

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA

SHEILA CRISTINA DE SOUZA CRUZ

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA:
O CASO DE RESISTÊNCIA**

VITÓRIA
2007

SHEILA CRISTINA DE SOUZA CRUZ

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA:
O CASO DE RESISTÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Zorzal e Silva

VITÓRIA

2007

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C957p Cruz, Sheila Cristina de Souza Cruz, 1974-
Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família : o caso de Resistência, Vitória/ES / Sheila Cristina de Souza Cruz. – 2007.
174 f. : il.

Orientadora: Marta Zorzal e Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Estratégia de Saúde da Família (Brasil). 2. Política de saúde. 3. Serviços de saúde pública - Avaliação. 4. Trabalho - Organização. I. Silva, Marta Zorzal e. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

SHEILA CRISTINA DE SOUZA CRUZ

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA:
O CASO RESISTÊNCIA**

Dissertação de Mestrado: Submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Marta Zorzal e Silva – **Orientadora**
Universidade Federal do Espírito Santo

Profª Drª Ethel Leonor Noia Maciel – **1º Examinador**
Universidade Federal do Espírito Santo

Profª Drª Sheilla Diniz Silveira Bicudo – **2º Examinador**
UNIVIX – Faculdade Brasileira

Profª Drª Maristela Dalbello Araújo – **1º Suplente**
Universidade Federal do Espírito Santo

Profª Drª Maria Beatriz Lima Herkenhoff – **2º Suplente**
Universidade Federal do Espírito Santo

Este estudo está inserido na **Área de Concentração – Política, Administração e Avaliação em Saúde, linha de Pesquisa Política de Saúde** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais, Sebastião e Mariana, ao meu esposo Marcello, meu filho também Marcello, minha família, meus portos afetivos.

A todos que sustentam a indignação perante as desigualdades sociais, e persistem na busca de caminhos para a transformação da sociedade.

A todos que estão envolvidos na construção do Sistema Único de Saúde, buscando sempre a melhoria da qualidade deste sistema.

AGRADECIMENTOS

Embora uma dissertação seja por sua finalidade acadêmica, um trabalho individual; há contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Primeiramente, agradeço a Deus, por ter me dado o que tenho de mais precioso, a minha vida.

Aos meus pais, Sebastião e Mariana, cujas virtudes do trabalho, da dignidade e da responsabilidade são exemplos durante toda a minha vida, sempre me incentivando na vida acadêmica.

Ao meu esposo, Marcello; e ao meu filho, também Marcello; que acompanharam esta caminhada do início ao fim, desprendendo as virtudes do amor, da paciência e da tolerância.

Às minhas irmãs, Sônia e Heleane, pelo especial apoio.

À minha família, agradeço por todo o carinho, que se faz sempre presente, apesar da distância que nos separa.

À professora Dra. Marta Zorzal, minha orientadora, pela crença neste estudo, pelo acompanhamento e diretrizes em todas as suas etapas e pelo convívio acadêmico, não poupando esforços para que o meu sonho se tornasse realidade.

À professora Dra. Ethel Leonor Noia, agradeço todo o apoio e muito particularmente, a visão que me proporcionou a respeito das questões associadas às avaliações dos serviços de saúde.

À minha grande amiga Regina Célia Diniz Werner, que me apoiou durante todos os momentos de reflexão sobre a pesquisa.

Às minhas amigas, Adriani Ribeiro, Cláudia Roberta, Edlamar Blackmann; que, além de dividirem comigo a experiência de serem Enfermeiras, sempre estiveram ao meu lado nos momentos de conquistas.

Aos professores e convidados do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

Aos colegas do Mestrado, pelo companheirismo nesses dois anos, pelo espírito de grupo e apoio mútuo mantido.

Às autoridades municipais de saúde e servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES, pela liberação do espaço para as atividades de pesquisa e pelo apoio à realização deste estudo.

Aos participantes da minha pesquisa: a comunidade de Resistência, os usuários e os profissionais de saúde, que com desprendimento, contribuíram e acreditaram no resultado deste estudo.

Por fim, a todos aqueles, que mesmo não mencionados, contribuíram das mais variadas formas para a realização desta conquista.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz, e o que se faz, de tal maneira que em um dado momento a tua fala seja a tua prática”.

Paulo Freire

RESUMO

CRUZ, Sheila Cristina de Souza. **Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia de Saúde da Família: O Caso Resistência – Vitória/ES.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a Marta Zorzal e Silva. Vitória/ES: PPGASC/UFES, 2007. 174 f. Dissertação de Mestrado.

Este estudo está circunscrito ao campo da avaliação em saúde, adotando como referência o olhar que as Ciências Sociais lançam nesse campo e tem como objeto de estudo a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no território de Resistência da Região de São Pedro, município de Vitória/ES. Buscou mapear as possibilidades inovadoras de organização das práticas assistenciais, bem como estudar a contribuição da implantação da ESF na atenção à saúde da comunidade atendida. Foi realizada uma análise dos documentos oficiais, bem como estudos referentes ao tema proposto. A abordagem metodológica selecionada foi a qualitativa, por meio de um estudo de caso. Os dados foram obtidos no período de fevereiro a abril de 2006, por meio de observação de campo, entrevistas com formulários semi-estruturados com os usuários cadastrados na ESF e profissionais de saúde da estratégia envolvidos na assistência desta comunidade. Os resultados obtidos foram analisados através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que demonstrou de forma geral satisfação dos usuários quanto ao atendimento na Unidade de Saúde da Família (USF), bem como a ampliação do acesso desses usuários aos serviços de saúde, no entanto revelou a necessidade de rever as práticas assistenciais das equipes. Evidenciou que as atividades básicas de assistência estão centradas na USF, com a constatação de que a organização do trabalho permanece ainda bastante centrada na oferta de assistência médica individual, reduzindo à capacidade de resposta do serviço à demanda. Evidenciou também um desconhecimento dos usuários quanto às ações das equipes de saúde da família, bem como das diretrizes da ESF por parte dos profissionais de saúde. Ficou demonstrado que a alta rotatividade dos recursos humanos desestabiliza as equipes e reforça a reprodução de práticas de pronto-atendimento na USF. As questões levantadas neste estudo indicam a necessidade de ampliar a escuta, qualificar o vínculo, buscar inovações de caráter local com maior interação da comunidade. Ficou evidenciado que os profissionais de saúde verificam a necessidade de mudar sua prática e o modo de fazer a saúde, no entanto as suas limitações nas dimensões do modo de viver das famílias causam aos profissionais sentimentos de sofrimento por não conseguirem resolver algumas questões que ultrapassam seu fazer saúde. Dessas constatações, conclui-se que se faz necessário adequar a prática da estratégia aos pressupostos teóricos formulados pelo Ministério da Saúde visando a contribuir para a melhoria qualitativa dos serviços. Os resultados deste estudo poderão contribuir para adaptações na ESF, em busca de desenvolvimento de inovações gerenciais ou assistenciais, visando à melhoria do processo de trabalho.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Política de saúde, avaliação de saúde, organização do processo de trabalho.

ABSTRACT

CRUZ, Sheila Cristina de Souza. **Implantation Process Assessment of the Family Health Strategy: The Resistência Case – Vitória/ES**

Advisor: Prof. Dr. Marta Zorzal e Silva. Vitória/ES: PPGASC/UFES, 2007. 174 f.
Master's Dissertation.

This study is restricted to the health assessment field, having as reference the Social Sciences' view of this field. This study aims at the implantation of the Family Health Strategy (*ESF*) in Resistência, São Pedro area, City of Vitória/ES. The investigation intended to map out the innovative possibilities of organization of assistance practices, as well as study the contributions of the *ESF* implantation to the served communities. Both official documents and relevant studies were analyzed. The methodological approach chosen was qualitative, through case study. Data were obtained between February and April of 2006, through field observation and interviews using semi-structured forms and with users registered in the *ESF* and health professionals involved in this community's assistance. The obtained results were analyzed through the Collective Subject Discourse (CSD) technique, which showed, in general terms, both the users' satisfaction with the service at the Family Health Unit (*USF*), and the increased access of these users to health services. However, the results also showed the need of revising the teams' assistance practices. It was made evident that the basic assistance activities are centered in the *USF* and that the work organization still focuses on individual health assistance, which reduces service response to the demand. Users also showed to be unaware of both the family health team's actions and the *ESF* directives by the health professionals. It was also clear that labor turnover unbalances the teams and encourages the repetition of emergency service practices at the *USF*. The questions raised by this study indicate the need of broadening listening, qualifying bonds and seeking local innovations with more community interaction. Results pointed out that health professionals see the need of changing their practice and the way to promote good health. However, their limitations due to the life style of the families make these professionals suffer from not being able to solve problems beyond their competence. From these findings, it was concluded that it is necessary to adapt the strategy practice to the theory offered by the Ministry of Health in order to improve service quality. The results of this study can contribute to *ESF* adaptations concerning assistance or managerial innovations aiming at improving the work process.

Keywords: Family Health Strategy; Health Policy, health assessment, work process organization.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

QUADRO	1	Programas e Serviços de saúde implantados na gestão municipal de 1989- 1992.....	65
QUADRO	2	Cobertura populacional do PACS e da ESF no município de Vitória/ES de 2000-2005.....	72
QUADRO	3	Região de São Pedro: bairros atendidos pela Unidade de Saúde da Família, 2006.....	73
QUADRO	4	Número de óbitos de mortalidade materno-infantil na Região de São Pedro, 2006.....	74
QUADRO	5	Carta de Serviço da Unidade de Saúde da Família de Resistência.....	77
QUADRO	6	Região de São Pedro: Distribuição das USF segundo territórios/bairros, população e número de equipes da ESF, 2006.....	77
QUADRO	7	Identificação da USF de Resistência, 2006.....	90
QUADRO	8	Quantidade de atendimentos ambulatoriais realizados na USF de Resistência de 2000-2005.....	101
TABELA	1	Evolução da implantação das equipes de saúde da família no Espírito Santo de 1998-2006.....	67
TABELA	2	Histórico das hospitalizações em crianças menores de 05 anos do território de Resistência - 2000/2005.....	97
TABELA	3	Histórico dos indicadores de mortalidade do território de Resistência - 2000/2005.....	98
TABELA	4	Território de Resistência: Percentual de acompanhamento dos principais agravos/condições pela ESF – 2000/2005.....	99
FIGURA	1	Mapa da regionalização da saúde e equipamentos próprios da rede municipal, Vitória, 2006.....	71

LISTA DE SIGLAS

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
PSF – Programa Saúde da Família
CNS – Conferência Nacional de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
AIS – Ações Integradas de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
CF – Constituição Federal
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
PAB – Piso da Atenção Básica
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
PMV – Prefeitura Municipal de Vitória
SESA – Secretaria de Estado da Saúde
SISS – Sistema Integrado de Serviços de Saúde
CEO – Centro de Especialidade Odontológica
CRAI – Centro de Referência de Atendimento ao Idoso
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CPTT – Centro de Prevenção e Tratamento aos Toxicômanos
SOE – Serviço de Orientação ao Exercício
CCZ – Centro de Controle de Zoonoses
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
THC – Técnico em Higiene Dental
USF – Unidade de Saúde da Família
UBS – Unidades Básicas de Saúde
FAESA – Faculdades Integradas Espírito-Santenses

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
1.1	TEMPORALIDADE DA AUTORA.....	17
1.2	JUSTIFICATIVA.....	19
1.3	OBJETIVO GERAL.....	25
1.4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
2	O SUS E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	29
2.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	29
2.2	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	40
2.3	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA OPERACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	45
2.4	LIMITES E POSSIBILIDADES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	52
3	O MUNICÍPIO DE VITÓRIA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	59
3.1	CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA.....	64
3.2	A REGIÃO DE SÃO PEDRO.....	73
3.3	CARACTERIZANDO O BAIRRO DE RESISTÊNCIA.....	75
4	METODOLOGIA.....	79
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	79
4.2	OS PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	80
5	REFERÊNCIAS TEÓRICO-ANALÍTICAS NA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	85
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	90
6.1	AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RESISTÊNCIA.....	90
6.1.1	Identificação da organização da Unidade de Saúde da Família...	90
6.1.1.1	Caracterização do perfil dos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família.....	91

6.1.1.2	Caracterização da estrutura física da Unidade de Saúde da Família em Resistência.....	91
6.2	AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RESISTÊNCIA.....	93
6.2.1	Análises das ações de assistência à saúde.....	93
6.2.1.1	Atividades desenvolvidas com maior frequência pelas equipe.....	95
6.3	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RESISTÊNCIA.....	97
6.3.1	Reuniões de equipes e planejamento das ações de saúde.....	115
6.3.2	Desenvolvimento das atividades de promoção e vigilância em saúde.....	118
6.3.3	As mudanças da prática profissional: O que a ESF ocasionou de novo para os profissionais?.....	124
6.3.4	O processo de acolhimento/vínculo: É desenvolvido o acolhimento na USF? O que significa o acolhimento para os profissionais/comunidade?.....	126
6.4	INFLUÊNCIAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA COMUNIDADE.....	130
6.5	PRINCIPAIS DIFICULDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ESF.....	134
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
7.1	Perspectiva da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória.....	140
8	REFERÊNCIAS.....	150
	APÊNDICES.....	165
	ANEXOS.....	172

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Para alcançar o objetivo proposto, fez-se necessário um rigoroso levantamento de material bibliográfico que serviu de arcabouço teórico à pesquisa. Também foi realizada observação de campo, bem como entrevistas com os profissionais de saúde e com os usuários do cenário de estudo.

Como resultado desse percurso, este estudo apresenta-se com seis capítulos, distribuídos da seguinte forma:

Neste primeiro capítulo, será demonstrada a temporalidade da autora, a justificativa e relevância do estudo e a apresentação dos objetivos.

No segundo capítulo, será apresentado um histórico da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como alternativa para a mudança do modelo assistencial e da organização da Atenção Básica. Esse capítulo contribui para a compreensão e para a contextualização do objeto da pesquisa.

Após essa discussão, ainda nesse capítulo, serão expostas algumas considerações sobre a ESF, como: seu processo de implantação, seus limites e suas possibilidades. Serão abordadas suas bases conceituais e diretrizes, enfocando também, alguns estudos e análises feitas sobre essa Estratégia.

O terceiro capítulo será destinado à apresentação do cenário de estudo, apresentando a ESF no município de Vitória, em especial no território de Resistência. Conterá um breve histórico do processo de municipalização dos serviços de saúde e da territorialização desse município. Será desenvolvido também, um resumo da história do território de Resistência, demonstrando a sua evolução sócio-econômica e como ocorreu a implantação da ESF.

O quarto capítulo será destinado a fundamentar as concepções metodológicas do estudo em questão, bem como a detalhar o método de pesquisa utilizado, descrevendo os procedimentos realizados para a coleta e a análise dos dados.

No quinto capítulo, serão desenvolvidas as considerações teóricas, mostrando as referências teórico-analíticas na avaliação da atenção primária de saúde e os sistemas de informação viáveis para o processo de avaliação. No **sexto capítulo**, será explicitado o estudo empírico, com a apresentação dos resultados obtidos e a discussão final.

As considerações finais permitem a possibilidade de abertura de novos questionamentos sobre o tema do estudo, na busca de um olhar mais amplo e dinâmico sobre a forma como se dá o processo de saúde da comunidade.

1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

Esta pesquisa é fruto da saudável vivência como Enfermeira na equipe da Unidade de Saúde da Família em Resistência, no município de Vitória/ES, onde atuei no período de 2002 a 2004.

Iniciei minha experiência profissional, direcionada ao ensino em 1998, como professora substituta das disciplinas de Procedimentos de Enfermagem, Enfermagem Médico-cirúrgica (Estágio supervisionado) e Saúde Pública (Estágio supervisionado) na UFES (Departamento de Enfermagem). Realizei os cursos de Especialização em Enfermagem e em Home-Care/Assistência Domiciliária pela UFF-RJ, bem como o de Especialização em Formação Pedagógica na Área de Saúde pela UFES/ ENSP/FIOCRUZ, ambas em 2001.

Trabalhei também na área de serviços hospitalares, em sua maior parte, em setores de urgência e emergência. Após 04 (quatro) anos, em 2002, fui designada para exercer o cargo de enfermeira na Unidade de Saúde da Família em Resistência, onde atuei por um período de 24 (vinte e quatro) meses na Estratégia de Saúde da Família, normatizada pelo Ministério da Saúde e tendo as diretrizes do SUS como referencial. Para desempenhar atividades nessa “nova área” de assistência, fez-se imprescindível, além de um período de adaptação, a minha participação em vários eventos, por exemplo: no XVI Treinamento Introdutório para Enfermeiros da ESF, realizado pelo Pólo de Capacitação em Saúde da Família/SESA em 2002; e no Curso de Especialização em Sala de Imunização.

E foi nas abordagens realizadas nos cursos de capacitação, que constatei que era possível se planejar as ações de prevenção e promoção à saúde de uma clientela bem diferenciada. Nesse período, despertou-me o interesse em estudar as ações de saúde dos profissionais que atuam na ESF, e em como se deu o processo de implantação da ESF nesse território.

A fim de desenvolver a pesquisa nessa área da saúde da família, vislumbrei a possibilidade de ingressar no Mestrado de Saúde Coletiva, através do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva (PPGASC) da UFES. Sendo assim, participei do processo seletivo em 2005 e fui aprovada para desenvolver a minha dissertação de mestrado. Essa tinha como objetivo, estudar a contribuição da implantação da ESF e avaliar a produção de resultados na atenção à saúde no

município de Vitória; em especial no território de Resistência, local de implantação da primeira equipe de saúde da família em 1998.

Em 2006, fui convidada para exercer a Coordenação da Atenção Básica do município, período em que esta pesquisa já havia sido iniciada. Na coordenação, tenho como principal desafio, realizar a integração e a aproximação com as equipes de saúde da família; bem como planejar, acompanhar e avaliar as ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, no âmbito da Atenção Básica. Tudo isso, estabelecendo vínculo entre esses atores e a realidade da comunidade, vivenciada em cada área.

1.2. JUSTIFICATIVA

De acordo com Felisberto (2004), o Sistema Nacional de Saúde, em especial no campo da atenção básica, necessita clarear as diretrizes de uma política de avaliação; que embora em franco processo de implantação, estabelece como desafio, a superação de obstáculos operacionais e funcionais para a sua real execução, propondo estratégias e ações para o enfrentamento a esse desafio.

Durante décadas, as políticas de saúde construídas no país, configuraram um modelo assistencial centrado em procedimentos médicos individualizantes, concentrado na doença e com a tecnologia voltada para as especialidades. Ademais, a assistência à saúde era ofertada somente aos trabalhadores com carteira assinada (CARVALHO, 2001). As transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira são constantes, e junto a essas transformações, destaca-se a política de saúde do Brasil.

Esse modelo de assistência caracterizado hospitalocêntrico¹ ganha força durante os governos militares, gerando a criação de um grande complexo médico-industrial, que tem o hospital como ponto de apoio privilegiado. A saúde passou a ser vista como um bem de consumo e as intervenções médicas e medicamentosas adquiriram um caráter de mercadoria (CARVALHO, 2001; MENDES, 1999).

