90%	-	50%
Demandas Administrativas		80%	
Demandas por hiperutilizadores	50%	40%	80%

Fonte 2 - elaborado pelos autores

Assim, em X, foi apontado que a maioria dos atendimentos eram relacionados a demandas de condições crônicas agudizadas e não agudizadas; condições gerais e inespecíficas, bem como aquelas relacionadas a enfermidades. Em Y, as principais demandas relatadas foram em relação à condições crônicas agudizadas e demandas administrativas. Nessa perspectiva, um dos entrevistados no município em questão acrescentou que, no momento da realização da entrevista, as visitas domiciliares estavam prejudicadas devido a falta de um veículo destinado a esse fim, já que o automóvel disponível no município estava sendo utilizado para garantir o transporte de pacientes que necessitam realizar tratamentos e procedimentos fora do município. Em Z, as demandas por condições agudas e por hiperutilizadores ganharam destaque, embora as demandas relacionadas a condições por enfermidades e condições inespecíficas também represente uma porcentagem importante, como indicado no quadro.

Essas variações refletem a percepção individual com base nas experiências de cada ator, contudo, em conjunto, elas sugerem que a APS municipal tem um papel muito importante na gestão e acompanhamento de doenças crônicas. Além disso, de acordo com Tureck, Chioro, Andreazza (2022)

usuários hiperutilizadores contribuem não apenas para uma sobrecarga emocional e de trabalho para equipe de saúde e dos demais usuários como também são interpretados por parte dos profissionais de saúde como pacientes difíceis. Martins e Sousa (2022), pontuam que usuários que necessitam de cuidados numerosos retratam uma situação complicada, posto que isso exige consideráveis recursos públicos de saúde e isso pode ser considerado um problema de saúde prevalente. Ademais, ressalta também que esses usuários utilizam frequentemente os atendimentos de urgência e emergência gerando uma sobrecarga em tais serviços semelhantes ao que vem ocorrendo na APS e nos profissionais que ali atuam.

Os entrevistados também enumeraram as principais lacunas da APS. Nesse sentido, a falta de médicos é sentida em todos os municípios. No município X, além da falta de médicos, foram elencadas questões sobre as instalações físicas e equipamentos e a insuficiência do número de ACS, que não corresponde ao porte populacional do município. Já em Y dentre as fragilidades operacionais apontadas, também estão questões de instalações e infraestrutura, como problemas em equipamentos e edificações, e a falta de um veículo adequado que viabilize o atendimento da demanda de visitas domiciliares. Além disso, destacaram a escassez de profissionais para compor EM e médicos em diferentes especialidades, como um dos principais problemas para o bom funcionamento do APS no município. Um dos entrevistados em Y, além do déficit de recursos humanos, aponta como um problema a falta de integração das equipes, uma vez que percebe que as ACS não se sentem parte integrante da equipe, e embora sejam parte essencial para o vínculo com a comunidade, há uma dificuldade nas relações interpessoais que atrapalha a boa evolução do trabalho. Em Z foram apontadas vulnerabilidades relacionadas à gestão, falta de outros profissionais além de médico, escassez de medidas de prevenção e dificuldades envolvendo as instalações físicas estruturais e equipamentos.

“Existem poucos profissionais médicos, pelo menos na nossa unidade os médicos são pouco. Hoje , por exemplo, eu já mandei vários pacientes para o hospital devido a falta de fichas. E todo dia é bem cheio, as demandas são bem grandes (...). As visitas domiciliares estão suspensas desde o início da nova gestão, porque os veículos que eram utilizados para isso estão sendo utilizados para transportar os pacientes para realizar tratamento fora. Antes existia uma empresa responsável por esse transporte para fora, para os especialistas, mas não tem mais, e não foi esclarecido o porque. Agora estão utilizando nossos carros das visitas para isso.” (Entrevistada Y2)

“Hoje a gente tem uma equipe bem completa para as ESF que temos, as equipes estão completas, salvo os ACS, que estamos vendo a viabilidade de contratação, concurso, enfim, pra estar chamando, mas a gente tem as equipes completas, mas hoje a gente precisa pelo nosso porte populacional a gente precisa ampliar nossas equipes, hoje a gente tem 7 a gente teria que ter no mínimo 10 equipes, então isso acaba sobrecarregando as equipes que estão atendendo né? Então até como um plano de governo dessa gestão que veio do prefeito, enfim, a ideia é ampliar as equipes, a gente precisa.” (Entrevistada X3)

Diante desse quadro retratado pelos entrevistados, observa-se que a AB no contexto do SUS, apesar dos inúmeros resultados positivos, ainda enfrenta dificuldades relacionadas às desigualdades na estrutura dos serviços desenvolvidos, a permanência de médicos em regiões mais vulneráveis e a oferta deficitária de ações e cuidados em saúde apesar dos protocolos e metas existentes (Facchini; Tomasi; Dilélio; 2018)

Outra questão percebida é em relação aos ACS, que estão em número reduzido ou que não se sentem parte integrantes da equipe. Sobre isso, o número de ACS por equipe de saúde se baseia no número populacional e em características epidemiológicas, sociais e demográficas de cada região. A presença desse profissional no contexto da saúde da família é de extrema importância, uma vez que ele possibilita uma maior comunicação entre a equipe de saúde e a comunidade, pois repassam as demandas da sociedade aos profissionais de saúde e transmitem as informações de saúde para a população, assim têm a capacidade de desenvolver ações, individuais e coletivas, voltadas à promoção e prevenção da saúde (Costa *et al*, 2013; Brasil, 2017). Nesse cenário, a falta de ACS, sobretudo em X e Y, e a dificuldade de integração das ACS com a equipe em Z, evidencia uma vulnerabilidade na estrutural local da atenção básica, prejudicando a detecção precoce de demandas, e a integralidade do cuidado.

No que diz respeito a estratégias direcionadas à prevenção e promoção da saúde, observa-se que os municípios tentam orientar-se principalmente para oferecer palestras, atividades de grupos com pacientes portadores de doenças crônicas, como DM e HAS, porém cada município apresentou uma realidade distinta. Em X, foi relatado que a falta de profissionais impacta diretamente essas questões, visto que o acompanhamento contínuo, não é realizado devido às demandas serem desproporcionais a quantidade de profissionais disponíveis.

No município Y, foi relatado que os protocolos do Ministério da Saúde (MS) são seguidos com rigor, especialmente no que diz respeito ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Além do fornecimento regular de medicamentos, há ações pontuais como atividades de fisioterapia na própria unidade de saúde, com sessões de alongamento semanais. Também afirmaram que, embora os grupos estejam em processo de reestruturação, parte das orientações preventivas ocorre individualmente durante as consultas médicas. No município Z, foi unânime a percepção de ausência de ações voltadas a essas questões. Os entrevistados relataram que a falta de médico inviabiliza a realização de grupos de atividades coletivas, também se pontuou que na gestão anterior havia a realização de ações nesse sentido, contudo acredita que a ausência atual dessas atividades, esteja relacionada ao fato de a nova gestão estar em processo de organização.

A esse respeito, registra-se que a promoção da saúde é essencial não somente devido à predominância das doenças crônicas não transmissíveis e das novas endemias como também para desconstruir a cultura da medicalização que ainda predomina na sociedade (Brasil, 2002). Para Carvalho, Akerman, Cohen (2023) as ações em saúde com vistas à promoção serão potencializadas quando houver planejamento e avaliações das ações implementadas por parte da equipe de saúde, posto que isso irá favorecer as decisões e irá beneficiar as condições de saúde dessa população e desenvolver estratégias mais assertivas para os principais agravos.

4.4 GESTÃO E PLANEJAMENTO DA APS

Com o objetivo de analisar de forma aprofundada a gestão e planejamento da APS, os entrevistados nos três municípios responderam a questões que buscaram abordar aspectos operacionais e estratégicos relacionados à gestão local. As questões investigaram o modelo de gestão adotado, verificando se ocorre de forma centralizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou descentralizadas nas UBS, bem como os instrumentos utilizados. Também buscou-se compreender a articulação intersetorial por meio de ações em conjuntos com outras secretarias, a metodologia utilizada para o planejamento

anual de ações e atividades da APS, os atores envolvidos no processo e o grau de participação dos diferentes profissionais de saúde. Ademais, foram questionados acerca da frequência de capacitações oferecidas às equipes, as dificuldades enfrentadas para ampliar as ações de promoção e prevenção à saúde e as prioridades de investimentos na área da saúde, caso o município tivesse acesso a um montante hipotético e ilimitado de recursos, os resultados foram compilados conforme tabela a seguir, e serão detalhados nessa seção.

Quadro 3 - Gestão e Planejamento da APS

	MUNICÍPIO X	MUNICÍPIO Y	MUNICÍPIO Z
Gestão	Centralizada - compartilhada	Centralizado com alguma autonomia às unidades de saúde	Centralizado – baixa autonomia às unidades de saúde
Responsável pelas ações e resultados da APS	Coordenador da APS	Coordenador da APS – terceirizado	Coordenador da APS - terceirizado
Ações intersetoriais	PSE, Assistência social, Desenvolvimento Urbano	PSE, Assistência social	PSE, Assistência social
Capacitações	Mensais para ACS e anuais para outros profissionais – sem cronograma	Somente para gestores ou pelo Ministério da Saúde	Baixa Frequência
Prioridades de melhoria	Capacitação; Estrutura física; Ampliar Acesso; Contratação	Reduzir filas; Materiais educativos; Contratação para Equipe Multiprofissional	Contratação; infraestrutura; Centros de atendimento; Ampliar oferta de exames; Capacitação

Fonte 3 - Elaborado pelos autores

Nesse contexto, no município X, a governança da APS, segundo os entrevistados, oscila entre modelos centralizados pela SMS e compartilhados com as UBS, o que reflete a falta de clareza sobre as responsabilidades gerenciais. Apesar disso, os sujeitos afirmaram que utilizam indicadores preconizados no SISAB para monitorar o desempenho. Em Y, o planejamento é formalmente centralizado na SMS, porém há certa autonomia das unidades de saúde em adequá-lo às demandas internas. Já em Z, os entrevistados relataram que a gestão ocorre de forma centralizada, e as unidades de saúde não têm muita autonomia para adapta-lo à realidade de cada localidade. Além disso, não

há um cronograma anual ou encontros regulares entre SMS e UBS, o que compromete a comunicação entre os atores.