Tal paradigma não supria as reais demandas de saúde do povo brasileiro, pois grande parte da população não era contemplada pela assistência médica e não tinha condições econômicas de 'consumir' saúde, ficando à margem das políticas desenvolvidas para o setor (ANDRADE, 2001; PASSAMANI, 2006).

A partir de 1970, o debate brasileiro sobre a necessidade de se promoverem mudanças nas políticas de saúde; especialmente naquelas relacionadas às práticas assistenciais, com a inclusão de características descentralizantes e de cobertura universal se fortalece, e é ampliado nas décadas seguintes.

Nos anos de 1980, a crise se intensifica agravada pelas condições sociais (maior exclusão, desemprego, pobreza e violência), as pressões sociais aumentam, e a

¹ Este modelo é tido como um dos fatores da ineficácia e encarecimento do sistema, e ainda tem se mostrado insuficiente quanto à contribuição na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização dos serviços (GIL, 2006).

sociedade se mobiliza para a discussão das propostas reformistas, promovendo avanços importantes na história do país rumo à democracia (ROCHA, 2000).

Na busca por novas propostas para o setor da saúde do país, no final da década de 1970, ganha corpo o movimento conhecido como Reforma Sanitária. Tal movimento propunha a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, com acesso universal a todos os bens e serviços. A partir de uma formulação do pensamento crítico na política de saúde, criaram-se as principais diretrizes do SUS (CARVALHO, 2001).

De acordo com Paim (2002 p. 179), “o campo político-ideológico, a luta contra o regime autoritário e o início do processo de democratização alimentaram a organização e a expansão do Movimento Sanitário”. Entretanto, apenas com o início da abertura democrática, os debates em torno de um modelo assistencial à saúde possibilitaram a inserção de novos atores e temas nos processos decisórios.

Nesse contexto, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que pôs em debate a proposta de mudança estrutural das políticas de saúde do país. Contou com a ampla participação de dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, forças sociais interessadas na questão da saúde e também, com a ampla participação popular. Esse momento teve por finalidade obter subsídios visando a contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a proporcionar elementos para se debater a saúde na futura Constituinte (CARVALHO, 2001).

Dessa forma, a VIII CNS formaliza a proposta de ampla reforma de todo o sistema de saúde no país, apontando para a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e com acesso universal. Apontou ainda, no sentido de garantir constitucionalmente a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado (CARVALHO, 2001; BRASIL, 1998a).

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, que incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema de saúde, criando novas relações entre as esferas de governo, com base nas principais propostas do Movimento Sanitário, criando o SUS² (CARVALHO, 2001; MENDES, 1999; BRASIL, 1998a).

² Este sistema se constitui através de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde em nível nacional, com direção única (CARVALHO, 2001).

O SUS incorporou diretrizes e princípios, como a descentralização político-administrativa com a implantação da direção única, a universalização do acesso, a integralidade da assistência, a equidade e a participação da população (BRASIL, 1991a).

A partir da criação do SUS, o país norteou suas políticas públicas de saúde para ações que pudessem viabilizar uma mudança no modelo assistencial, representando um importante avanço para parte da população brasileira, que antes se encontrava desamparada em relação aos cuidados à saúde (PAIM, 2002).

O SUS está em constante construção, haja vista as permanentes tensões na busca por um modelo assistencial baseado na promoção de saúde e na Atenção Primária à Saúde. Não há dúvidas de que avanços importantes ocorreram na concepção do processo saúde/doença como um processo social, por exemplo: a territorialização, a municipalização dos serviços e a participação da população (ARAUJO, 2005).

Nesse sentido, a discussão do novo modelo assistencial teve como respaldo alguns debates mundiais, entre os quais se destacam as conferências de Alma-Ata (1978) e Ottawa (1986), que colocaram em pauta a saúde como um direito humano fundamental e a mais importante meta social mundial, requerendo ações intersetoriais (BRASIL, 2002c).

Segundo a Declaração de Ottawa, as estratégias e os programas de promoção da saúde devem adaptar-se às necessidades locais e às possibilidades específicas de cada país e região; ficando claramente proposta, a superação do modelo biomédico já existente. A partir desse cenário, novas concepções foram sendo difundidas para o avanço da saúde no país (BUSS, 2000).

Nesse contexto, a rede básica³ apresenta-se como *locus* privilegiado para o desenvolvimento de tais mudanças, que por meio da Atenção Básica passa a ser vista como uma estratégia para a expansão dos serviços, sendo também, o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS (SOUSA, 2002; GIL, 2006; BRASIL, 2006a).

A descentralização das políticas públicas após a redemocratização ocorrida no final do Século XX, trouxe como consequência uma aproximação dos serviços de saúde

³ Na Rede Básica de Saúde (atenção básica) os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município (BRASIL, 2006 d).

com o município, e também uma maior consideração da demanda local para a elaboração de programas. Com isso, a partir de 1991, inicia-se a implantação dos Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o de Saúde da Família (PSF), em 1994 (BRASIL, 1998b).

Para o Ministério da Saúde, esse último, pressupõe muito mais uma inversão do modelo de atenção à saúde do que uma simples mudança, configurando uma importante inovação programática. Nesse contexto, o PSF vem integrar um conjunto de medidas de reorganização da Atenção Básica⁴, também denominada Atenção Primária⁵, conforme apontam documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a).

Inicialmente denominado PSF por suas especificidades, o mesmo foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, na medida em que o processo de implantação dessa política ocorre no nível municipal.

Para Sousa (2002), o PSF deve ser concebido como estratégia para alterar a lógica anterior de prestação de assistência à saúde. A saúde da família é alçada à condição de estratégia para a reorientação da assistência, que passa a ser guiada pelos princípios de uma Política de Atenção Básica⁶.

De acordo com a Portaria Ministerial nº. 648/2006, a atenção básica tem a saúde da família como uma estratégia prioritária para a sua organização em concordância com os preceitos do SUS. Logo, o termo Estratégia de Saúde da Família (ESF) é mais bem empregado, entendendo que estratégia é a forma de se estabelecer viabilidade para um plano, com vistas a alcançar determinados objetivos (CONILL, 2002a;

⁴ No Brasil, essa terminologia é designada para definir a porta de entrada preferencial de acesso ao sistema público de saúde (DUNCAN et al, 2006).

⁵ Para Giovanella (2006), são os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, isto é, a atenção ambulatorial de primeiro nível, com direcionamento para cobertura de afecções e condições mais comuns. Entretanto, a autora destaca que não há uniformidade no emprego do termo atenção primária, pois se identificam três linhas de interpretação, sendo elas: programa seletivo com cesta restrita de serviços; nível de atenção correspondendo aos serviços médicos não-especializados de primeiro contato, ou ainda de forma abrangente, a concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde como o desenvolvido por Bárbara Starfield.

⁶ Segundo a Portaria nº. 648, de 28 de Março de 2006 -Gabinete Ministério da Saúde- fica aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Essa Política visa a revisar e a adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, considerando a expansão do Programa de Saúde da Família, que se consolida como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica.

BRASIL, 2005a; 2006a). Tendo em vista esses aspectos, optou-se por usar a denominação ESF no decorrer desta pesquisa.

A ESF é uma nova forma de gestão pública para a saúde dos cidadãos, haja vista que a saúde da família apresenta-se como um modelo de atenção em saúde pautada no paradigma da vigilância à saúde, propondo uma ampliação do lócus de intervenção em saúde. Na sua prática, incorpora o domicílio e os diversos espaços comunitários, isso contribuiu para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais das equipes e a comunidade local (GIL, 2006; NUNES, 2002; BRASIL, 2001a).

Com ênfase na atenção primária, cabe ao nível municipal, a responsabilidade da atenção à saúde e da gestão de serviços de atenção à saúde, reconhecendo que a proximidade com a população permite identificar melhor as suas reais necessidades.

Assim, fazem-se necessários estudos na atenção primária, os quais poderão influenciar nas diretrizes da política de saúde. Essa tendência se insere num amplo movimento de transformação dos paradigmas relativos à assistência à saúde, que se observa não só no Brasil, mas também internacionalmente.

Segundo Starfield (2002, p. 632):

Dois tipos de pesquisas são necessários para promover a eficácia da atenção primária: a básica e a pesquisa relacionada à política; a pesquisa relacionada à política se refere tanto à pesquisa clínica, quanto à pesquisa sobre as formas de organização, financiamento, prestação de serviços e sobre o treinamento da atenção primária.

A ESF é uma política social que tem possibilitado diferentes modos de implantação de experiências e práticas, assim há a necessidade de se mapear as propostas inovadoras de organização dessa estratégia (PASSAMANI, 2006; SOUSA, 2002).

Para Hartz (1996) e Senna (2002), estudos empíricos que possibilitem uma ampla visão sobre o nível local, podem efetivamente contribuir para o conhecimento dos critérios e interesses envolvidos na implantação da ESF e do tipo de focalização que está sendo realizado pela mesma.

Nesse sentido, Deslandes (1997) e Ibanêz et al (2006), registram que a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. Para os autores, os estudos sobre acesso, cobertura, integralidade, longitudinalidade, orientação familiar e comunitária, eficácia, estrutura, processos, resultados,

formação profissional e satisfação dos usuários são os mais freqüentes. Esse campo de conhecimento é denominado “avaliação de serviços”.

Na perspectiva da discussão sobre o processo de consolidação da ESF, Sousa (2002) condiciona o modo de operar a ESF⁷ de forma que se originem novas práticas de atenção pautadas no modelo da vigilância à saúde. Assim, não somente modifica a lógica de funcionamento dos serviços, como também cria a vinculação com a comunidade.

Portanto, a análise sobre a forma de implantação da ESF nos municípios, é um componente essencial no planejamento de futuras ações. O incremento de estudos para a produção de conhecimentos sobre a reorganização dos modelos assistenciais são fundamentais para a criação de novas formas de pensar a implementação da política de saúde.

No que diz respeito à complexidade, os desafios e as dificuldades são pertinentes e necessários para se avaliar os programas e os serviços de saúde. Nesse sentido, pesquisadores da área preconizam que a avaliação deve se submeter às verificações empíricas calcadas em procedimentos científicos. Segundo Sousa (2002) e Hartz (1996; 2005), apesar de muitas vezes as intervenções passarem por avaliações informais no cotidiano das instituições, essas não são suficientes para se obter um quadro mais preciso dos serviços prestados. Por isso, argumentam que é importante que se façam avaliações formais, sistematizadas, com requisitos metodológicos, científicos e técnicos para que seja possível estimar as conquistas de um programa e seus resultados. Citando como um desses instrumentos, o estudo de caso.

É, portanto, no contexto dos argumentos elencados que se inscreve a presente pesquisa. Elege-se o nível local um espaço privilegiado para a minimização das dificuldades de reorganização do modelo assistencial; visto que é o espaço concreto da prestação de serviços e da negociação, no qual podem ser materializadas, as transformações defendidas pelo SUS.

⁷“Sua intencionalidade de produzir mudanças, não se trata apenas de modificar determinados aspectos do quadro de saúde ou da organização dos serviços, mas também de racionalizar modelos assistenciais e a lógica de funcionamento dos serviços, quanto à operação de seus componentes, à vinculação com a comunidade e as relações com todo o sistema de saúde e demais setores” (SOUSA, 2002, p. 139).

Esta pesquisa busca investigar numa comunidade em que a ESF foi implantada, as respostas para as seguintes questões:

- De que forma as práticas dos profissionais da equipe de saúde da família do território de Resistência têm contribuído para melhorar a assistência à saúde?
- Quais as inovações identificadas nas práticas do serviço de saúde com a implantação da ESF no território de Resistência?
- Quais os benefícios da implantação da ESF para a saúde das famílias dessa comunidade?

1.3 OBJETIVO GERAL

Partindo das questões norteadoras, este estudo tem como objetivo geral, estudar a contribuição da implantação da ESF e avaliar a produção dos resultados obtidos na atenção à saúde da comunidade atendida na USF de Resistência – Vitória/ES.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a estrutura da USF de Resistência.
- Descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família.
- Avaliar os indicadores de cobertura na USF de Resistência.

Com esse mapeamento, acredita-se que poderão ser demonstrados os pontos críticos das ações de implantação da ESF no município de Vitória, capital do Espírito Santo; em especial, no território de Resistência, localizado na Região de São Pedro. A escolha dessa comunidade deve-se ao fato dela ter sido o primeiro território no qual foi implantada a ESF, no ano de 1998.

Para o esclarecimento dos questionamentos levantados, buscou-se o apoio nos princípios orientadores da atenção primária discutidos por Starfield (2002), tais como: a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação da focalização na família e da orientação comunitária, todos organizados a partir do primeiro contato. Acredita-se que, com o cumprimento desses princípios, a atenção primária se apresente mais

eficaz⁸, mais eficiente⁹, com mais qualidade, e ainda; que se torne uma estratégia de organização de todo o sistema de serviços de saúde (FONSECA, 2003).

Além disso, segundo o Ministério da Saúde (apud MERHY & FRANCO, 2004 p. 56), a implementação da proposta de atenção básica está:

[...] centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Portanto, estabelecer vínculo com as famílias é uma das diretrizes da ESF para que as equipes possam manter um contato mais próximo com os usuários, conhecer sua realidade, intervir de forma holística no processo saúde-doença, bem como, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

Para Starfield (2002) e Ibañez (2006), a longitudinalidade, também referenciada como vínculo, tem como foco o acompanhamento das mudanças individuais e a detecção das necessidades que surgem ao longo da vida, originando-se de uma relação estabelecida entre o usuário e o serviço ao longo do tempo. Em suma, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde.

Starfield (2002) conclui em seus estudos sobre a longitudinalidade, que devido ao vínculo, há uma diminuição da necessidade de hospitalização, da possibilidade de se contrair doenças preveníveis, dos custos da atenção e ainda, da utilização dos serviços. A longitudinalidade apresenta segundo a autora, associação com a satisfação das pessoas, pois ao longo do tempo acumula-se o conhecimento.

Achados importantes sobre a relação do vínculo com o indivíduo sugerem que, profissionais que desenvolveram uma relação de longitudinalidade com os usuários são mais capazes de reconhecer e avaliar as necessidades de saúde destes, do que outros que não estabeleceram, pois estão mais familiarizados com os pacientes (STEINWACHS e YAFFE apud STARFIELD, 2002, p. 252). Nesse sentido, Starfield

⁸ Segundo Donabedian (apud MALIK & SCHIESARI, 2002 p. 28) “é a capacidade de a arte e a ciência da medicina produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dados o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias”.

⁹ Segundo Donabedian (apud MALIK & SCHIESARI, 2002 p. 28) “é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo”.

(2002, p. 254) registra que: “[...] quando os pacientes visitam o mesmo profissional, em vez de profissionais diferentes, a atenção é mais eficiente”. Sendo assim, pacientes que consultam mais vezes numa mesma unidade de saúde durante um período de tempo, têm maior probabilidade de receber a atenção preventiva indicada.

Numa relação longitudinal entre os profissionais e os usuários, ambos ficam mais sensíveis às informações, ocorrendo assim, uma maior elucidação das necessidades de saúde.

Pode ser observado nessa afirmação de Starfield (2002), que a atenção preventiva é eficaz porque quando o indivíduo possui um profissional que sirva como sua fonte de atenção primária, os diagnósticos se tornam mais precisos, e conseqüentemente há uma redução nas internações hospitalares.

Para Schimith e Lima (2004), o modo de produção do trabalho em saúde determina o vínculo, o qual estimula a autonomia e a cidadania. A partir dessa relação estabelecida entre os profissionais e os usuários, dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, estimulando a autonomia quanto à sua saúde por meio da longitudinalidade.

Nessa direção, Souza (2003) em seu estudo sobre a qualidade de vida, também demonstrou que à medida que se alcança maior aproximação com o sujeito, ocorre a implicação de cada um no seu movimento de mudança de hábitos. Com isso, promovem-se condições mais efetivas e duradouras para se obter uma vida saudável. De acordo com Campos (2003), “[...] para melhorar a qualidade de vida e promover a saúde de um indivíduo, torna-se necessário agir no contexto em que ele se insere, no espaço em que ele vive”. Assim, o homem é o resultado das relações que estabelece. A partir dessa concepção, o autor acredita ser possível constituir um processo de reflexão coletiva sobre as condições de vida das comunidades e sobre a contribuição destas para o estado de saúde e para a qualidade de vida do ser humano.

Partindo de pressupostos de que o fator longitudinalidade estabelece para o usuário uma autonomia quanto a sua saúde, as equipes de saúde da família, levando à comunidade o cuidado em saúde, adquirem clara relevância, pois essas equipes são as produtoras dos serviços que se constituem a porta de entrada do Sistema de

Saúde. Dessa forma, os problemas de saúde podem ser identificados, priorizados e atendidos pelos sujeitos que podem imprimir mudanças no modo de se fazer saúde. Sendo relevante também, a relação do vínculo para com as famílias, bem como a realização de ações individuais e coletivas.

É sob a luz dessas discussões, que o presente estudo busca avaliar a produção de resultados na atenção à saúde na comunidade de Resistência; haja vista que a estratégia de saúde da família foi implantada há 08 (oito) anos nessa comunidade, a qual possui a marcante particularidade de ter sido o primeiro território do município de Vitória onde se implantou a ESF. Essa característica abre a possibilidade de emergirem novas discussões e novos olhares a respeito da longitudinalidade e de como ela foi estabelecida no decorrer desse período.

Contudo, a mudança do modelo assistencial e dos modos de se produzir saúde é concretizada através das práticas desenvolvidas pelos usuários, profissionais e gestores cotidianamente nos serviços de saúde. O processo de trabalho não deve se manter no modelo médico hegemônico, bem como no procedimento centrado, pois com isso, a capacidade de promoção de mudanças no modelo assistencial fica comprometida (PASSAMANI, 2006; FRANCO; MERHY apud ARAÚJO; 2005, p. 37).

A ESF objetiva uma reversão do sistema, tendo como alvo, a efetiva implantação do SUS. Busca ainda, uma melhor integração dos serviços, revelando-se uma estratégia que preconiza o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

2 O SUS E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Antes da criação do SUS, a ação do Ministério da Saúde ocorria apenas por meio de uma assistência médico-hospitalar em alguns municípios e estados. A atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser denominado Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essas entidades se originaram da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) de diversas categorias profissionais organizadas. O INAMPS tinha como responsabilidade, prestar a assistência à saúde apenas de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, bem como a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, os quais eram serviços prestados a trabalhadores da economia formal com “carteira assinada” (CARVALHO, 2001).

Com o aumento no número de segurados, cresce a necessidade de oferta dos serviços de saúde, levando à necessidade de construção da rede de hospitais vinculados aos institutos de assistência e previdência. Com isso, interesses privados começam a ficar evidenciados no Estado, produzindo um incremento por serviços médico-hospitalares. Logo, a prática médica com visão curativa e individual intensificou-se, tornando-se cada vez mais especializada, com elevações no consumo de medicamentos e com um alto custo (ANDRADE, 2001).

A ocorrência de mortes evitáveis, especialmente na infância; a persistência de doenças infecciosas e parasitárias, o aparecimento de novas doenças ligadas ao estilo de vida e à industrialização, bem como as ameaças de epidemias, expressavam um baixo padrão de saúde da população brasileira. Os serviços, historicamente divididos em públicos, filantrópicos e privados, tinham-se mostrado impotentes em superar essa crise da saúde, apresentando uma carência de profissionais e deixando a população sem ter as suas necessidades de saúde atendidas (PAIM, 2002).