Nesse sentido, destaca-se que gestão compartilhada possibilita não apenas a divisão de decisões e poder, mas também de responsabilidades, funções e atribuições relacionadas à gerência. Dessa forma, torna-se possível compartilhar saberes e dialogar acerca das decisões que serão tomadas, o que favorece o envolvimento de equipes multidisciplinares em prol de uma atividade comum. Essa dinâmica, no contexto das UBS, proporciona avanços no processo de trabalho, mas também expõem dificuldades relacionadas ao processo de gestão (Soares, Raupp; 2009).

Além disso, segundo Silva, Koopmans e Daher (2016), para planejar e direcionar as ações em saúde é preciso não apenas conhecer a realidade e a dinâmica que o coletivo está inserido como também a forma como os serviços das unidades de saúde estão organizados. Nesse sentido, faz-se necessário utilizar ferramentas como o diagnóstico situacional, o qual permitirá coletar, tratar e analisar dados referente a local que se deseja desenvolver as ações. Esse mecanismo permite não apenas coletar informações relacionadas à saúde, mas também as áreas de educação, saneamento básico, transporte e habitação. Assim, será possível desenvolver um planejamento com ações mais estratégicas e direcionadas às demandas encontradas

Em relação às ações desempenhadas pelas UBS, assim como os resultados obtidos proveniente delas, em X são acompanhadas pela coordenadora da APS. Os atores destacaram, que são realizadas reuniões mensais com as equipes de modo a compreender se a ação implantada foi efetiva para os usuários ou não e o que precisa ser melhorado para atendê-los da melhor forma. No município Y, essa função é atribuída ao coordenador da AB, sem que haja um comitê ou estrutura específica para avaliação sistemática. No entanto, os entrevistados afirmam que há pouca escuta da secretaria em relação às demandas levantadas pelas UBS, e isso compromete a qualidade do cuidado. Importante destacar também, que nesse município a atribuição de coordenação da AB está terceirizada a uma entidade privada, assim, o coordenador possui vínculo empregatício com essa entidade e não com a secretaria de saúde. O coordenador da APS não estava no município no dia

em que foram realizadas as entrevistas, e diversas tentativas de contato posteriores foram realizadas, sem sucesso.

Igualmente, no Município Z, há a atuação de serviços terceirizados na gestão e planejamento. Nesse sentido, 50% dos entrevistados afirmaram que a partir do início dessa gestão, essa atribuição ficou a cargo de um ente terceirizado, que havia iniciado os trabalhos há menos de um mês, na data da entrevista. Nesse contexto, é importante salientar que a conversa com a secretária de saúde, foi acompanhada por esse agente terceirizado, que tem um robusto conhecimento acerca dos processos de gestão em saúde, e muitas informações coletadas no município, foram repassadas por ele, e não pela secretária de saúde. Esse funcionário terceirizado, entre outras coisas, presta assessoria à secretária de saúde, que possui formação e histórico de atuação em áreas não correlatas à saúde.

Segundo os autores Cruz e Marques (2023) o processo de terceirização de gestão em saúde tem demonstrado um potencial de empobrecimento da prestação do cuidado à população e do processo de trabalho dos profissionais de saúde, uma vez que, ao transferir a responsabilidade a organizações privadas, observa-se a fragmentação dos serviços, com sobreposição dos prestadores e falta de continuidade no acompanhamento dos usuários, o que compromete a longitudinalidade e a integralidade do cuidado. Outra questão associada à terceirização é a precarização do trabalho, fomentada por vínculos empregatícios instáveis, salários diminuídos e uma grande rotatividade, o que impacta na motivação, integração e qualidade das equipes, ao passo que paralelamente enfraquece a participação social, o controle estatal e a transparência na aplicação dos recursos.

Quanto às atividades intersetoriais, as três prefeituras investem esforços e recursos para realizá-las. Em X, as unidades de saúde mantêm convênios permanentes com a Secretaria de Educação por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), com a secretaria de Assistência Social para o acompanhamento de famílias vulneráveis, e com a secretaria de Desenvolvimento Urbano para ações de controle vetorial da dengue. Em Y, igualmente mantém-se parceria com a secretaria de educação por meio do PSE e da Assistência Social para o acompanhamento dos beneficiários do bolsa família. Já em Z, recentemente, passou-se a realizar pactuações com a educação e assistência social,

principalmente em campanhas de vacinação e visitas domiciliares integradas. Tais parcerias são imprescindíveis para a integralidade do cuidado, pois promovem a coordenação entre as diferentes áreas do SUS e determinantes sociais da saúde, reforçando o papel da APS como eixo de articulação da rede.