De acordo com Paim (2002), o grande desafio é construir um novo sistema de saúde, que assegure a participação de todos os interessados e que se comprometa com a melhoria dos serviços de saúde para toda a população.

Na década de 1980, o INAMPS adotou medidas de aproximação de cobertura universal de clientela, dentre elas, o fim da exigência da carteira de segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública (CARVALHO, 2001).

Na evolução de estratégias para mudanças na política de saúde do país, ocorreu a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto formalizado através de Portaria em conjunto com os Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação e Cultura, com a finalidade de reorganização institucional da assistência à saúde (CAMPOS, 2005; CARVALHO, 2001).

Com as Ações Integradas de Saúde, alguns avanços expressivos foram conseguidos em vários estados, possibilitando o fortalecimento da rede básica ambulatorial, aumentando a capacidade de atendimento à demanda, viabilizando a contratação de recursos humanos, a revisão do papel dos serviços privados e até a participação, em alguns casos, da população na gestão dos serviços (CARVALHO, 2001).

A proposta das AIS ganhou força e se tornou estratégia para o processo de descentralização. Entretanto, mesmo com resultados positivos, não conseguiu se firmar como uma política de mudança do sistema de saúde. Assim, foi substituída pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), através do Decreto 94.657, de 20 de julho de 1987, implantado por meio da celebração de convênios entre o governo federal e os estados. O SUDS intensificou as iniciativas de descentralização e universalização e preparou a introdução do SUS (BRASIL, 2002b; CARVALHO, 2001; MENDES, 1999).

Nesse momento, o País vivia um período de transição democrática. A ditadura terminara e iniciava-se a Nova República, sendo fato político marcante dessa fase, a preparação para a Constituinte (ANDRADE, 2001).

Vale ressaltar que esse processo foi motivado pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social, e também, pela grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de

setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, numa conjuntura de liberalização política e de democratização da sociedade brasileira.

Esse movimento ganhou força política no início dos anos 1980, norteado pela concepção de que o processo saúde-doença é resultado das condições de vida; e de que a saúde é um direito de todo cidadão, independentemente de sua inclusão no processo produtivo. Proposta essa, que se contrapunha ao modelo hegemônico de atenção à saúde prevalente no Brasil (CAPOZZOLO, 2003).

Nesse contexto, em 1986, foi oficialmente convocada a VIII CNS para se discutir uma nova proposta de estrutura e de Política Nacional de Saúde. Nessa Conferência, ocorreram debates intensos sobre a situação da saúde no país, e aprovou-se um relatório, cujas conclusões passaram a constituir o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, plenamente legitimada pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares. Esse relatório subsidiou a Assembléia Nacional Constituinte em 1987, referente às leis para saúde que redefiniu o modelo de proteção social brasileira (CARVALHO, 2001; MENDES, 1999).

A partir da VIII CNS, a questão da descentralização tornou-se um dos princípios estratégicos de Reforma Sanitária Brasileira, pois a mesma consistia em um dos pilares da nova Política Nacional de Saúde. A sistemática de funcionamento de curto prazo para dar continuidade ao processo de descentralização foi elaborada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, seguida de legislação ordinária, a qual definiu os princípios jurídicos para o seu funcionamento.

De acordo com Mendes (2001) e Vasconcelos (2006), milhões de brasileiros que antes da Reforma estavam à margem do sistema de saúde, transformaram-se com a implantação desta, em cidadãos com efetivos direitos à saúde. Essa foi uma conquista do Movimento Sanitarista, um processo político que mobilizou a sociedade brasileira a fim de propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde.

O conjunto desses processos propiciou a elaboração de uma visão de descentralização do Sistema Nacional de Saúde num sistema de clientela universal, aproximando os agentes públicos locais da comunidade, por meio da redefinição dos papéis da União, dos Estados e dos Municípios na oferta de atenção à saúde, bem

como conferiu agilidade, qualidade e eficiência no serviço prestado (BARROS, 2003).

Dessa forma, ao longo do processo foi sendo definida uma reestruturação da política social, a partir de um desenho de modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Vieira-da-Silva et al (2005), chama a atenção para a repercussão do processo de descentralização ocorrido na década de 1980, destacando a ampliação da oferta dos serviços e da participação popular, assim como o aumento da oferta da atenção primária e dos serviços de alta e média complexidade verificados. Em suma, a Reforma Sanitária Brasileira foi um processo que se materializou juridicamente na CF de 1988 no Artigo 196 que estabelece “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. Aqui se define de maneira clara, a universalidade da cobertura do SUS. Mas, em geral, para que esses direitos e deveres possam ser exercidos necessita-se de atos legislativos que os regulamentem (BRASIL, 2005c; ALMEIDA, 2002; CARVALHO, 2001).

Assim, ao lado dos avanços no campo político-institucional, com as estratégias das AIS e a implantação do SUDS; foi criada uma ponte até a regulamentação do SUS, por meio de um trabalho político realizado no campo legislativo na Assembléia Nacional Constituinte, a qual elaborava a nova Constituição do país.

Desse modo, a saúde teve expressivo reconhecimento e inserção na Constituição Federal, destacando-se sua inclusão como um componente de Seguridade Social. Estabeleceu-se a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, e ainda o acesso universal e igualitário às ações e serviços (BRASIL, 2005c; ALMEIDA, 2002).

Para alguns estudiosos (GIOVANELLA, 2006; MENDES, 1998), o SUS significou a incorporação das populações mais carentes ao sistema de saúde, entretanto, grande parte das camadas médias viu-se obrigada a recorrer aos planos privados de saúde, fortalecendo o subsistema particular de atenção médica supletiva.

A configuração institucional do SUS acionou mudanças no papel do Estado, criando novas relações entre as esferas do governo federal, estadual e municipal, estabelecendo novos papéis entre esses atores.

Dessa forma, para efetivar a implantação do SUS, canais legais através da Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080/1990 detalharam os princípios e diretrizes do sistema, estabelecendo a organização básica das ações e serviços de saúde quanto à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera do governo; e a participação da comunidade na gestão do sistema (MENDES, 1999; CARVALHO, 2001).

Em relação ao último aspecto, a Lei complementar nº. 8.142/1990 regulamentou a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e Conselhos de Saúde, bem como a forma das condições para as transferências de recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal (BRASIL, 2002b).

Vale ressaltar que o SUS conta, em cada esfera do governo, com organismos colegiados de controle social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Sendo os Conselhos de Saúde (nacional, estaduais, e municipais), órgãos permanentes e deliberativos, compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários. Como mecanismos decisórios, atuam junto à Comissão Intergestores Tripartite (representantes do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de saúde) e ainda com a Comissão Intergestores Bipartite - representantes da Secretarias do Estado e do Município (MENDES, 2001).

Esse processo concretizou-se pela definição dos municípios como o principal ente federativo responsável pela implementação das propostas de mudanças do modelo de atenção à saúde. À União e aos Estados cabe o provimento da cooperação técnica e financeira, necessária aos Municípios para o exercício das ações na atenção a saúde (TEIXEIRA, 2005; BARROS, 2003).

O processo de descentralização e regionalização dos serviços vem se consolidando gradualmente ao longo dos anos, com o estabelecimento de Normas Ministeriais – as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS), sendo editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996, com a finalidade de operacionalizar o sistema; bem como as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), que foram expedidas em 2001 e 2002, objetivando operacionalizar a regionalização da assistência (BRASIL, 2002b).

Entretanto, foi com a NOB-SUS¹⁰ 01/93 que a descentralização intensificou-se, provocando avanços no processo de organização do sistema, visto que a partir dessa experiência, o Ministério da Saúde editou a NOB-SUS 01/96 criando as condições de gestão para os estados e os municípios. Antes da habilitação dos municípios pela NOB-SUS/96, os serviços de saúde eram “financiados” pela lógica da doença, ou seja, o sistema atendia aos doentes e recebia pelo que produzia; essa prática reforçava a idéia do modelo de atenção baseado no atendimento médico e hospitalar, por isso chamado modelo médico-hospitalocêntrico (BRASIL, 2002b).

Em suma, o SUS, desde a sua instituição em 1990, vem passando por importantes mudanças, dentre as quais se podem destacar o significativo avanço obtido na sua universalização; principalmente pelo processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para os estados e os municípios. Essa característica se opõe ao modelo anterior do sistema de saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no âmbito federal.

Sendo assim, com base nos preceitos Constitucionais, o SUS é um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, com diretrizes organizacionais que se norteia pelos princípios doutrinários de descentralização, integralidade¹¹, equidade¹², regionalização¹³ e hierarquização, resolutividade e controle social¹⁴ (BRASIL, 1991a).

Posto isso, compete ao SUS, segundo a legislação vigente, prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a integração dessas atividades a partir da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral, incluindo a

¹⁰Norma Operacional Básica do SUS 01/93. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviço (BRASIL, 2002b).

¹¹Consideram-se as dimensões do processo saúde-doença, que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõem a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando a garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos (VASCONCELOS, 2006).

¹²Prioridade na oferta de ações e de serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS, 2006).

¹³Organização racionalizada dos serviços de saúde, ordenando o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais, regulando o acesso aos mais especializados com variadas porta de entrada (IDEM, IBDEM, 2006).

¹⁴Participação comunitária assegurada pela Constituição Federal e regulada pela Lei nº 8.142/90. Tal participação social organiza-se a partir das conferências e dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo (IDEM, IBDEM, 2006).

farmacêutica, e essa competência é exercida em cada esfera de governo (BRASIL, 1991a).

Tendo como base a lei nº 8.080/90 em seu artigo 3º:

[...] saúde é a resultante das condições de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, p. 1).

Conforme definido pelo artigo 4º da Lei Federal 8.080/90, o SUS é:

O conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. [...] e complementarmente, pela iniciativa privada (BRASIL, 1991. p.1).

Diante dessa realidade normativa, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial de saúde, atendendo às proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata¹⁵ (1978), que preconizava “Saúde para todos no Ano 2000”, principalmente por meio da atenção primária como estratégia para ampliar o acesso, levando em consideração a descentralização.

A partir dessa Conferência, estabeleceram-se os cuidados primários de saúde; principalmente os que compreendem a educação, prevenção e promoção em saúde, a proteção materno-infantil, a imunização, o controle de endemias, o tratamento de doenças e lesões mais comuns e o fornecimento de medicamentos (BRASIL, 2002c).

No modelo do SUS, é dado forte destaque ao papel da direção municipal de planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar as ações e os serviços públicos de saúde. Além disso, o município deve participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do sistema, em articulação com a direção estadual (BRASIL, 1991a).

¹⁵ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, mobilização mundial para a promoção da saúde de todos os povos do mundo. Essa conferência reafirma a saúde como direito humano fundamental, sendo a mais importante meta social mundial, com a necessidade de se realizar ações intersetoriais. Explicita-se que a promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, e contribuindo para uma melhor qualidade de vida e para a obtenção da paz mundial (BRASIL, 2002b).

Para se obter a concretização dos princípios propostos pelo SUS, as Secretarias Municipais de Saúde passaram a ter um papel central na promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira (PAIM, 2002). Assim, o desencadeamento da municipalização das ações e serviços, a partir de 1993, significou a expansão de espaços onde têm sido introduzidas mudanças na organização dos serviços e nas práticas de saúde.

De acordo com Mendes (1998), “[...] a descentralização dos serviços de saúde é imprescindível em nosso país, dado seu tamanho, sua diversidade e suas desigualdades socioeconômicas [...]”. A gestão local dos serviços de saúde é um avanço para o país, visto que propiciou a negociação com os prestadores e uma reorientação dos investimentos devido à contratação de serviços.

Todavia, o processo de implantação do SUS, na década de 1990, sofreria os impactos das Reformas políticas e econômicas implementadas no Brasil, sob os auspícios do consenso neoliberal, que tem início no limiar dessa década.

A partir de então, as políticas de reajuste estrutural e as idéias sobre a reforma do Estado traziam como alvo a redução dos gastos públicos. A perpetuação da situação de crise econômica mundial acirrou as tensões entre o custo e a qualidade dos sistemas de saúde, acarretando mudanças na condução das políticas de saúde dos países desenvolvidos, ou em vias de desenvolvimento (GIL, 2006; MARQUES, 2002; HORTALE, 2000).

Nessa década, prevalecia a hegemonia do ideário das Reformas neoliberais, orientadas para o mercado, onde a operacionalização do SUS passa a se configurar como um projeto de contra-reforma. Isto é, instaura-se uma disputa entre um sistema público universal e integral, no qual a saúde é um direito de cidadania; e um sistema público de saúde, fragmentado para os consumidores que não podiam comprar sua saúde no mercado (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Anteriormente à crise, muitos países já vinham enfrentando dificuldades no setor, decorrente da crescente elevação dos gastos em saúde; dessa forma, crescia a necessidade de mudanças no modelo assistencial, como a racionalização e a utilização dos recursos de forma eficiente.

Dagnino (2004) ressalta que a Constituição Federal de 1988 garantiu o direito à saúde para todos, sendo o Estado o garantidor desse direito. Consagrou também o

princípio de participação da sociedade civil, ampliando os espaços públicos onde o poder do Estado pudesse ser compartilhado com a sociedade. Em contrapartida, a partir de 1989, o projeto neoliberal, com a emergência de um Estado mínimo isentasse progressivamente de seu papel de garantidor de direitos, através da diminuição de suas responsabilidades sociais e a sua posterior transferência para a sociedade civil.

Para alguns estudiosos (GIL, 2006; MENDES, 1999), um importante vetor dessa crise no setor da saúde, é a influência do modelo biomédico hegemônico, o qual se mostra eficiente na elevação de gastos, porém ineficaz quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e de saúde da população, tornando o sistema brasileiro caro e ineficaz. Importa assinalar que os crescentes custos da atenção à saúde induziram os governos e instituições a experimentar reformas estruturais em seus sistemas, colocando a atenção primária como ponto central para melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde a fim de prevenir os problemas ou de tratá-los de maneira mais efetiva (IBAÑEZ et al, 2006; MENDES, 2001).

Diante dessa realidade, a atenção primária surge no cenário internacional, revestida de uma perspectiva econômica, como uma das propostas de reforma para a superação dos principais problemas do setor saúde (GIOVANELLA, 2006; STARFIELD, 2002; ROCHA, 2000).

Vale destacar que o Brasil foi um dos últimos países da América Latina a adotar o receituário neoliberal ditado pelos países desenvolvidos e pelas agências internacionais de financiamento e fomento do desenvolvimento. Na década de 80, forças democráticas e populares disputavam projetos próprios para os rumos do país, com razoável inserção social (FRANCO, 1998).

Na década de 90, as propostas de desregulamentação econômica e de redução do estado se viabilizam, incentivadas por fatores como a globalização da economia e a conjuntura política interna da época, com a adaptação da gestão do estado à concepção de 'estado mínimo', em que suas funções se restringem àquelas ligadas aos negócios jurídicos, de segurança e administração próprias do governo. Pode-se concluir que tais propostas são a materialização do projeto neoliberal que se tem para o país, direcionado para a mercantilização do setor saúde.

No entanto, a Reforma Administrativa na saúde esbarra num grande obstáculo: a legislação do Sistema Único de Saúde, que foi obra coletiva, conquistada na Constituição Federal por um poderoso movimento popular na década de 80.

O SUS conta com grande prestígio junto à população. Princípios como universalidade de acesso, integralidade das ações, equidade e municipalização da saúde, foram apropriados pelo imaginário popular (FRANCO, 1998).

Assim, ao longo dos anos noventa, a atenção básica apresenta-se como componente estratégico da organização dos serviços de saúde, com o propósito de ser resolutiva, de minimizar os custos econômicos e sociais, e sobretudo de atender aos problemas de saúde da população. Paralelamente, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de financiamentos das ações e serviços de saúde, em especial, neste nível de atenção. (MARQUES, 2002; PAIM, 2002; MENDES, 1998).

No momento em que a saúde foi instituída como direito de cidadania e dever do Estado, os gestores de nível federal, estadual e municipal do SUS passaram a priorizar a atenção básica na perspectiva de instituir um novo modelo de atenção à saúde dos cidadãos (CAPOZZOLO, 2003).

No Brasil, a ênfase na atenção básica significa a possibilidade de que o conjunto da população seja atingido por esse estágio de atenção. Entretanto, para Marques et al (2002), o Estado brasileiro não está eximido de prover o princípio da integralidade, devendo garantir o acesso da população a todos os níveis da atenção à saúde.

Partindo desse ponto de vista, alguns autores mencionam em seus estudos, que um nível de atenção primária organizada constitui pré-requisito para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo. Os autores destacam que a atenção primária tem sido estruturada para ser a porta de entrada do sistema de saúde (MENDES, 1999; STARFIELD, 2002).

Para Mendes (1999, p. 273):

É uma reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde, realizada através da instituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, que presta uma assistência contínua à determinada população, no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo, e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população.

Ampliando a discussão, Starfield (2002, p. 28) registra que:

A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. [...] É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Em suma, a atenção básica se estabelece como tática operacional de reorganização do sistema, numa concepção de organizar o primeiro nível de atenção à saúde (PAIM, 1999).

No entanto, não há pleno consenso quanto ao que é a atenção primária. De acordo com Mendes (1999, 2002), existem pelo menos três concepções de atenção primária. Uma delas é direcionada a programas de medicina simplificada, sem possibilidade de referência a outros serviços de maior complexidade destinados a regiões pobres. A segunda concepção preconiza seu funcionamento como porta de entrada para o sistema, atendendo a problemas comuns de saúde. Há ainda uma última, que estabelece uma estratégia de organização dos serviços de saúde, na qual a atenção básica é articulada dentro um sistema integrado para atender as necessidades da população. Esta, descrita pelo autor, é a mais aceita, por ser ampla e viável à organização dos sistemas de serviços de saúde.

Nessa linha de argumentação, autores como Cecílio (1997) e outros, destacam que a rede básica tornou-se um espaço possível para se pensar e se construir modelos de atenção à saúde contra-hegemônicos e para uma produção de saúde, mais ampla e comprometida com a comunidade.

Essa visão é compartilhada por Starfield (2002, p. 28), que se refere à atenção primária como:

Nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar, ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis do sistema de saúde.

Para Giovanella (2006), “[...] os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde para a resolução de problemas, são denominados de atenção

primária [...]”, contudo, a autora identifica algumas interpretações, como o programa seletivo com cesta restrita de serviços, ou o primeiro contato médico não especializado, e ainda a inclusão ou não de ações de saúde pública e serviços clínicos à população. Nessa visão, Merhy (2004) fomenta a discussão da ‘cesta básica’ ofertada como um ‘pacote básico’ de ações propostas para as populações de risco, como público-foco das políticas assistenciais.

2.2 PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A organização da atenção primária nos municípios desde 1991, vem sendo eminentemente política e de acordo com os recursos financeiros disponíveis, principalmente após a regulamentação das NOBS e das NOAS. No entanto, há uma determinação positiva para que os municípios reorganizem sua atenção básica, reafirmando sua responsabilidade sanitária e buscando a regionalização da assistência.