As ações de capacitações e treinamentos aos profissionais de saúde, são estruturadas de modo distinto em cada município. Em X, esse processo se dá a partir de ações mensais direcionadas aos ACS e anuais para os demais membros da equipe, porém sem um cronograma formalizado. Já em Y, o gestor municipal afirma que sua pretensão é realizar tais atividades bimestralmente, mesmo com as limitações existentes, e envolver todas as equipes e profissionais. Os demais entrevistados desta região afirmaram que as capacitações são escassas, e direcionada principalmente para os gestores, sendo que as capacitações para as equipes são ofertadas pelo ministério da saúde e a atuação do município, nesse ponto, é limitada e deficitária. Em Z, cada entrevistado apresentou uma percepção distinta quanto ao público alvo e a periodicidade de ações de treinamento, no entanto todos relataram baixa frequência, com ocorrência de cerca de duas vezes por ano para alguns ACS, e sem alguma regularidade para médicos e enfermeiros.

De acordo com Santos *et al* (2025), a construção de uma APS eficiente e humana está vinculada a políticas que favoreçam a qualificação dos profissionais e façam uso de práticas de ensino que estimulem um ensino mais direcionado ao desenvolvimento crítico e reflexivo, posto que a eficiência da APS compreende também trabalhadores aptos a desenvolver vínculos com o coletivo e entender como as dinâmicas sociais afetam a saúde desse grupo.

Nos três municípios, as principais dificuldades para ampliar e efetivar ações de promoção de saúde estão relacionadas às limitações estruturais, fragilidades na gestão e baixa adesão da população. Em X, os entrevistados destacaram a falta de conscientização da população do seu papel no processo de saúde - doença, visto que muitos não compreendem que medidas simples podem contribuir para a melhora do quadro de saúde. Além disso, ressaltaram que a percepção do usuário sobre sua própria saúde é afetada pela comunicação falha entre o sistema de saúde e o indivíduo e que esse aspecto também necessita de correção. No município Y, as principais dificuldades mapeadas pelos entrevistados, estão relacionadas à gestão centralizada e à falta de

profissionais, sobretudo médicos e ACS. Segundo os entrevistados, a centralização retarda decisões e dificulta a integração do plano de governo às demandas locais. Além disso, a dificuldade de tornar as equipes coesas e harmônicas compromete a mobilização e engajamento comunitário, o que reflete na baixa adesão aos grupos de prevenção.

“Agora nós estamos iniciando a nova gestão, então é preciso alinhar o plano de governo com o planejamento das unidades. É preciso de muito planejamento nesse sentido, em como as informações vão chegar na população, organizar os setores que precisam de ajustes. A nova gestão é mais firme, a gestão antiga era mais liberal, agora tudo deve ser reportado e quem está na gestão da unidade precisa de mais autonomia para fazer as atividades. Agora antes de fazer qualquer coisa na unidade é preciso repassar ao secretário” (Entrevistada Y1)

Finalmente em Z, além da carência de médicos, e da necessidade de uma gestão mais estruturada, os profissionais relataram a desinformação da população, desconfiança nas ações do SUS. Ademais, também indicam que a comunicação ineficaz entre os diferentes níveis da rede e a ausência de espaços regulares para diálogo entre as equipes ampliam os desafios naturalmente pertencentes ao cotidiano de uma unidade de saúde. Nesse sentido, os desafios observados em Z tem afetado a motivação e o entusiasmo dos profissionais, sobretudo nos profissionais que atuam diretamente com os usuários. Nesse aspecto, durante a conversa com um dos entrevistados no município, notou-se certa frustração por não conseguir desempenhar sua atividade sob os pilares de prevenção e promoção de saúde, mas, apesar disso, reconhece e acredita nos esforços da gestão para melhorar as condições de saúde da população.

“Apesar de tudo, ainda é um lugar muito bom para mim, é tranquilo, eu gosto da cidade, eu gosto da equipe... Quanto ao trabalho, assim, eu não me sinto satisfeita, eu estou sendo subutilizada e eu digo para eles vocês tem um recurso humano que tem um baixo investimento pois sou do Programa Mais Médicos e eu estou sendo subutilizada.... Eles sabem disso e toda semana eu estou dizendo o quanto é difícil estar aqui sozinha, o quanto é complicado e eu recebo promessas (...) Eu vejo esforços para mudar isso, eu sinceramente vejo. Mas sinceramente eu vejo que eles estão emperrados em algumas coisas também por conta de outras gestões, por causa da organização política agora. Eu acredito que eles estejam (tentando), de verdade.” (Entrevistada Z1)

Assim, o processo de saúde - doença é influenciado por inúmeros fatores, tais como comportamento, biologia, condições sociais, econômicas e políticas. Desse modo, a compressão desse processo e todos os fatores que podem

influenciar na sua ocorrência são essenciais para desenvolver e implementar medidas voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde, de maneira individual ou coletiva. Ademais, é necessário considerar também as características culturais e históricas dos indivíduos, haja vista que essas percepções também se relacionam a compreensão da saúde e da doença (Brasil, 2023b). Nesse contexto, para Câmara *et al* (2012), a forma como os indivíduos agem perante seus problemas de saúde e acessam aos serviços de saúde está diretamente vinculado a perspectiva que a comunidade na qual ele se insere possui desse processo saúde -doença, o que evidencia a relevância da educação em saúde, principalmente no que diz respeito às orientações de hábitos de vida saudáveis.