Vale destacar que ao longo da implantação da ESF, tem se verificado uma progressiva aproximação da imagem-objetivo de reorganização de atenção à saúde, ao invés de apenas mais um programa vertical, dirigido à implantação de uma atenção focalizada aos pobres (TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

Nesse sentido, em consonância com os princípios do SUS, o Ministério da Saúde valoriza a Atenção Básica, definindo-a como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a, p. 10).

Como ponto de partida para a organização do sistema, a NOAS define o conceito de atenção básica ampliada, que compreende o aumento do elenco de procedimentos da atenção básica, mediante o deslocamento de algumas ações de média complexidade, de modo a tornar o atendimento coerente e resolutivo no primeiro nível de atenção (CAVALCANTE, 2004).

Diante do movimento de implantação e implementação do SUS, o Ministério da Saúde lançou o PACS em 1991 e normalizou a PSF em 1994. Essas ações tinham por finalidade a reorganização das práticas de atenção primária, incorporando a experiência anterior do PACS recomendada através da Portaria Ministerial nº. 1.886/1997, que aprova as Normas e Diretrizes do PACS e PSF. O PACS é considerado como a primeira etapa de implantação do PSF.

Com essa concepção, a atenção básica fundamenta-se no paradigma da determinação social da doença. Assim, a operacionalização de todas as ações relativas à atenção básica tem se concentrado no processo de expansão da ESF, que se destaca na agenda nacional de saúde como um instrumento de Reforma da Política de Saúde brasileira, envolvendo mudanças no modelo de atenção (TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

De acordo com Viana e Dal Poz (2005), o PACS foi formulado tendo como objetivo central, o de contribuir para a redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão da cobertura dos serviços de saúde às áreas mais pobres e desvalidas.

Nesse programa, destacam-se os ACS, que têm por principais atribuições específicas: mapeamento das residências, cadastramento e diagnóstico das famílias, identificação das áreas de risco, realização de visitas domiciliares priorizando a atenção às gestantes e às crianças, mobilização da comunidade nas ações coletivas e na ação intersetorial. Sua formação é certificada pelos enfermeiros que são instrutores/supervisores com dedicação integral e funcionários de uma unidade de saúde. Cada enfermeiro pode assumir a formação, o acompanhamento e a supervisão de no máximo, 30 (trinta) agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006a).

No período de 1998 a 2002, o programa de saúde de família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica

voltada a populações excluídas do consumo de serviços, para tornar-se uma estratégia de alterações do modelo de atenção à saúde no SUS, caracterizando-se como um agente de mudanças também, na organização da atenção de média e de alta complexidade (TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

Entretanto, as autoras destacam que ainda não é possível afirmar que no conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem, de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho. Isso porque a prática das equipes da ESF concentra-se basicamente na oferta organizada de serviços básicos, como as ações direcionadas aos portadores de doenças crônicas, e as ações de atenção básica a grupos de materno-infantil; com a inclusão de planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, e outros agravos que constituem o perfil da demanda nesse nível de atenção.

Trabalhar com modelo de atenção à saúde voltada à comunidade não é tarefa simples, pois exige um olhar voltado para grupos sociais específicos, e pressupõe além de um rompimento dos muros dos serviços de saúde, um alto grau de complexidade do conhecimento.

Quanto a isso, Hartz e Contandriopoulos (2004) destacam que a integralidade da atenção é um eixo prioritário; logo, faz-se necessária a integralidade da atenção como pilar de construção para garantir o acesso dos indivíduos e das famílias nos três níveis de atenção.

É importante assinalar que o termo Atenção Básica à Saúde é pouco encontrado na literatura mundial. O conceito usual para esse campo de práticas é Atenção Primária à Saúde, como decorrência do pacto mundial realizado em 1978 por diversos países que participaram da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, firmando compromissos com a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. Tal pacto ficou conhecido como Declaração de Alma Ata.

Segundo Sousa (2002) no caso brasileiro, o termo Atenção Básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade. Este é compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde; e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação típica do SUS, e esses princípios e diretrizes organizativas são incorporados pela ESF, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção

de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Para a autora, pode-se afirmar que tanto no cenário nacional como no internacional, o conceito de Atenção Primária e/ou Atenção Básica dirige-se para um ponto comum, no qual seus princípios e diretrizes gerais têm sido nessas últimas décadas, o balizador da formulação de estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujas bases se sustentam em práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas.

Nessa perspectiva, o Brasil adota uma definição de Atenção Básica centrada nas necessidades dos diversos grupos populacionais conforme a nova organização de trabalho e a Portaria Ministerial nº 648/2006, que consolidou em seus princípios gerais, a ESF como responsável pela reorganização da atenção básica no país. De acordo com os preceitos do SUS, a ESF se baseia nos seguintes fundamentos:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizado como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a, p. 2).

De acordo com essa Portaria Ministerial, as áreas estratégicas da atenção básica para atuação em todo o território nacional, estão: na eliminação da hanseníase; no controle da tuberculose, hipertensão arterial, e diabetes mellitus; na eliminação da desnutrição infantil; na saúde da criança, da mulher, e do idoso; na saúde bucal e na promoção da saúde. As demais áreas serão definidas e priorizadas regionalmente (BRASIL, 2006a). Vale destacar que áreas estratégicas estão divididas em

programas, deve-se ter o cuidado de não ocasionar a fragmentação das ações de saúde.

Contudo, o maior desafio do SUS é o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção (VASCONCELOS, 2006).

Em suma, a opção política por reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da mudança na organização das ações básicas, permanece como prioridade na agenda política atual, intensificando inclusive, o processo de implantação da ESF.

Tomando como base as determinações da política de saúde, preconizadas pela implantação do SUS, e mais recentemente pela Portaria Ministerial nº. 399/2006¹⁶, que divulga e aprova as diretrizes operacionais do “Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS”; e ainda, em concordância com a Portaria Ministerial nº 699/2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida em Defesa do SUS e da Gestão, todo município deverá celebrar o termo de compromisso de Gestão Municipal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão municipal do SUS (BRASIL, 2006a).

O documento das diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006, define a consolidação do SUS, representando mudanças significativas para a execução do mesmo, dentre as quais se salienta a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão, segundo a NOB-SUS/96 e a NOAS 01/02. Assim, a partir da assinatura do termo de compromisso de Gestão, o município fica responsável pela Gestão do SUS, pela regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, pela inteiração das várias formas de repasse dos recursos federais, e ainda, pela unificação dos vários pactos existentes (BRASIL, 2006b).

¹⁶ Esta Portaria estabelece a possibilidade da efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS, com a finalidade de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão que visem a alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Nesta Portaria ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na NOB-SUS 01/96 e na NOAS-SUS 2002 (BRASIL, 2006).

Ainda que no Brasil, o termo usualmente utilizado para designar o subsistema de Atenção Primária à Saúde seja denominado de Atenção Básica; neste estudo será utilizada, para fins de padronização com a terminologia internacional, a expressão Atenção Primária.

2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA OPERACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

A Estratégia de Saúde da Família, formulada pelo governo federal em 1993, foi oficializada em 1994, com a expectativa de atender primeiramente a brasileiros expostos a maior risco de adoecer e morrer, e na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde (CAPOZZOLO, 2003).

Inicialmente, esta estratégia estava voltada inicialmente para as regiões que apresentavam condições desfavoráveis dos indicadores de morbimortalidade e condições adversas de saúde, agregando maior resolutividade ao PACS. No entanto, foi a partir do final de 1995, que se efetivou a sua expansão nacional como estratégia governamental de reorientação do setor de saúde (BRASIL, 1997; 1998a).

Alguns estudiosos (MERHY, 2004; LUCHESE, 2003; SOUSA, 2002; PAIM, 2001) assinalam que, apesar da falta de evidências de que essa seja uma estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes e das formas hegemônicas de prestação de serviços, ela tornou-se um modelo a ser adotado. No entanto, um único modelo não é capaz de responder às situações de saúde tão heterogêneas e complexas como as da população brasileira.

A partir de uma perspectiva mais ampla, Mendes (1998) afirma que a ESF, por seu caráter estratégico de impulsionar o desenvolvimento da atenção primária e de articular-se com os demais níveis de atenção (secundário e terciário), tem potencial para reverter o quadro de crise do setor de saúde. Tudo isso, tendo como base a vigilância e a promoção à saúde.

Nesse sentido, a estratégia deverá ir além de um trabalho centrado restritamente no território, assumindo o desafio de garantir acesso igualitário a todos os serviços de saúde (BRASIL, 1998b).

Com a missão de garantir o acesso à atenção básica e aos demais níveis de atenção à saúde, as Unidades de Saúde da Família (USF) passam a ser consideradas como porta de entrada e como o primeiro nível de atenção, devendo estar integradas em uma rede de serviços dos mais diversos níveis de complexidade. A USF é uma unidade pública que se constitui como base de apoio às equipes de saúde e que se destina a realizar a atenção contínua e habilitada para desenvolver as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (MEHRY, 2004).

De acordo com Viana e Dal Poz (2005), pode-se considerar que a ESF teve início a partir do PACS, cuja proposta estava centrada na assistência à família como unidade de ação programática de saúde. O PACS foi instituído pelo Ministério da Saúde e introduziu tanto a noção de área de cobertura, como também a visão de ação preventiva em saúde. Além disso, buscava estabelecer uma interação com a comunidade e, ao mesmo tempo, reorganizar a demanda por assistência.

Essa estratégia foi concebida a partir de algumas experiências municipais que influenciaram as decisões do Ministério da Saúde; como a dos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, que já vinham desenvolvendo de forma isolada e focalizada o PACS, constituído como uma política estadual; e a do Programa Médico de Família em Niterói – RJ. Tais programas já haviam obtido resultados de redução da mortalidade infantil e materna (VIANA; DAL POZ, 2005).

Com o êxito do PACS, ocorreu a necessidade de contratação de novos profissionais para que os ACS não atuassem de forma isolada. Ainda a partir de 1996, começa a haver melhor integração entre o PACS e a ESF, o que aponta para uma fusão dessas intervenções, já que as equipes de saúde da família incluiriam os ACS. Vale ressaltar que o PACS existe como programa autônomo somente nos locais de difícil captação de médicos e onde não é possível implantar a ESF (ROSA; LABATE, VIANA; DAL POZ, 2005; D' AGUIAR, 2001).

Nessa perspectiva de organização do sistema, o Ministério da Saúde assinala que, a ESF é capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população, ocasionando uma diminuição do fluxo dos usuários para os níveis mais especializados. Essa prática é complexa e requer novos campos de conhecimento, desenvolvimento de responsabilidades e mudanças de atitude (BRASIL, 2000).

Na realidade, a ESF não está isolada do sistema de saúde, sendo um componente de articulação com os demais níveis de atenção à saúde. Está estruturada na lógica básica de atenção, gerando novas práticas e relacionando o trabalho clínico à promoção da saúde.

Sendo assim, a ESF deverá:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades de Saúde com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1998, p. 10).

O Ministério da Saúde, seguindo uma linha central de incentivo à atenção básica, criou em 2001, o Departamento de Atenção Básica cuja função de era a de normatizar a organização e a gestão desse nível de atenção em saúde, executando atividades gerenciais das ações voltadas para o redirecionamento do modelo assistencial do SUS (MARQUES, 2002).

A ESF pauta-se nos seguintes princípios: família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe multidisciplinar, coresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e o estímulo à participação social (CAMPOS, 2003).

Visando à reorganização da atenção básica no país, a ESF está estruturada a partir da USF e atua com base nos seguintes princípios, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, p. 6):

- Caráter substitutivo: não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas; e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde.
- Integralidade e hierarquização: a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e às famílias e que seja assegurada a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou de problemas identificados na atenção básica.
- Territorialização e adscrição de clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a essa área.
- Equipe multiprofissional: a equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes

Comunitários de Saúde. O número ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe.

Nessa perspectiva, a estratégia apresenta-se como alternativa inovadora, na qual as equipes de saúde da família desenvolvem ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, em territórios de abrangência definidos e com poderes de resolução no primeiro nível do sistema, com a estrutura lógica da vigilância em saúde, e quando necessário, fornecer referência para outros níveis de atenção (TRAD; BASTOS, 1998).

Vale destacar que no início da implantação da ESF, o cenário não era favorável, pois as questões sobre o financiamento da estratégia não estavam bem definidas nem mesmo em relação à política de trabalhadores de saúde, ressaltando ainda que as formas tradicionais de organização de serviços opunham-se à nova proposta de reorganização. (SOUSA, 2002).

As questões sobre as modalidades de financiamento do setor foram se resolvendo a partir de debates, o que ocasionou a formulação da Norma Operacional Básica NOB/SUS/96, criando o Piso da Atenção Básica (PAB). O município teria um valor específico repassado pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde. O PAB também poderia ser repassado na forma de incentivos, PAB – variável, para ações e projetos prioritários, com destaque para o PACS e ESF (BRASIL, 1997).

Esse documento fortaleceu a atenção básica ao definir dois pontos fundamentais: as responsabilidades dos gestores municipais nesse nível de complexidade do sistema, e a ESF como uma estratégia prioritária para a mudança do modelo assistencial. A partir da implantação do PAB, a saúde da família passou a ter orçamento próprio e foi incluído no Plano Plurianual do Governo Federal (CARVALHO, 2001).

O PAB, enquanto forma de financiamento, é um novo mecanismo do SUS, que altera a lógica de pagamento por produção através do repasse automático aos municípios; pela fixação de um montante *per capita* previamente fixado e destinado ao desenvolvimento das ações de atenção primária. Vale ressaltar que a forma de organização e operacionalização das ações de atenção primária ainda é por produção.

A partir do processo de descentralização em saúde e com a necessidade de se melhorar o acesso aos cidadãos, algumas diretrizes foram propostas a fim de

concretizar os princípios do SUS. Para isso, o Ministério da Saúde regulamentou, por meio da Portaria Ministerial/GM nº. 95, a Norma Operacional de Assistência à Saúde¹⁷ (NOAS-SUS nº. 01/2001).

Como ponto de partida para a organização do sistema, essa norma define o conceito de atenção básica ampliada e as áreas estratégicas mínimas da atenção básica, que devem ser ofertadas por todos os municípios com qualidade e suficiência a toda a população; reforça a ESF como eixo para a ampliação e a qualificação da atenção básica nesse modelo assistencial como ênfase da integralidade da atenção e a garantia de acesso da população aos demais níveis de complexidade (CAVALCANTE et al, 2006).

Sendo assim, estabelece as responsabilidades e estratégias mínimas de atenção básica que os municípios devem desenvolver no âmbito da atenção primária. São os 07 eixos estruturantes da NOAS/2001: Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão, Controle da Diabetes Mellitus, Ações de Saúde Bucal, Ações de Saúde da Criança e Ações de Saúde da Mulher (BRASIL, 2001b).

De acordo com a NOAS, cada uma dessas áreas mínimas envolve um conjunto de atividades, operacionalizadas pelas equipes de saúde da família em sua área de abrangência; a equipe multidisciplinar desenvolve atividades com dedicação exclusiva, realizam atendimento às demandas espontâneas, às demandas organizadas e às ações educativas coletivas, dentre outras. A equipe multiprofissional fica responsável por, no máximo, 4.000 pessoas; sendo a média recomendada de 3.000, que pode variar conforme a realidade local. O planejamento das ações para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença é elaborado a partir das necessidades e dos fatores de risco da população (BRASIL, 2006a).

Entretanto, autores como Viana e Dal Poz (2005) questionam se a forte determinação do nível federal sobre os mínimos assistenciais obrigatórios pode ser aplicada de maneira homogênea nas diferentes regiões e estados do país, dadas as desigualdades regionais e as fortes relações federativas competitivas.

¹⁷Esta norma propõe a regionalização da atenção à saúde como uma macroestratégia para a estruturação de redes articuladas e cooperativas; em territórios delimitados, com populações definidas e garantia de acesso dos usuários aos serviços nos níveis de complexidade necessários à resolução dos problemas de saúde (BRASIL, 2001b).

A forma de atuação é baseada no trabalho multidisciplinar, com a equipe composta minimamente de um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS, que poderão ser ampliados a critério do município (BRASIL, 2001a).

Quanto aos ACS, estes podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da saúde da família; e ligados a uma unidade de saúde da família como membro da equipe multiprofissional. Os ACS deverão ser responsáveis por no máximo 750 pessoas, devendo haver um número suficiente de agentes para cobrir 100% da população cadastrada (BRASIL, 2006a).

A equipe multidisciplinar desenvolve atividades de promoção de saúde, acolhimento, visitas domiciliares, educação em saúde, dentre outras. A concepção de reorganização do modelo da saúde supera a antiga proposição, de caráter exclusivamente centrado na doença; desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade.

É importante citar que na equipe de saúde da família, inseriu-se a atenção à saúde bucal com o objetivo de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, proteção e de recuperação, através da Portaria Ministerial nº. 1.444/2000, a qual estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio da ESF. A equipe de saúde bucal é composta por Cirurgiões Dentistas, Técnicos de Higiene Dental e Atendentes de Consultório Dentário.

Estudo sobre a avaliação da inserção da atenção à odontologia, desenvolvido por Andrade (2006), registra que se ampliou o acesso ao consultório odontológico. Entretanto, existe uma grande demanda acumulada, requerendo a ampliação da resolutividade das ações de saúde bucal, obtendo um esquema de referência e contra-referência para o atendimento cirúrgico-restaurador e o tratamento reabilitador nos serviços.

Mediante a adscrição de clientela, as equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade

destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando a uma maior resolução da atenção.

Assim, deve-se também estabelecer uma forma intersetorial de atuação, criando-se parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que produzem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

As unidades de saúde deverão possuir equipamentos, insumos e medicamentos suficientes para atender às principais demandas nesse nível do sistema, estabelecendo com os demais serviços de saúde, uma relação formal que garanta fluxos de referência e contra-referência.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) estabelece que cada equipe deverá ser capaz de:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas.
- Identificar os principais problemas de saúde e as situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta.
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença.
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea na unidade, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar.
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.
- Incentivar a participação da população de forma ampla, criando para isso, grupos de discussão.

Além disso, a ESF propõe uma ampliação do locus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática, o domicílio e os espaços comunitários diversos. Tal característica vem contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre os profissionais das equipes e a comunidade (NUNES, 2002; BRASIL, 1997; 2006c).

Alguns estudiosos como (GIL, 2006; RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004; SOUSA, 2002; SENNA, 2002; CONILL, 2002a), demonstram que a ESF ampliou o acesso das populações mais carentes à rede básica, e que a mesma apresenta um potencial de inclusão crescente da população brasileira na assistência em saúde.

De acordo com Sousa (2001), são inúmeros os impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação da ESF, tais como: satisfação da população com o atendimento das equipes, melhoria na vigilância à saúde, redução das internações hospitalares desnecessárias, elevação da resolutividade das redes de assistência básica; que segundo a autora, passou a girar em torno de 90%, sendo pertinente considerar esses impactos como fatores motivadores da disseminação da estratégia pelo país.