As áreas prioritárias para o aporte de recursos financeiros, segundo os entrevistados, nos três municípios concentram-se em necessidades estruturais, ampliação da força de trabalho e fortalecimento das ações de prevenção e cuidado especializado. Em X, os entrevistados destacaram a necessidade de investimento em capacitação contínua, dos profissionais, reestruturação física das UBS, ampliação do acesso a cirurgias e exames de imagem, além da contratação de especialistas. Em Y, foram apontados, como prioridades a superação das filas de espera por tratamentos e procedimentos fora do município, fortalecimento da mobilização comunitária, aquisição de materiais educativos e reforço das equipes multiprofissionais, por meio da contratação de mais profissionais. Já em Z, os entrevistados defenderam a contratação de profissionais efetivos, investimentos em infraestrutura, abertura de centros de atendimento com horário estendido, além da ampliação das ofertas de exames e capacitações para toda a equipe. Essas prioridades revelam a necessidade de um planejamento orçamentário sensível às especificidades locais, voltados ao fortalecimento da APS, como base de apoio para os sistemas de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado buscou compreender os fatores que exercem influência sobre o processo de gestão e na dinâmica organizacional da APS em três municípios de pequeno porte de Santa Catarina. Além disso, buscou-se

entender como essas variáveis interagem e afetam o processo de cuidado, e a oferta de serviços à população. A partir da análise qualitativa, embasada em entrevistas semiestruturadas e indicadores de cobertura da ESF, foi possível identificar de um lado, pontos que fortalecem a APS nesses municípios, como a manutenção de uma cobertura populacional mínima, e por outro, lacunas na integração dos serviços e no uso de dados epidemiológicos locais, e na formação continuada das equipes.

Verificou-se que os problemas que rodeiam a gestão e o planejamento da APS nos municípios de pequeno porte concentram-se na deficiência de planejamento estratégico, com base em informações e dados da realidade local, na precariedade de mecanismos de avaliação e na insuficiente qualificação e profissionalização dos gestores e profissionais de saúde. A carência da utilização de ferramentas de avaliação situacional e indicadores de saúde, indispensáveis para o planejamento da APS, compromete a capacidade de resposta desse serviço e prejudica a aplicação plena dos atributos essenciais desse nível de atenção, como primeiro contato, coordenação do cuidado e orientação comunitária. Essa questão pode ser considerada a principal fonte de dificuldades que se impõe ao processo de gestão e planejamento, uma vez que, sem conhecer de maneira adequada a situação de saúde local, os gestores carecem de dados que possam guiar a alocação de recursos e não reconhecem os pontos que devem ser priorizados, assim os serviços ofertados nem sempre serão capazes responder as necessidades existentes, o que implica na persistência da problemática.

Outro ponto a ser destacado, refere-se à influência do modelo de gestão por oferta, que ainda se dá de modo muito presente nos municípios, aliados à falta de um diagnóstico situacional detalhado e apoiado por escolhas operacionais que priorizam indicadores de produção (número de atendimentos e procedimentos) em vez de responder adequadamente às vulnerabilidades estruturais e determinantes sociais de cada localidade, isso se consolida como uma lacuna que fragiliza a efetividade e qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, o bom funcionamento da APS. Igualmente, embora exista o reconhecimento das dificuldades de comunicação entre os diferentes atores da rede, observou-se que ainda não há investimentos direcionados para qualificar

esse diálogo, isso também enfraquece a efetividade das ações, e contribui para a baixa adesão da população aos programas em saúde.

Ademais, considerando os princípios do SUS e dos pontos que necessitam ser melhorados dentro do processo de gestão, foi notável em todas as localidades uma maior consciência dessas questões e sua relevância para o processo saúde-doença por aqueles gestores que possuíam formações relacionadas ao âmbito da saúde e/ou atuavam na área de gestão em saúde há algum tempo. Ademais, a terceirização de serviços e a rotatividade de profissionais, embora sejam estratégia para suprir carências, tendem a fragmentar o cuidado, e a precarizar as relações de trabalho, e podem comprometer a integralidade e a longitudinalidade preconizadas na APS, uma vez que a transferência da responsabilidade para entes privados pode acarretar na descontinuidade do acompanhamento dos usuários e o comprometimento do atendimento longitudinal e integral.

Por outro lado, observou-se nos três municípios visitados, um compromisso direcionado ao fortalecimento da APS, que pode ser evidenciado pelo reconhecimento de erros e deficiências, e o desejo de corrigi-los com o intuito de melhorar a qualidade da atenção primária.

Diante disso, observa-se a necessidade de investir em capacitação contínua aos profissionais de saúde, não somente aos gestores, mas a toda equipe, promovendo educação permanente que os permita atuar e implementar ações de promoção de saúde, prevenção e cuidado mais eficaz. Ao mesmo tempo, é importante fortalecer a gestão participativa, criando espaços de planejamento em conjunto com as equipes de saúde, e a inclusão dos agentes comunitários de saúde nesse processo, visto seu papel estratégico na comunicação com a comunidade. Além disso, é preciso implementar de modo mais estratégico a coleta e análise de dados epidemiológicos, para que possam subsidiar um planejamento mais adequado à realidade sociodemográfica de cada localidade.