2.4 LIMITES E POSSIBILIDADES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Apesar dos vários aspectos positivos, a ESF ainda apresenta desafios colocados no país como a insuficiência de profissionais com o perfil proposto pela estratégia, muitos ainda com forte influência do modelo biomédico, as diversas modalidades de contrato de trabalho, a estrutura física das unidades de saúde inadequada e em situação precária, a sobrecarga de atendimento com comprometimento da referência e contra-referência, e ainda, os problemas de fidedignidade no preenchimento do sistema de informação da atenção básica (MACHADO; SOUSA, 2002).

No entanto, Teixeira e Solla (2005), em artigo em que se desenvolve um debate conceitual sobre o modelo de atenção à saúde, destacam que, apesar do aumento na produção de serviços básicos; no geral, o perfil de oferta de serviços revela a reprodução do modelo médico assistencial.

Vieira et al (2004) constataram em seu estudo a necessidade urgente de mudanças estruturais na ESF, pois a prática não condiz com a teoria. Os autores ressaltam ainda, que para ocorrerem tais mudanças, faz-se necessário que os gestores solidifiquem vínculo contratual de trabalho e as melhorias salariais. Essas ações minimizariam a rotatividade dos profissionais inseridos na ESF, bem como promoveria a readequação da territorialização das áreas, propiciando uma melhor estruturação do sistema de referência e contra-referência e uma avaliação permanente das equipes sobre os resultados esperados.

Segundo Viana e Dal Poz (2005), para a consolidação da ESF exige-se, ainda a superação de dificuldades; como a composição e a manutenção das equipes de profissionais, implicando uma expressiva descontinuidade das ações.

De acordo com Rosa e Labate (2005), para a mudança no modelo de atenção, faz-se necessário formar um 'novo profissional' para uma 'nova estratégia'; os autores salientam que, se a formação dos profissionais não for alterada no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do cotidiano.

Para isso, faz-se essencial a mudança na maneira como a universidade forma os recursos humanos, desenvolvendo processos de formação e capacitação contínuos, dinâmicos e centrados na criatividade a fim de se estabelecer uma integração com os serviços públicos de saúde, bem como para diminuir a distância entre a formação profissional e o cotidiano das práticas em saúde (BOURGUIGNON et al, 2003).

Na perspectiva de se conseguir uma aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, traduzidas no Brasil pela ESF; o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e em conjunto com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC), conduz o processo de elaboração do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE lançado em 2005, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação nº. 2.101/2005 para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia.

Esse programa tem como eixo básico, a realização do ensino nos ambientes reais onde se dá a assistência à saúde pelo SUS. A mudança de metodologia faz com que o estudante assuma papéis mais ativos e visualize a expansão do objeto do ensino, o qual não deve ser apenas a doença já instalada, mas a produção social da saúde como síntese de qualidade de vida (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2005d).

Segundo Bodstein et al (2006), a ESF e o PACS expandiram-se com muita aceitação pela população em municípios de pequeno porte; porém, nos municípios maiores, sua presença era pequena, o que levou o Ministério da Saúde a conceber o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), como uma proposta de fortalecimento e de reorganização da atenção básica a partir da ESF nos municípios com mais de 100 mil habitantes.

Cavalcante et al (2006) destacam que nos primeiros anos da implantação da ESF, a adesão foi maior em municípios de pequeno porte, sobretudo no Nordeste do país, onde a carência de serviços assistenciais de saúde era mais acentuada. A ampliação da cobertura em municípios acima de 100 mil habitantes só ocorreu a partir de 2000, em parte decorrente da ênfase dada ao PROESF.

Frente a todos esses desafios de fortalecimento da atenção básica, o Ministério da Saúde com o apoio do Banco Mundial (BIRD), lançou em 2003, o PROESF com o objetivo de melhorar o desempenho dessa estratégia em todos os municípios brasileiros. Nesse aspecto, implica a redefinição do modelo de financiamento da ESF em grandes centros urbanos (BRASIL, 2002a).

O PROESF propõe mudanças na dinâmica da estratégia, viabilizando recursos para estruturação das equipes/unidades com ênfase na ampliação e na agilização das ações de capacitação de recursos humanos, e também na busca para integrar procedimentos de outros níveis de complexidade do SUS, aperfeiçoando tecnologias de gestão.

Esse projeto visa a ampliar e a reestruturar iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos. Sua estruturação ocorre em 03 (três) componentes técnicos: - o componente 01 (um) apóia a conversão do modelo de atenção básica à saúde, como eixo de estruturação da porta de entrada do sistema, - o componente 02 (dois) busca reforçar a política de recursos humanos para o fortalecimento da ESF, e - o componente 03 (três) sustenta a estruturação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho (BRASIL, 2006g; 2002a).

Estudos nacionais recentes mostram que, embora existam no Brasil limitações de acesso aos serviços de saúde, houve entre 1998 e 2003, melhora de vários indicadores analisados, particularmente em decorrência da expansão da atenção básica. Nesse período estudado, ocorreu o incremento da proporção de pessoas que realizaram pelo menos uma consulta médica, de 54,7% para 62, 8% (BODSTEIN et al, 2006).

O PROESF adota metodologias de acompanhamento e avaliação da atenção básica e da ESF, isso representa uma análise crítica da realidade, pois considerando a institucionalização da avaliação da atenção básica nas três esferas de governo,

significa considerar um avanço da política de saúde no sentido da expansão do acesso, da mudança do modelo de atenção e da garantia de ações de saúde mais adequadas e de qualidade para a população brasileira (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Nessa perspectiva, podem-se destacar três iniciativas no contexto da atenção básica que apontam para o avanço da avaliação no âmbito do SUS: O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o monitoramento da implantação e do funcionamento das equipes de saúde da família no país. Esses instrumentos de avaliação são utilizados como ferramentas de gestão nos três níveis de organização do SUS; com os ajustes e as adaptações da seguinte forma: o pacto de indicadores da atenção básica como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde.

Pretende-se assim, estabelecer formalmente uma negociação entre gestores das três esferas de governo, que tem por objeto, metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. Ao fim de cada ano, municípios e estados têm seu desempenho avaliado em função do cumprimento das metas pactuadas (BRASIL, 2002b).

Outro indicador de saúde utilizado é o SIAB, criado em 1998, a partir da necessidade de incorporar as atividades desenvolvidas pelos diversos profissionais na ESF. O SIAB inaugurou uma nova lógica de produção e de utilização da informação em saúde ao adotar como básicos, os conceitos de território, problema e responsabilidade sanitária. Esse sistema reflete a realidade epidemiológica dos municípios de acordo com o percentual de cobertura da ESF (SILVA; LAPREGA, 2005b).

O elenco de indicadores do SIAB disponibiliza referências sociais e demográficas, provenientes do cadastramento das famílias acompanhadas; e indicadores de morbidade, mortalidade e de serviços, provenientes do acompanhamento mensal das famílias pelos ACS e pelos demais profissionais das equipes de uma determinada área de abrangência (SILVA; LAPREGA, 2005b).

Esse sistema representa uma ferramenta em potencial para o acompanhamento das famílias cadastradas, assim como para o planejamento local. Contudo, de acordo com Silva e Laprega (2005b), o emprego do SIAB como instrumento de

planejamento de saúde é pouco utilizado para esse fim pelas equipes; sua maior utilização visa apenas ao levantamento numérico de algumas condições de saúde/doença.

De acordo com a análise da evolução da população coberta pela ESF no Brasil, no período de 1998 a 2004, ocorreu um aumento progressivo da cobertura, tanto em âmbito nacional, como regional. No país, a proporção da população coberta era de 6,55% em 1998, passou para 32,05% em 2002, alcançando 40% em 2004, apresentando um incremento de 600%. Nesse período analisado, a estratégia já estava implantada em 84% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2006e).

No ano de 2005, foram implantadas 24.600 equipes de saúde da família em 4.986 municípios; apresentando uma cobertura populacional de 44,4%, que corresponde a aproximadamente 78,6 milhões de pessoas atendidas pela ESF; e 12.600 equipes de saúde bucal em 3.900, municípios correspondendo a mais ou menos 61,8 milhões de pessoas recebendo atendimento de saúde bucal. Quanto aos ACS são 208 mil com cobertura populacional de 58,4% o que corresponde a aproximadamente 103,5 milhões de pessoas (BRASIL, 2006e).

Na trajetória da ESF, há de se reconhecer os avanços e apontar para desafios, como: a expansão da cobertura da estratégia para os grandes centros urbanos, a co-responsabilidade do financiamento da atenção básica e a política de trabalhadores de saúde. Todos esses, entrelaçados pela necessidade de investimentos na produção e na inovação tecnológica aplicada aos processos de monitoramento e de avaliação dos resultados das unidades básicas de saúde que operaram na lógica dessa estratégia (SOUSA, 2007).

Estudos apontam para uma concepção errônea de que a rede básica tem um grau de menor complexidade. Alguns autores refutam esse entendimento e argumentam que cada serviço tem a sua complicação. Eles enfatizam que a atenção básica estabelece novas relações entre os profissionais e os usuários, através do vínculo e do acolhimento (CECÍLIO, 1997; MERHY, 2004; MENDES, 2002).

A ESF necessita de ajustes referentes à sua organização, pois a estratégia está condicionada à forma de sua operacionalização, com a perspectiva de estabelecer novas práticas de atenção pautadas no modelo da vigilância à saúde (ROSA; LABATE, 2005; MEDINA; AQUINO, 2002).

No entanto, para estudiosos como Lucchese (2003), ao que tudo indica, tais mudanças ainda não resultaram em redução substantiva das desigualdades em saúde, pois as diferentes condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras nas diversas regiões do país geram dificuldades loco-regionais, acarretando disparidades na capacidade do SUS de responder às necessidades locais.

Dessa forma, diante da urgência de redução dessas desigualdades na capacidade do sistema, a equidade em saúde ganha força, objetivando o alcance de efetiva melhoria das condições de saúde do conjunto da população brasileira.

Para isso, a consolidação da ESF precisa ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Uma das estratégias do Ministério da Saúde para o desenvolvimento do SUS, aliando efetividade e equidade, é a ampliação da rede de atenção primária em saúde por meio da ESF, organizada como porta de entrada para o SUS, e ampliando o acesso para mais de 60 milhões de habitantes (HARZHEIM; STEIN, 2006).

Sendo assim, o atual desafio é estender a cobertura da ESF aos grandes municípios, que possuem uma rede de serviços estabelecida, mas insuficiente; e qualificar a atuação das ESF, com a garantia da resolutividade de suas ações e da referência e contra-referência (ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 2006e).

Outra questão, de acordo com Hartz e Contandriopoulos (2004), é que a Rede Básica de Saúde não dispõe da totalidade de recursos e competência para dar conta das necessidades da população, sendo assim, deve-se viabilizar um sistema de saúde integrado para que as ações na atenção básica sejam eficientes e resolutivas.

Por fim, sabe-se que, no tocante à reorientação das políticas de atenção básica, diferentes modelos de organização dos sistemas de saúde têm sido implementados no mundo. No Brasil, optou-se pela organização orientada pela saúde familiar, e é nessa perspectiva que a ESF configura-se como uma das principais estratégias de implementação da atenção primária, conduzida pelo Ministério da Saúde desde 1994.

Frente a todas as dificuldades e desafios, o Ministério da Saúde pretende ampliar a cobertura da ESF até 2008 para 70% da população brasileira, desenvolvendo os sistemas de referência e contra-referência do SUS e aprimorando os serviços de atenção básica (BODSTEIN, 2006; BRASIL, 2004b).

De acordo com Cianciarullo (2002), pode-se afirmar que as iniciativas do Ministério da Saúde em sua área específica, têm significado melhoria das condições de vida das comunidades selecionadas, porém argumenta que estas merecem e devem ser analisadas e avaliadas, visto que esse procedimento permitiria analisar a utilidade da ESF em seu significado maior para aquele que a vivencia e para aquele que a produz.

Por acreditar que a ESF é um dos caminhos que pode reorganizar de fato o SUS e contribuir para que este se efetive nos municípios brasileiros; este estudo tem como diretriz, verificar se essa estratégia tem contribuído para melhorar o desempenho da assistência à saúde, bem como verificar as inovações e os avanços identificados nas práticas do serviço de saúde decorrentes da sua implantação.

Nessa perspectiva, esta análise decorre do produto final da assistência prestada, ou seja, dados secundários, que estão sujeitos a subnotificação e, portanto a equívocos, sendo considerados: saúde, satisfação, conhecimento sobre a ESF e suas atividades inerentes, e expectativas dos usuários em relação à assistência. Observa-se também, o vínculo dos profissionais de saúde com a comunidade e as expectativas de suas ações na saúde da família.

Portanto, o estudo dos processos das ações desenvolvidas pelas equipes da saúde da família, poderá constatar os avanços e as limitações da ESF, possibilitando demonstrar os pontos críticos das ações de implementação dessa estratégia. Esses dados podem ser utilizados como subsídios para outros estudos, os quais poderão ser desenvolvidos pelo próprio serviço; ou ainda, podem auxiliar na elaboração de propostas de mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

3 O MUNICÍPIO DE VITÓRIA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, é considerada pólo da Região Metropolitana de Vitória ou Grande Vitória, em conjunto com os municípios de Vila Velha, Serra, Viana e Cariacica, os quais somam aproximadamente 1,5 milhões de habitantes. Fundada em 1551, está caracterizada como uma das cidades mais antigas do país, com um contingente populacional significativo de 317.083 habitantes (SIQUEIRA, 2001; IBGE, 2005; VITÓRIA, 2005).

Em termos físicos territoriais, Vitória é a principal ilha de um arquipélago de 34 ilhas, com área territorial de 104,3 Km² e compõe a zona industrial possuindo 32 das 52 maiores empresas instaladas no Estado. Na Grande Vitória, concentra-se 46,4% da população em relação ao Espírito Santo (ZORZAL E SILVA et al, 2006).

No processo de exportação de minério de ferro e importação de carvão, tornou-se líder mundial; seus portos de Tubarão e Praia Mole possuem estrutura adequada para receber navios de todo o mundo para o transporte de grãos, farelos e produtos siderúrgicos, permitindo um avanço no crescimento desses negócios nos últimos anos. Isso se deve ao fato de estar situada em Vitória, uma completa e bem-estruturada cadeia de portos e terminais do Brasil, movimentando no ano de 2005 um total de 7.578.402.453 toneladas (ZORZAL e SILVA et al, 2006).

Entre as décadas de 1960 e 1990, ficou evidenciado o crescimento populacional acelerado, acompanhado pelo empobrecimento da população e concomitante a isso, a desordenada ocupação dos espaços urbanos. Esse processo de crescimento produziu uma grande ocupação na ilha de Vitória e uma expansão para a área continental (SIQUEIRA, 2001; DOIMO, 1989).

A partir de 1960, com as mudanças no eixo da economia capixaba, intensifica-se o processo de urbanização da Região Metropolitana de Vitória, constituindo-se uma diversificação das oportunidades de emprego e algumas modificações na estrutura de mercado. Essa urbanização desordenada provocou uma série de problemas

sociais, dentre eles o desemprego e a exclusão social (ZORZAL e SILVA et al, 2006; VITÓRIA, 2002; DOIMO, 1989).

Os fluxos de migração também se intensificaram, em virtude do crescimento industrial, e se movimentaram em direção à região da Grande Vitória; estabelecendo-se ao longo do canal marítimo e na região continental, por famílias das classes alta e média; e nas encostas dos morros e nos manguezais, pela população pobre com condições sanitárias precárias (ZORZAL e SILVA et al, 2006; MARTINUZZO, 2002).

Vale destacar que, com o aumento da população urbana, ocorreu uma demanda crescente por equipamentos públicos e por infra-estrutura necessários para atender a um percentual cada vez maior de habitantes. Ficou evidente a escassez de escolas, de hospitais, de moradias e de transporte coletivo. Cabendo à população de menor renda, a procura por formas acessíveis de moradia, originando as invasões e os loteamentos clandestinos e irregulares. Tais carências levaram os moradores das invasões se unirem em associações e centros comunitários (SIQUEIRA, 2001; ZORZAL e SILVA et al, 2006).

A taxa de crescimento demográfico no período de 2000 a 2004 foi de 2,0% ao ano, a maior da região sudeste, sendo que a do Brasil cresceu em média 1,7% no mesmo período (IDH, 2005).

Em 2000, a proporção de crianças menores de cinco anos era de 9%, enquanto que a de idosos (com mais de 60 anos) era de 15% da população do Estado. A esperança de vida ao nascer, nesse ano, era de 70,3 anos, um pouco superior a da região sudeste, de 69,6; e acima também da média nacional, 68,6 anos (CASER, 2006).

Nesse contexto, a capital Vitória passou a enfrentar a realidade de incompatibilidade entre pobreza e qualidade de vida. As intensas desigualdades sociais foram produzidas a partir de um modelo de crescimento econômico excludente, assim como ocorreu em todo o país (DOIMO, 1989).

A Região de São Pedro está localizada no lado norte-noroeste de Vitória, é banhada pela baía e margeada em toda a sua extensão pela Rodovia Serafim Derenzi. Caracteriza-se assim como uma região litorânea com grande área de manguezal, planície e morros. Nesse local, a prefeitura despejava todo o lixo da cidade. A partir

de 1977, estenderam-se as favelas de São Pedro subdividindo-se em São Pedro I, II, III e IV congregando em 1980, uma média de 15 mil favelados (SIQUEIRA, 2001).

É interessante ressaltar que a história das ocupações na Região de São Pedro coincide com a industrialização da Região Metropolitana de Vitória, possuindo uma área de cerca de 3,5 milhões Km,² distribuídos ao longo da baía Noroeste de Vitória, onde se localiza o maior manguezal do Espírito Santo (VITÓRIA, 2006a).

A maior parte das terras ocupadas na Região de São Pedro são áreas de mangue, onde se erguiam as palafitas. As primeiras ocupações do espaço físico na região, ocorreram em 1977, através de invasões realizadas por uma população migrante do interior do estado do Espírito Santo, sul da Bahia, leste de Minas Gerais e norte do Rio de Janeiro, atraída pelos grandes projetos industriais da época (SILVA, 2004; SIQUEIRA, 2001; VITÓRIA, 1995a).

Para a construção de palafitas e barracos, os migrantes promoveram o desmatamento dos morros e mangues, destruindo o ecossistema local (aves, caranguejos, guaiamuns, jacarés e os plânctons que servem de energia básica a toda cadeia alimentar). Os dejetos de esgotos domiciliares eram despejados no manguezal sem nenhum tipo de tratamento, provocando assim, prejuízos ao ecossistema e à população que dele sobrevivía (VITÓRIA, 1995a).

Em vários locais foram feitos aterros pelos próprios moradores, com o lixo urbano que sistematicamente era depositado pela administração municipal da época nessa região. A ocupação estendeu-se em direção ao canal marítimo através de subhabitações com péssimas condições sanitárias, ocasionando problemas urbanísticos, principalmente na dotação de infra-estrutura e na construção de habitações (VITÓRIA, 1995b).

Destaca-se que os moradores canalizaram muito esforço organizacional para atividades relacionadas à consolidação do novo espaço urbano, que foi sendo inicialmente criado com as próprias mãos, demarcando-se assim, as ruas e os terrenos. A população vivia em condições miseráveis e muitos retiravam parte de sua sobrevivência de um aterro sanitário (DOIMO, 1989).

Nessa região, Comitês foram organizados a fim de reivindicar facilidades públicas das autoridades federais, estaduais e municipais, ocorrendo diversas manifestações locais, que refletiram numa variedade de esforços no sentido de fortalecer a

emancipação popular. Aos poucos, os moradores foram conquistando benfeitorias através da própria mobilização, a qual desencadeou no final dos anos 80, a urbanização e a delimitação da área de manguezal não devastada, a abertura de ruas, o calçamento e o saneamento básico (SILVA, 2004; DOIMO, 1989).

Nesse cenário de lutas e reivindicações, iniciam-se as primeiras intervenções com vistas às demandas populares por habitação. O primeiro marco do programa de habitação deu-se em 1980, com o financiamento do Banco Nacional de Habitação (BNH), por meio do Programa Nacional para Erradicação de sub-habitações denominada PROMORAR, que realizou investimentos em moradias e saneamento nos bairros da Grande São Pedro (ZORZAL e SILVA et al, 2006).

Nos anos noventa, a Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) segue com investimentos de programas e projetos que envolviam a participação da comunidade, em especial, nas áreas consideradas de risco e de degradação ambiental. Nesse período, foi elaborado o Projeto São Pedro¹⁸ com o objetivo de delimitação do espaço de preservação ambiental, orientando a população local em relação à implantação dos critérios de uso e ocupação do solo, e ainda estabelecendo urbanização e a promoção de melhorias habitacionais (VITÓRIA, 2006a, ZORZAL E SILVA et al, 2006).

O Programa de Desenvolvimento Urbano Integrado e Preservação do Manguezal - Projeto São Pedro, teve início na gestão de Vítor Buaiz (PT-1989/1992). O governo expressou mudanças na correlação de forças nesta gestão e se introduziu também, o Orçamento Participativo e outras ações inovadoras no sentido da democratização das políticas públicas. O projeto São Pedro visou a solucionar problemas de urbanização, investindo em infra-estrutura urbana e em melhorias habitacionais (ZORZAL E SILVA et al, 2006).

No período de 1993 a 1996, o Projeto de São Pedro foi ampliado pela PMV, com a finalidade de integração das políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida da população (VITÓRIA, 2006a).

¹⁸ Esse projeto visava a solucionar problemas de urbanização, com investimentos em infra-estrutura urbana e melhorias habitacionais, bem como a estabelecer critérios para o uso e ocupação do solo, delimitar e preservar o manguezal com ações para educação ambiental. Esse projeto tinha a preocupação de envolver a comunidade quanto à importância do manguezal para o ecossistema, e ainda, definir critérios para o uso e a ocupação do solo (ZORZAL e SILVA et al, 2006).

O Projeto Terra¹⁹, embora tenha suas raízes e inspiração no projeto realizado na região de São Pedro, não tem a mesma essência e intencionalidade, ou seja, não guarda uma linha de continuidade com o projeto São Pedro.

O Projeto Terra foi concebido a partir da integração de diferentes projetos, listados no plano estratégico da cidade de Vitória na agenda 21 local, após a definição das áreas de intervenções. Seu marco inicial foi em 1997, como projeto prioritário da autoridade local, em parceria com a União, Caixa Econômica Federal, Banco (BNDES) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Até 2001, já foi investido cerca de R\$ 36,5 milhões, sendo que 25 milhões são verbas próprias; e 11,5 milhões são recursos externos (BIENENSTEIN, 2003; MARTINUZZO, 2002).

No entanto, embora o Projeto Terra tenha sido concebido a partir da integração de diferentes ações do Plano Estratégico da Cidade em 1997, ele só foi institucionalizado no início de 1998, criado pelo decreto n.º 10.131/1998.

Esse projeto desenvolve um conjunto de ações integradas e de serviços de natureza pública, com vistas à inclusão social, promoção humana e melhoria da qualidade de vida da população; sua abrangência é de 36 bairros, dentre os quais estão: Conquista, Resistência, Ilha das Caieiras e Comdusa, localizados na Região de São Pedro, área deste estudo de caso (ZORZAL e SILVA et al, 2006; BIENENSTEIN, 2003; MARTINUZZO, 2002).

Nessa época, encontravam-se em fase de implantação, os Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF). Esses vinham sendo desenvolvidos juntamente ao "Projeto Terra", carro-chefe da Prefeitura, que sob o gerenciamento da Coordenadoria de Administração Estratégica, procura articular todas as secretarias, numa tentativa de superar o caráter paternalístico das ações do governo através de ações de desenvolvimento sustentável (OLIOSA, 1999).

Nessa perspectiva, o município de Vitória destacou-se por uma gestão pública voltada para a qualidade de vida e para a construção da cidadania.

¹⁹ O eixo desse projeto segue as diretrizes de focalização das políticas sociais emanadas do poder central, mas por outro lado, sua intenção está em sintonia com orientações emanadas das agências multilaterais de crédito para a política de desenvolvimento urbano, contrapondo-se ao ideário das lutas pela reforma urbana, marcado pelos movimentos populares do final dos anos 70 e 80, não tendo esse projeto a mesma essência e intencionalidade do Projeto São Pedro. Ideário de lutas a partir de uma concepção de direitos sociais, com vistas à universalidade (VITÓRIA, 2006a; ZORZAL e SILVA et al, 2006).

Concomitantemente, no setor saúde, vem-se construindo um modelo assistencial direcionado à consolidação dos sistemas locais de saúde, a partir dos princípios de participação da população, descentralização, democratização, territorialização, intersectorialidade e a prática da vigilância à saúde (VITÓRIA, 2001).

3.1 CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Em Vitória, o sistema de saúde começou a se configurar de fato, a partir de 1989, quando a administração municipal passou a realizar mudanças nas relações sociais, econômicas e administrativas, estimulando o controle social sobre o poder público (VITÓRIA, 2002; SILVA, 2004).

Assim, inicia-se em 1989, em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária nacional, um processo de mudanças no setor saúde em Vitória. A implantação do SUS passa a constituir a diretriz geral da política de saúde, prevista para acontecer a partir de dois eixos principais: a municipalização de ações e serviços e a construção de um novo modelo de atenção à saúde (OLIOSA, 1999).

Nessa nova configuração, inicia-se o processo de municipalização em consonância com os princípios e com as diretrizes do SUS. Com isso, a cidade de Vitória assina um convênio com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), assumindo as primeiras ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Segundo Oliososa (1999), a municipalização das ações e serviços de saúde, ou seja, as transferências dessas ações e serviços para o município foram ocorrendo de forma gradual e progressiva a partir de 1989, quando o governo municipal encontrava-se sob a gestão do Partido dos Trabalhadores – PT, e do então prefeito, Vítor Buaiz (1989-1992). Em 1995, o PT assume o Governo do Estado e passa a incentivar a municipalização das ações; mas somente em 1998 é que o município fica habilitado na condição de gestão plena da atenção básica.

Nessa gestão, teve início na prefeitura em geral e na SEMUS em particular, o processo de informatização. A SEMUS começou a processar e a trabalhar os dados

dos programas de vacinação, nascidos vivos, mortalidade e morbidade, que anteriormente eram consolidados pela SESA. Dando início também ao processamento dos procedimentos realizados nas unidades básicas de saúde, posteriormente aprimorado através do Boletim Único de Produtividade (OLIOSA, 1999).

Quadro 1- Programas e Serviços de saúde implantados na gestão municipal, 1989-1992.

Programas e Serviços de Saúde	Ano de implantação
Serviço de Orientação à Fisiologia do Exercício	1989
Serviço de vigilância sanitária	1989
Serviço de vigilância epidemiológica	1990
Programa de Assistência Integral à saúde da Criança – PAISC	1990
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM	1990
Fitoterapia	1990
Programa DST/AIDS	1991
Programa de Hanseníase	1991
Programa de Tuberculose	1992
Programa Saúde do Trabalhador	1992
Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos	1992

Fonte: OLIOSA, 1999.

Diante disso, com a regionalização da assistência, algumas ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica foram municipalizadas; e o município de Vitória, a partir de 1990, foi dividido em 06 (seis) regiões de saúde a fim de melhorar a organização dos serviços. Tal movimento tinha por objetivo, implementar efetivamente o SUS e estimular a participação social.

Sobre esse aspecto, Almeida et al (2002 p.23) ressalta que:

O processo de regionalização implica redirecionar o modelo assistencial, que pode ser compreendido como a forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde, numa dada área e num determinado tempo, para uma dada população.

Nessa perspectiva, o município avança e inicia-se se em 1995, o processo de territorialização, com o objetivo de implantação do novo modelo de atenção à saúde, com base nos Sistemas Locais de Saúde²⁰.

²⁰ Segundo Almeida et al (2002, p. 19) “É um processo de regionalização no qual se busca estabelecer a universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações, com melhoria de

A partir da definição dos territórios de atuação, os profissionais de saúde realizaram diagnósticos situacionais em cada um deles, incorporando as necessidades de cada comunidade. Esse processo provocou o desenvolvimento de ações programáticas a partir dos problemas identificados e dos riscos aos quais estava exposta a população. Com isso, as unidades básicas teriam condições de acompanhar melhor a população sob a sua responsabilidade (VITÓRIA, 2001; SILVA, 2004).

Assim, na busca de se construir um novo modelo de atenção à saúde, o município, a partir de 1990, passou por vários processos, tais como: divisão do município em Regiões de Saúde (1992-1993); elaboração do diagnóstico situacional de saúde nas Regiões (1992-1994); processo de territorialização (1994-1996); implantação dos conselhos locais de saúde (1996-2001); apropriação dos territórios pelas unidades de saúde (a partir de 1996), implantação da ESF como estratégia para a organização da atenção primária (início em 1998), e a construção do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) entre 1999 a 2002 (VITÓRIA, 2001).

Oliosa (1999) registra que as transferências das unidades básicas de saúde do estado ocorreram somente em 1996, quando essas 06 (seis) unidades de saúde do estado passaram para a gerência do município, e este tornou-se habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica²¹ segundo a NOB-SUS 01/96.

Vale destacar que com a NOB-SUS 01/96 em vigor, foram criadas para os estados, 02 (duas) condições de gestão: avançada e plena. Para os municípios, as condições de gestão estabelecidas foram: plena de atenção básica e plena do sistema municipal. Essa norma possibilitou a constituição de sistemas municipais de saúde, ao mesmo tempo em que promoveu a relativa descentralização de recursos financeiros (VITÓRIA, 2005).

É importante citar que com a implantação do Piso da Atenção Básica²² (PAB), a remuneração das ações de saúde foi modificada para pagamento per capita, e não mais por produção, e que a forma de transferência desse recurso tornou-se regular e

seus níveis e condições de saúde, com o máximo de eficácia e eficiência técnico-operacional, política, econômica e social”.

²¹ Significa que toda a rede de unidades prestadoras de serviços básicos de saúde fica vinculada ao gestor municipal, que é o responsável pelas atividades de gestão e execução da assistência ambulatorial básica (ALMEIDA et al, 2002).

²² O PAB é um valor *per capita*, que somado aos recursos estaduais e aos municipais, deverá financiar a atenção básica à saúde, mediante a garantia de um mínimo de ações e procedimentos contidos na Portaria Ministerial n.º 1.886/1997 (BRASIL, 1999).

automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. O PAB passou a ser uma estratégia potencial de mudanças na organização dos serviços de saúde e no processo de descentralização (BARROS, 2003; ROCHA, 2000).

Para o recebimento dos recursos, utilizam-se critérios de qualificação, segundo os quais, o município deve implantar o PACS ou as equipes de saúde da família, respeitando a Portaria Ministerial nº. 1886/1997 e deve ainda, estar habilitado pela NOB-SUS 01/96 como gestão plena da atenção básica ou plena do sistema.

Vale mencionar que a saúde da família aponta para mudanças importantes na forma de remuneração e de organização dos serviços e das práticas assistenciais, constituindo-se numa estratégia de reforma incremental, que para Viana & Dal Poz (2005), caracteriza-se como um conjunto de modificações no desenho e na operação da política, ocorrendo de forma separada ou simultaneamente.

No Estado do Espírito Santo em 1998, foram implantadas 26 equipes de saúde da família, sendo essa cobertura ampliada gradativamente, apresentando-se até 2006 com 470 equipes implantadas. A evolução histórica da implantação das equipes de saúde da família e das equipes de saúde bucal no Estado verificou-se conforme tabela abaixo.

Tabela 1. Evolução da implantação das equipes de saúde da família no Espírito Santo de 1998-2006.

Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ESF	26	36	167	271	318	336	399	471	470
ESB	0	0	0	38	84	112	191	262	271

Fonte: SESA, 2006.

Nesse contexto, o município de Vitória inicia a implantação da ESF em 1998. Para iniciar o processo seleciona a região de São Pedro, onde há cerca de três décadas, os administradores municipais vinham investindo em infra-estrutura, em saneamento e nas políticas públicas, buscando reverter alguns indicadores de saúde (FONSECA, 2003; VITÓRIA, 2000).

Essa região foi escolhida para ser a área piloto de implantação da ESF, em razão das grandes dificuldades de acesso da população local à assistência médica; e por

estar a mesma, articulada a um projeto urbanístico e intersetorial do governo municipal.

O município iniciou a implantação da ESF com 04 (quatro) equipes, cada uma composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS.

As equipes desenvolviam suas atividades na lógica de existência de 'dia para tudo'; ou seja, atendimento à gestante, à criança, à hipertensos e diabéticos, em visita domiciliar, dentre outras atividades (VITÓRIA, 2000), sempre se baseando nos 07 (sete) eixos da Norma Operacional de Assistência à Saúde.

É relevante salientar, que logo após a implantação da ESF, ocorreu a organização do sistema local de saúde, pois a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) iniciou na Região de São Pedro em 2000, o projeto piloto de organização através do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS), denominado Projeto Integrar. Essa região apresentava peculiaridades em relação à posição geográfica que dificultava o acesso dos moradores às outras regiões de saúde e, além disso, havia a capacidade histórica de mobilização dos moradores para o alcance de melhorias da região (VITÓRIA, 2001).

Nesse sentido, o processo inicia-se com uma ampla discussão através de seminários temáticos com o Secretário Municipal de Saúde, contando com a participação de diversas categorias, como: profissionais do nível central da SEMUS como diretores de departamento, coordenadores, assessores técnicos, gerentes, profissionais da região de São Pedro e os representantes da SESA, dentre outros parceiros. Com isso, o projeto Integrar começou a dar ênfase ao desenvolvimento institucional da SEMUS e passou a ser operacionalizado de acordo com as prioridades estabelecidas na NOAS 01/02 (SILVA, 2004).

A concepção do SISS trouxe para a SEMUS um consenso quanto à necessidade de fortalecimento da ESF para que esta cumpra o papel de coordenação de toda a rede de serviços, tendo como porta de entrada a atenção primária (VITÓRIA, 2001; SILVA, 2004).

Em relação à concepção do SUS, Mendes (1999) afirma que “um nível de atenção primária bem organizada constitui condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equalitário”. Esse autor considera a atenção primária

como uma peça articuladora dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, possibilitando assim, que todos os recursos sejam reordenados para atender às necessidades da população.

Partindo desse conceito, observa-se que a Secretaria de Saúde de Vitória desenvolveu conferências regionais de saúde e discutiu os caminhos e as possibilidades para se obter uma melhoria da qualidade da assistência à comunidade. Por meio desse processo, definiu-se que o meio para a organização da assistência, deveria começar através da implantação da ESF (VITÓRIA, 2002; VITÓRIA, 2000).

Para a efetivação de uma nova filosofia de trabalho em consonância com as diretrizes do SUS; a SEMUS procurou, num debate amplo com toda a administração municipal, conselho municipal de saúde, comunidade civil e organizada da cidade, levantar a proposta de implantação dessa estratégia com a perspectiva de reorganização da atenção básica. Tal proposta foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde em 08 de maio de 1997 (FONSECA, 2003).

Devido aos novos entendimentos trazidos pelo SISS, a tática de implantação da ESF adotada pelo município de Vitória, que no início, estava centrada na população carente e considerada de risco epidemiológico; afastou-se dessa focalização, com as novas concepções trazidas pelo SISS, buscando a implantação da ESF em todo o município (SILVA, 2004).

Entretanto, com a implantação da estratégia, surgem dificuldades das equipes em garantir a integralidade da assistência e em resolver problemas que demandam atenção secundária e terciária (SILVA, 2004).

Nessa direção, a política pública de saúde de Vitória vem inserindo processos de consolidação do SUS, em consonância com as Leis Orgânicas 8.080/90, 8.142/90, NOB-SUS/96 e NOAS-SUS 01/02, tendo como objetivo, a mudança do paradigma de atenção à saúde.

Desde 2003, o município, por atender os requisitos do PROESF, foi selecionado para fazer parte desse projeto, recebendo recursos para garantir a qualificação do processo de trabalho; em contrapartida, o município pactuou a meta de implantação progressiva da ESF, até atingir a cobertura de 100% do seu território (VITÓRIA, 2005).

No entanto, apesar de encontrar-se habilitado para a Gestão Plena da Atenção Básica, o município está desde 2006, organizando-se para adotar as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, em concordância com as Portarias Ministeriais nº. 399/2006 e 699/2006 em vigor. É válido ressaltar os eixos estratégicos propostos pelo atual governo municipal. Sendo eles: Desenvolvimento Sustentável com Inclusão Social, Democratização da Gestão Pública, Defesa da Vida e Respeito aos Direitos Humanos. Todos estão em estreita consonância com os referidos Pactos (WERNER, 2006).

De acordo com Rocha (2000), a organização dos serviços e ações de saúde compreende as ações individuais e coletivas prestadas no âmbito ambulatorial, hospitalar e domiciliar; sendo assim, a implementação das políticas vem contribuindo para que os gestores locais reorganizem seus sistemas municipais de saúde.

Em Vitória, a rede municipal dos serviços de saúde está distribuída em 06 (seis) Regiões de Vigilância em Saúde: Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, Forte São João e São Pedro, sendo a atenção básica organizada em 27 territórios de saúde.