Importante destacar esse estudo foi realizado num período de transição de mandatos municipais, e em todos os municípios havia ocorrido mudança dos gestores de saúde. Esse fato reflete no conhecimento dos gestores de dados epidemiológicos e operacionais locais. Além de ter sido um complicador para esse estudo, essa rotatividade na gestão, expõe outra fragilidade para as

políticas em saúde, uma vez que pode comprometer a continuidade de programas e projetos em curso. Associado a isso, é preciso ressaltar a dificuldade de acesso aos planos municipais de saúde, os quais são instrumentos fundamentais para compreender o planejamento local. Acrescenta-se, ainda, que os dados foram coletados por meio de relato dos entrevistados, o que pode gerar viés de memória ou de percepção, uma vez que as informações estão alinhadas às experiências e percepções individuais dos participantes, podendo apresentar algum grau de distorção da realidade institucional.

Por fim, aponta-se a necessidade de estudos adicionais que visem aprofundar-se ainda mais no tema, e ampliar a discussão. Nesse contexto, a realização de estudos em outras localidades poderia avaliar se as dinâmicas identificadas nesse estudo, se repetem em contextos distintos.

A realização desse trabalho permitiu observar que atuação médica dentro do sistema único de saúde deve extrapolar os limites do consultório e o cuidado clínico individual, uma vez que esse profissional desempenha um papel estratégico na organização e prestação do cuidado em saúde pública, atuando não apenas na assistência clínica, mas também como agente articulador do cuidado e potencial colaborador aos processos de gestão. Desse modo, ao se envolver mais ativamente na análise das demandas locais e no planejamento de ações o médico pode contribuir para deixar a gestão mais adequada às reais necessidades da população, contribuindo efetivamente para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, e consolidação do SUS como uma política de fato universal, equânime e resolutiva.

6 REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, maio 2016. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?format=pdf&lang=pt>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016, 279 p.

BORGES, C; TAVEIRA, V. R. **Territorialização**. In: GUSSO, Gustavo. Tratado de Medicina de Família e comunidade., 2012.

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1168–1180, 1 out. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43n123/1168-1180/pt>

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Compreendendo o processo saúde - doença** : Programa saúde com a Gente. [Brasília] : Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em : <https://conacs.org.br/wp-content/uploads/2023/09/E-Book-16-Compreendendo-o-processo-sa%C3%BAdede-doen%C3%A7a.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento da Atenção Primária**. [Brasília] : Ministério da Saúde , 2024c. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/financiamento-aps>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é atenção primária ?** [Brasília]: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria> .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. [Brasília] : Ministério da Saúde, 2002. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. [Brasília] : Ministério da Saúde , 2024a. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em : 07 abril 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde**. [Brasília] : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_ap_s.pdf .

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 687, de 30 de março de 2006. **Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 4 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Recomendações para operacionalização da política nacional de promoção da saúde na atenção primária à saúde**. [Brasília] : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_politica_promocao_atencao_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2023-versao_25_10_24.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**: 5. ed. rev. e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-5a-edicao-revisada-e-atualizada-2022/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB**. Disponível em : <https://sisab.saude.gov.br/>

BRASIL. Portaria nº2436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Portaria GM/MS nº365, de 22 de maio de 2023. **Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho**

para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023a. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.htm

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos.** GOV.BR – Notícias, 27 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos>

BRITO, L. M. *et al.* Prevenção de doenças crônicas no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 3888–3910, 27 set. 2024. Disponível em : <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3565>

CÂMARA, A. M. C. S. *et al.* Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 40–50, mar. 2012. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Kr5X5X4qZNWYCKmdfXDbqFN/>

CARVALHO, B. G; SILVA, J. F. M; NICOLETTO, S. C. S. Atuação de consórcios de saúde no sistema público de saúde brasileiro: arranjos, papéis e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, e9515, jan./mar. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449515P>.

CARVALHO, C. A. *et al.* **Epidemiologia**: conceitos e aplicabilidade no Sistema Único de Saúde. São Luís: EDUFMA, 2017 Disponível em : https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9070/1/Epidemiologia_ISBN%20978-85-7862-653-2%20-%202017.pdf

CARVALHO, F. F. B.; AKERMAN, M.; COHEN, S. C. A Promoção da Saúde na Atenção Básica: o papel do setor Saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. **Estudos Avançados**, v. 37, n. 109, p. 89–104, 1 dez. 2023. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/ea/a/7P9H3mwKTxyBkLQmKdJxSLv/> Acesso em 07 junho 2025

CHAVEZ, G. M. *et al.* Teorização da demanda por profissionais e usuários da estratégia saúde da família: espontânea, programada, reprimida. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0331>

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DE SANTA CATARINA (CISAMOSC). **Credenciados**. Disponível em: <https://cisamosc.sc.gov.br/credenciados/>

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 7 pp. 2147-2156 , julho 2013. Disponível em : <https://www.redalyc.org/pdf/630/63027990030.pdf> Acesso em : 05 junho 2025

CRUZ, A. O.; MARQUES, M. C. C. **Terceirização da saúde pública e o desmonte da Atenção Primária do município de São Paulo**: uma revisão integrativa. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Economia e Gestão da Saúde) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

CUNHA, E. M. ; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029–1042, 2011. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/> .