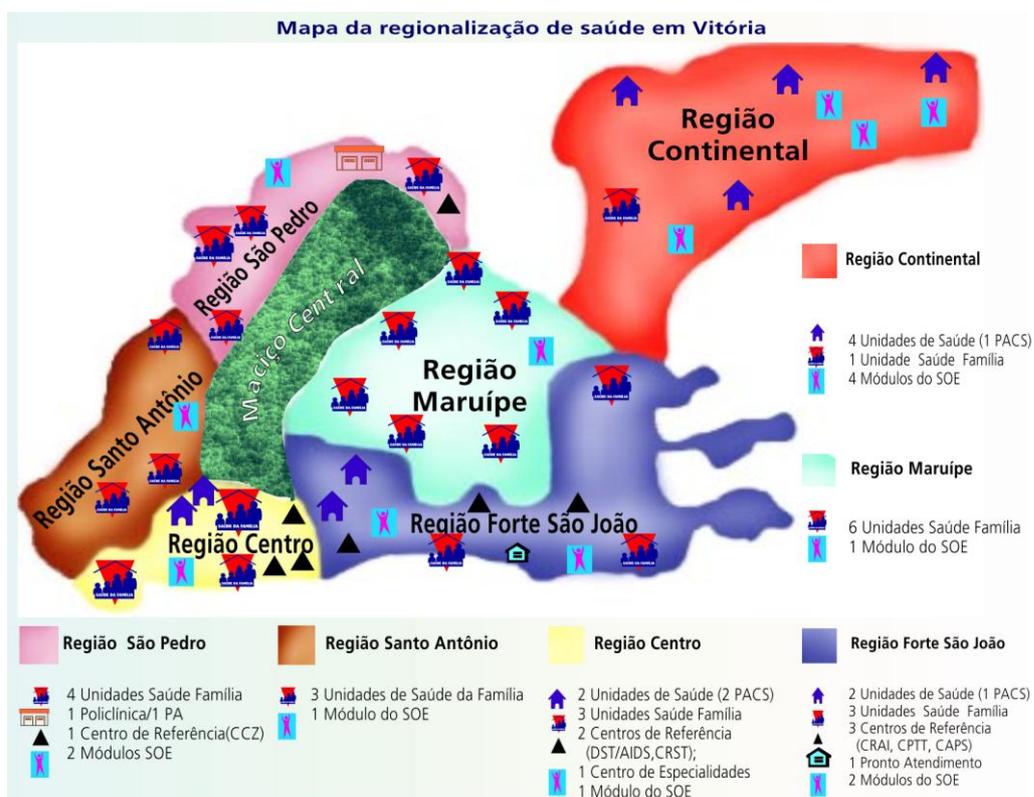
O sistema ambulatorial da rede SUS em Vitória compreende: 28 Unidades Básicas de Saúde; 01 laboratório de Análises Clínicas que dispõe de 26 postos de coleta de material descentralizados; 01 laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos; 02 Pronto-Atendimentos, A Policlínica São Pedro; 01 academia popular; 01 Central de Ambulâncias; 01 Central Municipal de Agendamento de Especialidades; 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 01 Centro Municipal de Especialidades; 06 Centros de Referência: Atendimento ao Idoso (CRAI), Atenção Psicossocial (CAPS), Prevenção de Tratamento aos Toxicômanos (CPTT), Promoção e Recuperação Física com 11 Módulos de Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), Controle de Zoonoses (CCZ) e DST/AIDS (AMORIM, 2006; VITÓRIA, 2006c).

Além disso, o município firmou convênios com o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), o Hospital Santa Rita de Cássia, o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e a Pro-Matre a fim de ofertar consultas e exames especializados para a ampliação do acesso a população (AMORIM, 2006; VITÓRIA, 2005b).

Para ampliar o acesso aos trabalhadores, o horário de atendimento das unidades de saúdes de Maruípe, Jardim Camburi, Santo André e Maria Ortiz foi estendido até às 22 horas; incluindo os Centros DST/AIDS, CEO e CPTT.

Conforme estudo desenvolvido por Werner (2006) sobre a assistência à saúde do trabalhador adulto nas unidades de saúde do município, a autora registra a importância de ser estabelecida uma política para esse grupo específico com ações de saúde ampliada. Essa pesquisa demonstrou que houve a ampliação do acesso aos trabalhadores nas unidades de saúde, bem como uma boa repercussão dessa iniciativa.

Figura 1: Mapa da regionalização da saúde e equipamentos próprios da rede municipal, Vitória, 2006.



Fonte: SEMUS/GAS, 2006.

Até 2006, a cidade de Vitória encontrava-se com 72 equipes de saúde da família e 38 equipes de saúde bucal atuando em 20 USF. Apresentando-se assim, com 59,33% de cobertura da ESF, cálculo feito com base populacional de 320.824 habitantes (IBGE, 2006). Destaca-se que a cobertura total de PACS e ESF é de 69%, e o município tem como meta para o ano de 2008, implantar 100% da ESF em todo o município (VITÓRIA, 2006d).

Cabe salientar que no município, a conversão das unidades básicas tradicionais em USF ocorreu de forma gradual, com um processo de transição nos quais os profissionais da unidade básica foram sendo gradativamente substituídos. As unidades de saúde foram estruturadas com equipes compostas de: 01 médico generalista, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde. O quadro abaixo demonstra a série histórica da cobertura do PACS/ESF no município.

Quadro 2: Cobertura Populacional do PACS e da ESF no município de Vitória/ES no período de 2000/2005.

INDICADORES	Modelo de Atenção	2000	2001	2002	2003	2004	2005
População Geral		292.302	296.010	299.358	302.633	302.633	302.633
População Coberta	PACS	51.230	62.608	50.124	65.784	54.068	30.213
	ESF	119.568	105.423	127.118	134.825	166.126	191.728
	OUTROS	-	-	337	-	3.331	3.710
	TOTAL	170.798	168.031	177.579	200.609	223.525	225.651
% População coberta pelo Programa e ESF	PACS	17,52	21,20	16,70	21,70	17,70	9,60
	ESF	40,90	35,60	42,50	44,60	54,30	61,20
	OUTROS	-	-	-	-	1,10	1,20
	TOTAL	58,42	56,80	59,20	66,30	73,10	72,00

Fonte: SEMUS/SIAB, 2006.

Agregam-se a essa equipe básica de apoio, (o cirurgião-dentista, psicólogo e assistente social), que além de desenvolverem atividades individuais e coletivas nas suas áreas de formação, participavam do planejamento da unidade, e realizavam as demandas programáticas e espontâneas das famílias assistidas (BRASIL, 2005a).

As equipes de educadores permanentes (a pediatra, ginecologista, clínico geral, enfermeiro e o sanitaria) tinham como objetivo, dar suporte técnico às equipes básicas, supervisionar suas atividades e capacitá-las; enfim, acompanhá-las em todos os seus processos de trabalho.

O município optou em inserir outros profissionais de saúde nas equipes de saúde da família como, assistentes sociais, psicólogos, pediatras e farmacêuticos a fim de fortalecê-las, buscando uma maior resolutividade das ações de saúde.

3.2 A REGIÃO DE SÃO PEDRO

Nos últimos 30 anos, essa região vem se transformando devido a amplos investimentos sociais, como urbanização, assentamento das famílias que invadiram o manguezal, saneamento básico, construção ou reforma de escolas, de unidade de saúde, da Usina de Reprocessamento de Lixo e, principalmente, a implantação de políticas públicas de geração de renda (FONSECA, 2003).

Após 01 (um) ano do estabelecimento do projeto piloto, ocorreu uma importante expansão da ESF no município e um incremento na cobertura populacional nas demais regiões de saúde. Na região de São Pedro, a cobertura da ESF é de 100% desde 2000.

Em 1999, foi inaugurada a Policlínica de São Pedro com os serviços de pronto-atendimento, que funciona diariamente de 07 até as 19 horas; com serviços de atenção especializada em cardiologia, pneumologia, dermatologia, neurologia, homeopatia, pequena cirurgia; bem como serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com posto de coleta de materiais biológicos. Nesse território, localiza-se também o Centro de Controle de Zoonoses da cidade de Vitória (VITÓRIA, 1999).

Em 2006, essa região encontrava-se com 04 (quatro) USF, numa área que abriga 31.279 habitantes, distribuídos geograficamente com delimitação composta por 10 bairros, conforme quadro abaixo (VITÓRIA, 2006d).

Quadro 3: Região de São Pedro: Bairros atendidos por USF, 2006.

Território de Saúde	Bairros atendidos	População
Resistência	Resistência	6.254
Ilha das Caieiras	Ilha das Caieiras; São Pedro São Pedro II (Condusa); Condusa.	7.910
Santo André	Santo André; São Pedro III (São José); Redenção.	9.251
São Pedro V	Nova Palestina; Conquista.	7.864
Total		31.279

Fonte: SEMUS/SIAB, 2006.

Quanto às condições de moradia nesse local, as residências são em sua maioria, de alvenaria – 78,6% -; o abastecimento de água, através da rede pública, cobre 99,7% da população; a coleta de lixo apresenta uma cobertura de 97,7% e o sistema de esgoto atinge 96,6% dos domicílios (SIAB, 2006).

O tempo médio de estudo das pessoas que são responsáveis pelos domicílios dessa região é de cinco anos e 84,5% da população é alfabetizada. A renda média dos moradores está entre 01 (um) e 03 (três) salários mínimos, predominando a economia informal²³.

A área possui escolas de ensino fundamental, 01 (uma) escola de ensino médio e centros de educação infantil, todos da rede municipal; e 01 (uma) Faculdade de Ciências da Saúde, com vários cursos de graduação e pós-graduação. Segundo dados do SIAB (2006), 84,70% das crianças de 7 a 14 anos estão matriculados nos estabelecimentos educacionais.

As principais causas de morbidade nessa região abrangem os grupos das doenças do aparelho respiratório, digestivo e circulatório, exatamente nessa ordem. Os números de óbitos de mortalidade materna na região de São Pedro apresentam-se da seguinte forma, conforme dados do Comitê Permanente de Mortalidade Infantil – COPEMI (VITÓRIA, 2006c).

Quadro 4: Número de Óbitos de mortalidade materna na Região de São Pedro, 2006.

Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Número de óbitos	03	03	01	Nenhum	03	01	02	01	04

Fonte: SEMUS/COPEMI, 2006.

O COPEMI iniciou sua estruturação em 2001 com o objetivo de realizar o monitoramento contínuo de óbitos materno e infantil, alertando para as situações de riscos, permitindo assim tomada de decisão e elaboração de medidas de intervenção. Com isso, a atuação do Comitê estabelece articulações com diversos setores internos e externos a Secretaria de Saúde. Este Comitê tem como

²³ Informação obtida do SIAB/SEMUS, 2003.

atribuição realizar investigação de todos os óbitos em menores de 1 ano, residentes no município de Vitória. Tal investigação se faz a nível hospitalar, Departamento Médico Legal, Serviço de Verificação de óbito, ambulatorial e domiciliar, contribuindo assim para o monitoramento e alertando para situações de risco.

3.3 CARACTERIZANDO O BAIRRO DE RESISTÊNCIA

Dentre os bairros atendidos pela ESF destaca-se o de Resistência, cenário deste estudo de caso. Tal bairro foi uma das últimas áreas de invasão da região de São Pedro, tendo sido no passado um mangue. Ele é margeado ao longo de toda a sua extensão pela Rodovia Serafim Derenzi e pelo manguezal, sendo a sua topografia constituída por planícies, área de morro com constituição granítica (MACIEL, 2002).

Salienta-se que a região foi marcada por ocupações desordenadas nos morros e no mangue provocando desequilíbrio ambiental intenso, e que o aterro ocorreu através da deposição de lixo a céu aberto. (DOIMO, 1989; VITÓRIA, 1995a).

A maioria dos moradores eram denominados “catadores”, e sobreviviam com o recolhimento do lixo como alternativa de renda e de sobrevivência. Surgiu, então, a atividade de seleção e catação de lixo. Nesse cenário, ocorreu a construção de palafitas e a utilização do lixo para o aterro das extensas áreas de manguezal (MACIEL, 2002; SILVA, 2004).

A história da ocupação de Resistência coincide com a industrialização da Região Metropolitana de Vitória. Em meados do ano de 1988, a PMV fez um empréstimo junto à Caixa Econômica Federal para a urbanização de bairros próximos à área onde era depositado o lixo. Essa medida desencadeou a substituição das palafitas por barracos de madeira ou, em sua maioria, por casas de alvenaria.

Em 1990, durante a gestão Vitor Buaiz (1990-1993), foi inaugurada a Usina de Reprocessamento do lixo no antigo lixão, o que evitou enormes prejuízos ambientais, reunindo trabalhadores que viviam em condições sub-humanas, dando-lhes melhores condições de trabalho e remuneração, visto que se passou a reciclar o lixo, até então, depositado na região (MACIEL, 2002; DOIMO, 1989).

A Usina de Reprocessamento de Lixo localiza-se no bairro de Resistência, o qual possui uma área de aproximadamente 588.787m², totalizando 6.254 habitantes e 1.503 domicílios com 3,81 pessoas/domicílios, com o total da população masculina de 2.857, e a feminina de 2.883 (VITÓRIA, 2007).

Quanto às condições de moradia, as residências são em sua maioria, de alvenaria – 84,47% -; o abastecimento de água, através da rede pública, cobre 99,92% da população; a coleta de lixo apresenta uma cobertura de 99,76%; o sistema de esgoto atinge 99,44% dos moradores e 77,47% possuem em seu domicílio, energia elétrica (VITÓRIA, 2006d).

O bairro é provido de infra-estrutura básica, possuindo a Associação de moradores e amigos de Resistência e adjacências, 01 (um) Centro Municipal de Educação Infantil, 02 (duas) Escolas Municipais de ensino fundamental, e o bairro ainda apresenta, um organizado Conselho Local de Saúde.

No que se refere à educação nesse território, 74,52% são alfabetizadas e estão na faixa etária de 07 a 14 anos; e 93,11% são alfabetizadas, situando-se na faixa etária acima de 15 anos (SIAB, 2006).

Quanto às Igrejas, estas desempenham um papel social importante no bairro; seja atuando junto aos seus fiéis, seja emprestando as suas instalações em determinados eventos, como: reuniões de moradores, reuniões educativas desenvolvidas pela unidade de saúde, festas, velórios, dentre outros.

Em Vitória, a primeira equipe da ESF iniciou seus trabalhos nesse território em 1998. A Unidade de Saúde da Família naquele ano era constituída por 05 (cinco) ACS, 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro, 01 (um) assistente social e 01 (um) sanitarista (VITÓRIA, 1998).

É um bairro de população adulta, na medida em que a maior parte de seu contingente populacional encontra-se na faixa etária acima de 20 anos, representando 64% do total da população cadastrada no SIAB. No SIAB, consta o total de 1.256 famílias cadastradas e 4.713 pessoas cobertas pela ESF (VITÓRIA, 2006d).

Também faz parte da estrutura física de assistência à saúde existente em São Pedro: 01 (um) Centro de Referência Municipal em Controle de Zoonoses e

Vigilância Ambiental; 01 (um) módulo de orientação ao exercício físico, 01 (uma) Policlínica e Pronto-Atendimento 24 horas, a fim de oferecer suporte à ESF.

Quadro 5: Carta de serviço da USF de Resistência, 2006.

Unidade de Saúde	Bairros atendidos	Serviços oferecidos
End.: Rua Velha Domingas, s/n, Resistência. Atendimento: 7h às 18h (27) 3382-6762	Resistência	Consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; concessão de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas e encaminhamentos para os Centros de Referência.

Fonte: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/unidades>, 2006.

Esse serviço está organizado a fim de se atender a uma parcela da atenção secundária da região e de oferecer pronto-atendimento, principalmente nos fins de semana; sendo que, com exceção dos casos de urgência, a porta de entrada dos usuários deve ser através da equipe de saúde da família do território onde reside. O quadro a seguir demonstra a distribuição da população nos territórios da região.

Quadro 6: Região de São Pedro: Distribuição das USF segundo territórios/bairros, população e número de equipes da ESF, 2006.

Territórios	Bairros	População IBGE 2005	Número de equipes e famílias por equipes
Resistência	Resistência	6.254	02 794 famílias/equipe
Ilha das Caieiras	Ilha das Caieiras, São Pedro, São Pedro II, Condusa	7.910	03 643 famílias/equipe
Santo André	Santo André, São Pedro III, Redenção	9.251	03 900 famílias/equipe
São Pedro V	Nova Palestina, Conquista	7.864	04 821 famílias/equipe

Fonte: SIAB/SEMUS, 2006

Segundo dados do SIAB de 2006, as equipes do território de Resistência alcançam as metas dos indicadores de acompanhamento dos principais agravos e a média de

consulta por habitantes. É importante ressaltar que até 2006, cerca de 3,46% da população do bairro de Resistência possuíam plano de saúde.

Dentre as atividades desenvolvidas pelas equipes da unidade de saúde em Resistência, estão às relacionadas com a NOAS 01/02, com foco nos 07 eixos estratégicos: ações de saúde da criança e saúde da mulher, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão e diabetes mellitus e ações de saúde bucal. As equipes centralizam suas ações de saúde, as quais são norteadas pela NOAS 01/02.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A abordagem metodológica selecionada é a qualitativa, baseada em um estudo de caso, com níveis de análise sobre o processo de implantação da ESF. Essa escolha de investigação justifica-se por tratar-se de um estudo empírico, que investiga um fenômeno baseado no conceito de Tobar e Yalour (2001, p. 71), o qual se dispõe de elementos para explicá-lo “[...] são pesquisas de campo todas aquelas centradas em entrevistas, pesquisas ou observação direta [...]”. E ainda, segundo Leopardi (2002, p.131) “[...] são aquelas desenvolvidas geralmente em cenários naturais, que procuram examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, através de observação direta, levantamento ou estudo de caso”.

Nessa perspectiva, o método de estudo de caso possibilitou abordagens tanto quantitativas como qualitativas e diversas técnicas de observação, de obtenção de dados e de análise. Acredita-se que por meio da pesquisa qualitativa, seja possível adentrar na dimensão subjetiva, a qual contempla as emoções, sentimentos, valores, crenças, acumulações, dentre outros; e dessa forma, compreender melhor as práticas de saúde (MINAYO, 2004).

Fez-se necessária uma revisão bibliográfica, para a composição do capítulo teórico, que aborda aspectos históricos e políticos relacionados ao SUS e à implantação da ESF no Brasil e no município de Vitória, bem como uma revisão sobre os estudos de avaliação em saúde.

A cidade de Vitória foi escolhida porque a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) optou pela implantação da ESF, como uma diretriz político-operacional de reestruturação do modelo assistencial do município no ano de 1998.

Visto que o aprofundamento do olhar e um universo menor de atuação são inerentes a essa escolha metodológica, o estudo de caso foi realizado no território de

Resistência; localizado na Região de São Pedro, município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo.

Esse foi o primeiro território escolhido para a implantação da ESF, contando com 08 anos de adesão a essa estratégia. Antes disso, não havia atendimento de saúde nessa comunidade e hoje, a Unidade de Saúde da Família em Resistência realiza o atendimento de saúde de apenas um bairro – Resistência.

4.2 OS PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Nessa etapa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica tratando do tema delimitado. Com o propósito de alcançar os objetivos do estudo, utilizou-se a análise documental como procedimento de coleta de dados.

Foram selecionados relatórios, pesquisas, planos municipais de saúde e documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde sobre o cenário escolhido e a implantação da estratégia e também, alguns documentos do Ministério da Saúde.

Os dados secundários, como relatórios e indicadores de saúde, foram provenientes do Sistema de Informação da Atenção Básica quanto à produção das equipes da ESF em Resistência; sendo também utilizados dados do Boletim Único de Produtividade, um boletim utilizado pela SEMUS para o registro da produção dos profissionais.

Entrevistas foram realizadas utilizando-se formulários semi-estruturados (APÊNDICE B), com alguns usuários cadastrados na ESF, desde que estes fossem moradores do bairro há mais de três anos, tendo como cenário para a entrevista o domicílio.

Também foram desenvolvidas entrevistas com os profissionais de saúde envolvidos na assistência a essas famílias, conforme (APÊNDICE A). Tais entrevistas tiveram como cenário, a unidade de saúde.