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208–223, set. 2018. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?lang=pt>

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. SP: Atlas, 2021

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., Carvalho, A. I., (Orgs.), **Políticas e sistema de saúde no Brasil** (2a ed., pp. 493-545). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. Disponível em : <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/>

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 556–567, 1 jun. 2015. Acesso em : 10 janeiro 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2015.v24n2/556-567/pt/>

KROTH, D. C. **Avaliação de impacto do programa “Pacto pela Saúde” sobre indicadores de eficiência e de vulnerabilidade de saúde municipais (206-2013)**. 2017. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós - Graduação em Desenvolvimento Econômico, Curitiba, 2017.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 25(4), 1181-1188, 17 Abril 2020 <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>

MARTINS, T. D.; SOUSA, M. N. A. Usuários hiperutilizadores : implicações para a Atenção Primária em Saúde. **Temas em Saúde**, v. 22, n. 3, 2022. Disponível em : <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2022/06/22311.pdf>.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass. Brasília: DF. 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49107>

MICLOS, P. V; CALVO, M. C. M; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 86, 2017.

OLIVEIRA, M. A. DE C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>.

PEREIRA *et al.* Mortalidade infantil e sua relação com as políticas públicas em saúde sob o olhar dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Estado de Goiás. **Brazilian Journal of Human Rights**, v.4, n.1, p.3331-3348, 2021. Disponível em : <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/24957>

PIRES D. E. P. *et al.* Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina , v. 28, 29 abr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0426>

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ. **Plano Municipal de Saúde (PMS)**. Prefeitura Municipal de São José, 2025. Disponível em : <https://saojose.sc.gov.br/plano-municipal-de-saude-pms-2/>

PROCÓPIO, L. C. R. *et al.* A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 592–604, 5 ago. 2019. Disponível em : <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43n121/592-604/>.

PNUD; FJP; IPEA. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília: PNUD, 2023. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>.

SÁ, J. G. S. B; AMARANTE, P. A.; AMARANTE, J. C. A. Participação Popular na Atenção Primária à Saúde: Fragilidades e Potencialidades. **Revista Cronos**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 79–95, 2023. Disponível em : <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/26948>

SÁ, S. C. M. *et al.* Desafios e potencialidade da atuação da equipe multiprofissional na atenção primária em saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. l.], v. 11, n. 61, p. 4918–4929, 2021. Disponível em: <https://www.revistasau decoletiva.com.br/index.php/sau decoletiva/article/view/1200>.

SANTOS *et al.* Por uma Atenção Primária transformadora : formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado à saúde da

família. **Revista Aracê**, v. 7, n.3 , pág 11001 - 11030, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3700>

SILVA, J. F. M. *et al.* Fortalecimento da governança regional e da rede de atenção à saúde em municípios pequenos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, 2023. Disponível em : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57875>

SILVA, C. S. S. L; KOOPMANS, F. F; DAHER, D. V. O Diagnóstico situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 07, p. 30–33 janeiro 2016. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345/526>

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002

SOARES, R. S; RAUPP, B. Gestão compartilhada: análise e reflexões sobre o processo de implementação em uma unidade de atenção primária à saúde **Revista de APS**, v. 12, n. 4, 2009. Disponível em : <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/14372>

SOUZA, L. Saúde pública ou saúde Coletiva? **Revista Espaço para Saúde** , [s. l.], v. 15, n. 4, p. 7–21, 2014. Disponível em : <https://espacoparasauade.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/545>

TURECK, F.; CHIORO, A.; ANDREAZZA, R. Meu Deus, lá vem ele de novo! O cuidado à saúde aos “hiperutilizadores” na Atenção Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 4 abr. 2022. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/icse/a/FmF3LLjShh9QPm7CKTswzvr/>

VIACAVA F. *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921–934, 1 abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>.

VIDAL, T. B. *et al.* Modelos de acesso ao cuidado pelo médico de família e comunidade na atenção primária à saúde. In: Gusso, G; Lopes, J. M. C; Dias, L. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2019. p. 35-49.

VIEIRA, F. S. *et al.* **Prioriza SUS**: proposta para o aperfeiçoamento da gestão do SUS por meio do planejamento, do monitoramento e da avaliação da ação governamental. Texto para Discussão, 2023. Disponível em : <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/12028>

YIN, R. K. **Case study research**: design and method. Third Edition. Applied Social Research Methods Series, v. 5, 2002.

ANEXO A – Questionário**Questionário semi-estruturado****1) Dados do respondente:**

1.1) Nome:

1.2) Qual a sua formação?

1.3) Qual o seu cargo e há quanto tempo o representa?

2) Condições de Saúde da População

2.1) A secretaria realizou nos últimos 5 anos um estudo do perfil epidemiológico da sua população?

() Sim

() Não

() Não sei.

2.2) Quais os principais agravos existentes no território? Vocês realizam estudos epidemiológicos para identificar tais agravos com alguma frequência? Se sim, quando foi realizado o último?

2.3) Quais as características contribuem para a existência / persistência de tais agravos?

3) Perfil de atuação da APS no município

3.1) Quantas equipes de saúde possuem no município?

3.2) A população do município está devidamente cadastrada e vinculada a uma equipe da APS?

() Não () sim, até 50% () sim, entre 51% e 75% () Sim entre 76% e 90% () Sim, acima de 90%

3.3) A Secretaria municipal possui sistema informatizado para cadastro e acompanhamento da população atendida na APS?

- () Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) – SUS
 () Outro programa similar de prontuário eletrônico. Qual? _____
 () Não possui sistema informatizado.

3.4) O município conta com a presença de médicos especialistas nas UBS? Se sim, quais seriam as especialidades de tais profissionais?

3.5) A atuação da APS no município está mais próxima de que forma de atuação/organização:

- () Presença de médico e enfermeira que fazem consultas
 () Presença de pelo menos três médicos especialistas: ginecologista e obstetra, clínico geral e pediatra
 () Centralidade do cuidado por meio de médicos com formação na especialidade de medicina da família
 () Estratégia da Saúde da Família com equipes multidisciplinares
 () Não há um formato padrão, agrega características dos diferentes tipos apontados anteriormente
 () Outro específico. Qual? _____

3.6) Conseguiria identificar o percentual de cada um dos principais tipos de demanda da APS, listados abaixo, no seu município?

Tipo de demanda APS	Percentual (%)
Demanda por condições agudas	
Demanda por condições crônicas agudizadas	
Demanda por condições gerais e inespecíficas	
Demanda por condições crônicas não agudizadas	
Demanda por enfermidades	
Demanda por pessoas hiperutilizadoras	
Demandas administrativa	
Demanda por atenção/cuidados preventivos	
Demanda por atenção domiciliar	
Demanda por autocuidado apoiado	

3.7) Indique quais as principais demandas que não são atendidas pela APS?

3.8) Atualmente, quais são as principais fragilidades da APS que mais demandam recursos da saúde e como elas tem sido superadas?

- | | |
|---|---|
| ☐ Recursos financeiros | ☐ Equipamentos/instalações |
| ☐ Edifícios/prédios | ☐ Pessoal (médicos) |
| ☐ Gestão | ☐ Pessoal(outros profissionais de saúde) |
| ☐ Insumos/remédios | ☐ Outros |

3.9) Como é realizada a prestação de serviços de saúde que não estão disponíveis no município?

3.10) Considerando as condições de saúde mais prevalentes na população, como se dá as principais medidas de prevenção e promoção da saúde?

4) **Gestão e planejamento da APS**

4.1) Como é realizada a gestão da APS no município?

- ☐ Individualmente em cada UBS;
- ☐ Centralizada pela Secretaria Municipal

4.2) O modelo de gestão da APS (ou a forma de fazer a gestão da APS) adotado pelo município, contempla:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a) Gestão por resultados | ☐ Sim | ☐ Não |
| b) Gestão de processos | ☐ Sim | ☐ Não |
| c) Orientação ao serviço (qualidade) | ☐ Sim | ☐ Não |
| d) Acompanhamento de satisfação do usuário | ☐ Sim | ☐ Não |
| e) Sistema informatizado de gestão | ☐ Sim | ☐ Não |
| d) Plano de comunicação com a comunidade | ☐ Sim | ☐ Não |

4.3) Há equipe/setor/departamento/grupo de trabalho na Secretaria Municipal responsável pelo monitoramento das ações realizadas e pelos resultados dessas ações?

4.4) Indique ações e/ou projetos/programas que são realizados de forma intersetorial (isto é, realizadas em conjunto/parcerias com outras secretarias municipais) que geram efeitos positivos sobre a saúde da população?

4.5) Como ocorre o planejamento das ações/atividades da APS para cada ano?

() Planejamento realizado com base na demanda (considera os diferentes tipos de demanda da APS);

() Planejamento com base nas condições de saúde da população;

() Planejamento realizado com base nos recursos disponíveis (recursos físicos, humanos, materiais e financeiros).

4.6) Por quem é realizada o planejamento das ações da APS no município?

() Individualmente em cada UBS;

() Centralizada pela Secretaria Municipal

() de forma conjunta entre Secretaria e UBS

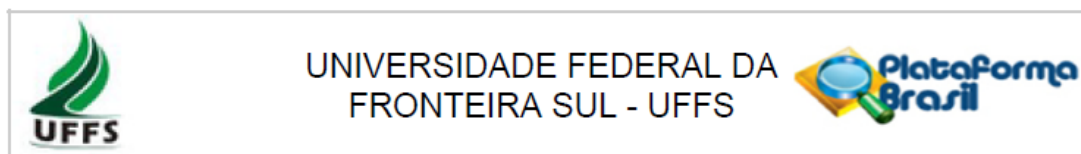
() Outro. Qual _____

4.7) O planejamento das atividades em saúde conta com a participação de outros profissionais as área da área da saúde ? Se sim, quais?

4.8) No que diz respeito a capacitação de profissionais da saúde, com que frequência são realizadas ações do gênero ?

4.9) Quais as principais dificuldades para efetivar e/ou ampliar as ações de prevenção e promoção à saúde no município?

4.10) Caso o município tivesse acesso a considerável aporte de novos recursos financeiros, liste três prioridades de investimento que teriam impacto positivo sobre a saúde de seu município.

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Fatores determinantes da eficiência da gestão da Atenção Primária à Saúde nos municípios catarinenses: mapeamento e desenvolvimento de modelo causal estrutural

Pesquisador: DARLAN CHRISTIANO KROTH

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66839523.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.925.226