As abordagens feitas com os usuários do serviço apresentaram-se com o intuito de se caracterizar o perfil dos entrevistados e de conhecer o seu grau de envolvimento/conhecimento das ações de saúde desenvolvidas pela ESF. Isso tinha

o objetivo de demonstrar a percepção dos usuários sobre a assistência de saúde no território.

As entrevistas com os profissionais de saúde buscaram descrever o processo de trabalho das equipes, bem como as inovações e as limitações da estratégia para a saúde dessa comunidade.

Outro procedimento realizado para a coleta de dados foi à técnica de observação de campo cuja finalidade era de ampliar a compreensão da realidade observada, estando presente em diversas situações do dia-a-dia de funcionamento da unidade. As observações ocorreram durante alguns atendimentos de enfermagem; por exemplo, nos procedimentos de nebulização, vacinação, dispensação de medicamentos, verificação de sinais vitais, agendamento de consultas de enfermagem e médica, e marcação de consultas para especialidades médicas.

Também observou-se o fluxo de atendimento na recepção, na sala de pré-consulta e de espera para consultas e procedimentos, assim como o comportamento dos profissionais de saúde e o dos usuários. Imediatamente após a realização da observação; ou assim que possível, foram registradas em um diário de campo, as informações mais relevantes para o estudo. Nesses registros eram explicitados data, local observado, duração e o número de observações.

Visitas foram feitas ao bairro, observando-se infra-estrutura, número de escolas, existência de creches, associação de moradores e a Usina de Reprocessamento de Lixo. Essas incursões aconteceram com a finalidade de observar, descrever e contextualizar o cenário de estudo.

Os sujeitos do estudo só participaram da entrevista, após serem orientados sobre o objetivo da pesquisa e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Resolução 196/96, CNS), conforme (APÊNDICE E), sendo este, preenchido em duas vias, uma via para o entrevistado e uma para o entrevistador.

O projeto de pesquisa precursor dessa investigação foi submetido ao comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo e ao Núcleo de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, os quais aprovaram a realização da pesquisa, conforme demonstrado no ANEXO 1 e 2. Após a emissão dos termos de aprovação, foram aplicadas as primeiras entrevistas aos profissionais de saúde para

o conhecimento e o detalhamento da realidade local e posteriormente, foram aplicadas aos usuários.

As entrevistas foram realizadas de Fevereiro a Abril de 2006 e cada sujeito foi entrevistado individualmente. Nos primeiros instantes, acontecia a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo o mesmo posteriormente assinado. Em seguida, os objetivos da pesquisa eram explicados e as eventuais dúvidas, esclarecidas. Vale ressaltar que era requerida permissão do entrevistado para a gravação da entrevista, a qual após este momento, prosseguia naturalmente.

Em relação às entrevistas com os usuários, era solicitada; além da autorização para a gravação das entrevistas, a visita no domicílio. Esses procedimentos ocorreram após a identificação dos usuários a serem pesquisados, que ocorreu durante visita no bairro e na unidade de saúde, levando-se em consideração os seguintes critérios: o tempo de moradia no bairro e o cadastro na unidade de saúde da família.

Os encontros foram gravados, transcritos e analisados e os nomes dos entrevistados foram substituídos por referências, como profissionais de saúde e usuários, para se evitar a exposição dos mesmos. Foram entrevistados 18 (dezoito) profissionais de saúde e 23 (vinte e três) usuários.

De posse do material, foi realizada a organização das informações e a transcrição dos depoimentos. Assim, utilizou-se para a análise dos dados, a metodologia de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) segundo Lefèvre e Lefèvre (2005a), que busca dar conta da discursividade; característica própria e indissociável do pensamento coletivo, sendo uma forma ou um expediente destinado a fazer a coletividade falar diretamente.

Lefèvre e Lefèvre (2005a, p. 19) conceituam o DSC como “[...] uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa a tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário”.

Para a construção do DSC elaboraram-se as expressões-chave (ECH) e as idéias centrais (IC), que formaram o arcabouço para a descrição do discurso. Com essa técnica de análise, o pesquisador poderá reconstruir o universo das representações existente no campo pesquisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

Para Lefèvre e Lefèvre (2005b), a entrevista é o melhor método para a coleta de dados, pois a partir dos depoimentos, caracterizados com expressões-chave; e da descrição do sentido do testemunho do sujeito, que são as idéias centrais; é que são realizados os discursos.

As transcrições dos depoimentos foram organizadas em quadros, denominados de Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1) conforme (APÊNDICE C), nesse instrumento estão descritas as expressões-chaves, as idéias centrais e a ancoragem. Após essa etapa, foi construído o Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD 2) conforme (APÊNDICE D), no qual estão discriminadas as expressões-chave e o DSC. Ressalta-se que no IAD 2, são copiadas as ECH do IAD 1, que reforçam as ICs. Vale destacar que, para cada IAD 1, foram construídos vários IAD 2 de acordo com a quantidade de IC identificadas nas ECH (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

O exame da análise da questão 4 consta no (APÊNDICE C), como exemplo de construção do instrumento de análise; contendo os quadros das ECH e das IC, e os quadros dos IAD 1 e das IAD 2; que poderá contribuir, no decorrer da decomposição dos dados, para a clareza do entendimento da metodologia de análise.

Nesta pesquisa, buscou-se demonstrar as condições estruturais da unidade de saúde, bem como o processo de trabalho desenvolvido, e conseqüentemente alguns resultados das ações assistenciais para a comunidade.

Foram considerados neste estudo os indicadores da cobertura da atenção primária de saúde, como: o nível de acesso das mães e crianças à unidade de saúde, pré-natal, cobertura vacinal adequada das crianças em relação às principais doenças infecciosas imunizáveis, morbidade, bem como as ações programáticas referentes aos 07 (sete) eixos da NOAS 01/2001.

Destaca-se que este estudo de caso leva em conta a possibilidade da descoberta, incorporando-se elementos não-previstos, enfatizando a interpretação em um dado contexto, procurando representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vistas presentes.

Esta análise teve como ênfase o processo e o tempo, que estão em constante movimento, sendo por isso, parte de uma realidade em ação. Assim, o processo

iniciado em 1998; de implantação da ESF no município de Vitória, e em particular, no território de Resistência está em confrontação com a realidade do cenário atual.

5 REFERÊNCIAS TEÓRICO-ANALÍTICAS NA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O presente estudo pode ser considerado como uma modalidade de avaliação em saúde, tendo em vista que o tipo de análise proposto focaliza a relação entre uma política social – a ESF – e o contexto na qual a mesma está inserida (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Para Vieira-da-Silva (2005), a utilização da expressão ‘pesquisa de avaliação’, e não simplesmente ‘avaliação’, preserva e enfatiza o pressuposto de que um novo conhecimento será produzido, através de uma investigação que observa as regras científicas mínimas.

É pertinente considerar que a pesquisa de avaliação responde também aos objetivos de verificação de eficácia, eficiência e efetividade, sendo que a demonstração desses objetivos é tarefa da pesquisa.

Atualmente, a avaliação de políticas e programas sociais tornou-se um desafio para pesquisadores e instituições, tendo em vista que a sociedade e os cidadãos estão reivindicando uma relação de transparência e de participação nas decisões referentes a alternativas políticas e programáticas.

A avaliação busca conhecer e acompanhar a efetividade das políticas e dos programas destinados a produzir maior equidade social, sendo uma importante estratégia para acompanhar o comportamento das ações sociais e para realimentar decisões e opções políticas e programáticas (CARVALHO, 1999).

De acordo com Minayo (2005, p. 23), “avaliar significa julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou algo [...]”, ou seja, um processo realizado com procedimentos sistemáticos. A avaliação deve ser inserida no processo de planejamento das ações, tendo o papel de subsidiar a gestão a fim de melhorar o desempenho, avançando como área de interesse no campo das políticas públicas.

A autora conceitua avaliação como:

“A sistemática para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos e fazer uma análise crítica, considerando-se a magnitude da direção da diferença”. (MINAYO, 2005, p. 23).

Assim, pesquisadores da área debatem que a avaliação de programas sociais pode ser compreendida como “[...] um conjunto de atividades técnico-científicas ou operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade ao processo de intervenção em sua implantação, implementação e resultados” (MINAYO, 2005, p. 23).

Pode ser observado nessa afirmação de Minayo (2005), que na avaliação de projetos, podem ser utilizadas metodologias de pesquisa social para investigar de forma sistemática, a efetividade de programas de maneira que se contribua para a melhoria das condições sociais.

Para Carvalho (1999, p. 62), “a avaliação tem como objetivo, a maximização da eficácia dos programas na obtenção da eficiência e na utilização dos recursos”. Aqui, a avaliação assume um caráter instrumental, voltada para a otimização do desempenho e para a utilização dos recursos.

Na definição de Contandriopoulos (apud VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p. 16), “[...] a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão”. No entanto, a autora salienta que nesse conceito proposto por Contandriopoulos, torna-se limitado o campo de avaliação a uma dimensão técnica de ação. Assim, avaliar o processo é tão importante quanto avaliar os resultados.

Para Vieira-da-Silva (2005), faz-se necessária a substituição de ‘intervenção’ por ‘práticas sociais’; achados semelhantes são observados por Carvalho (1999), que afirma: a “avaliação é, em si, um exercício de controle social” [voltada para uma construção coletiva]; sendo assim, é pertinente considerar que a avaliação não é um evento isolado, mas segundo Minayo (2005, p. 24), corresponderia a “[...] um processo em que se integram avaliadores e avaliados em busca do comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições”.

Definir avaliação exige refletir e debruçar-se sobre proposições teóricas diversas que fogem ao objetivo central desta proposta. Entretanto, como instrumento orientador, pode-se reportar à conceituação da Organização Mundial da Saúde citada por Felisberto (2001, p. 22), que define avaliação como “processo permanente,

encaminhado principalmente a corrigir e a melhorar ações com o fim de aumentar a pertinência, eficiência e eficácia das atividades de saúde”.

Campos (2000) e Conill (2002) registram que, estudos sobre a avaliação na atenção básica são extremamente relevantes; as autoras apontam a necessidade de avaliações abrangentes, capazes de entender diferenças, captar mudanças, ainda que sutis e reforçar a importância do recurso nas metodologias qualitativas, análises de implantação e de avaliação de processos e resultados.

Autoras como Hartz e Vieira-da-Silva (2005), afirmam que aspectos relacionados à política de saúde precisam ser analisados para se entender “o porquê” e “o como” as ações se efetivam nos serviços e programas. Estudos que se direcionam no sentido de se avaliar o processo podem obter informações importantes sobre a organização dos sistemas de saúde e suas diretrizes, bem como podem produzir um novo conhecimento sobre a realidade e as práticas sociais.

Hartz et al (2005) destacam que a investigação científica resulta de um permanente ir e vir entre a teoria e o empírico. Ou seja, o objeto da investigação é e não é o real; sendo ele o real, mas não tal e qual ele se apresenta, é o real recortado.

Para Hartz (1999), os estudos de caso têm sido ainda indicados para avaliar inovações programáticas com pouco conhecimento de sua eficácia. Em suma, quando se propõe fazer a análise da implantação de uma política, pode-se considerar um tipo de pesquisa avaliativa a qual permite ao investigador, estudar processos relacionados à operacionalização.

Deslandes (1997, p. 105) registra que:

Um programa ou serviço é entendido como um processo que possui movimento, uma dinâmica própria. É levada em conta a ação dos atores distintos que se aliam e se contrapõem. [...] Avaliar é também decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou o programa envolve.

Segundo Bosi e Uchimura (2007), o conceito de avaliação qualitativa corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas, voltada para uma produção subjetiva, que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e serviços.

Cianciarullo (2002) destaca que o elemento importante para a avaliação; é o cliente, a sua família e a comunidade, os quais necessitam e devem ter o acesso garantido aos serviços oferecidos pelo sistema. Estudos realizados nessa área objetivam identificar as relações entre estruturas, processo e resultados.

Na afirmativa de Cianciarullo (apud PAGANINI, 1993, p. 31), esse tipo de análise é importante para orientar as decisões políticas em relação à organização de sistemas de saúde, visando a alcançar maior eficácia e eficiência.

Donabedian (1980) destaca a eficácia e a efetividade como atributos da qualidade quando se avalia o processo e se analisa a produção de resultados. Nesse sentido, o autor define a eficácia como “a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde”. E efetividade como “o quanto de melhorias possíveis nas condições de saúde é obtido”. Esses atributos podem ser considerados como critérios ao se estabelecer o que será avaliado.

Com a avaliação dos resultados, é possível saber o que ocorre com as pessoas após passarem pelos serviços de saúde. A busca da mensuração desses resultados tem sido através da análise da satisfação dos usuários e dos níveis de saúde/doença das pessoas e da coletividade (MALIK; SCHIESARI, 2002).

Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade.

O autor conceitua *estrutura* como “recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, necessários para a assistência médica, o que inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada”; define *processo* como sendo “todas as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos para análise e que podem ser abordados sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo”; e ainda classifica *resultado* como o “produto final da assistência prestada, considerando a saúde e a satisfação de padrões e de expectativas”.

Baseado nesses referenciais teóricos, considera-se neste estudo, a concepção de Donabedian, fundamentado na teoria dos sistemas,²⁴ tendo como foco as práticas assistenciais e os serviços prestados à comunidade.

²⁴ Desenvolvida para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, considerados uma tríade. (DONABEDIAN, 1980).

Dessa forma, esta pesquisa parte de um olhar sobre a ESF com atenção especial ao desempenho das equipes, à forma como estão sendo desenvolvidas as diretrizes da estratégia, e à obtenção dos resultados em saúde, tanto do ponto de vista da cobertura das ações, como de suas contribuições na saúde da população.

Por conseguinte, esta pesquisa busca contribuir com as evidências empíricas da assistência em saúde a uma comunidade; e para tanto, ela se propõe a examinar a estrutura, processo e resultados dessa assistência.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RESISTÊNCIA

6.1.1 Identificação da organização da Unidade de Saúde da Família

A USF de Resistência apresenta-se com 02 (duas) equipes de saúde da família, atuando em 02 áreas de abrangência. Compõem cada equipe: médico ginecologista, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene dental (THD). Cada equipe é responsável em média, pelo atendimento de 628 famílias.

Quadro 7: Identificação da Unidade de Saúde de Resistência, 2006.

Número da população do bairro	6.254/habitantes
Número de equipes/área	02
Média de famílias cadastradas por equipes	628
Número de famílias cadastradas na ESF	1.256
Número de pessoas cadastradas na ESF	4.713

Fonte: SIAB/SEMUS, 2006.

Foi realizada a observação direta do trabalho das equipes a fim de se verificar o cotidiano desses profissionais, com registro em diário de campo. As impressões foram registradas em momentos posteriores à observação.

As entrevistas com os componentes das equipes e com os usuários do serviço de saúde foram às fontes de evidência mais rica na condução deste estudo. Tais entrevistas ocorreram no período de Fevereiro a Abril de 2006, sendo gravadas e transcritas.

6.1.1.1 Caracterização do perfil dos profissionais de saúde da USF

De acordo com o levantamento das características do perfil profissional dos 10 ACS, 02 são do sexo masculino, a idade média é de 22 anos, e o tempo médio de atuação nas equipes é de 03 anos. Quanto ao processo de formação específica para atuação na ESF, dos 10 (dez) ACS entrevistados, 02 (dois) frequentaram o curso introdutório de saúde da família ofertado pela própria SEMUS. Quanto à escolaridade, verifica-se que dentre os ACS, 07 possuem 2º Grau completo.

Dos 18 profissionais entrevistados; apenas 02 são efetivos, sendo que 07 possuem vínculo celetista, 08 encontram-se em contrato temporário e 01 em cargo comissionado.

Dentre os médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, psicólogos e assistentes sociais, verificaram-se uma média de 06 anos de formação e de exercício profissional.

Quanto ao Curso Introdutório da ESF, nenhum dos profissionais acima citados, no período deste estudo, havia realizado capacitação ou especialização em saúde da família. Porém, o diretor da Unidade apresenta Especialização em Saúde da Família, realizada em Instituição de Ensino Superior particular.

A alta rotatividade de profissionais médicos e enfermeiros impediu que se calculasse a média de tempo de sua atuação nas equipes. O psicólogo e o assistente social apresentam em média 02 anos de atuação na ESF, os demais profissionais apresentam uma média de 03 anos de permanência/atuação na equipe. Destaca-se que o cirurgião-dentista não se apresenta inserido nas atividades da ESF, embora realizem atendimentos à comunidade.

6.1.1.2 Caracterização da estrutura física da unidade de saúde da família em Resistência

Donabedian (1980) desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade,

isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico buscando melhorar a qualidade.

A partir dessa concepção, o entendimento de estrutura, processo e resultado nos serviços de saúde pode determinar os passos iniciais para a qualidade das ações dos profissionais nessa área.

Vale ressaltar que nesta pesquisa, buscou-se demonstrar as condições estruturais da unidade de saúde, bem como o processo de trabalho desenvolvido, e conseqüentemente alguns resultados das ações assistenciais para a comunidade.

Essa unidade de saúde da família está em funcionamento desde 1998. Em 2006, apresenta-se com a estrutura física de 02 (dois) pavimentos, distribuídos da seguinte forma:

1º Pavimento: Recepção, Farmácia, Consultório Odontológico, 02 Banheiros, Sala de coleta de material biológico, Sala de vacina e Expurgo.

2º Pavimento: Copa, Sala para Pré-consulta, Consultório ginecológico, Consultório clínico, Sala para Coordenação e Apoio administrativo.

Ressalta-se que na unidade de saúde não há sala para a realização de curativos. Os usuários acamados ou com dificuldades de acesso à unidade são atendidos no próprio domicílio pelos profissionais de enfermagem. Nos casos de curativos extensos e de maior complexidade, os usuários são encaminhados ao Pronto Atendimento de São Pedro para a realização do procedimento.

Quanto à prática de nebulização, a unidade de saúde também não possui sala adequada. Tal procedimento é realizado na sala de pré-consulta, juntamente com os atendimentos dos usuários que aguardam para se consultar. No entanto, realiza-se em horários previamente estabelecidos aos usuários, em decorrência do limitado espaço físico.

Destaca-se que em função do espaço físico, horários é estabelecido para o usuário utilizar os serviços, limitando assim, o acesso a tais serviços.

Observou-se que o espaço físico da recepção é pequeno, no qual os usuários ficam aguardando para a distribuição das senhas e para o atendimento. Com isso, o local em determinado horário, permanece com um grande número de pessoas, causando desconforto para usuários e profissionais.

Há horário previamente estabelecido para a entrega de exames laboratoriais e a marcação de consultas médicas especializadas para a comunidade. Estas são agendadas através de senhas, limitadas ao máximo de 40 e sem obediência a critérios de atendimento preferencial no sentido de priorizar a atenção à saúde.

Segundo Donabedian (1980), há que se objetivar um resultado na análise das relações entre estrutura e processo; ou seja, deve-se atender aos critérios mínimos, estabelecidos a partir de programas específicos, levando-se em consideração características estruturais como: o número de equipes/recursos humanos existentes e em atividade, a capacitação desses recursos e o número e tipo de instalações disponíveis para o atendimento na unidade de saúde.

Ficou evidenciada no discurso, uma satisfação dos usuários com o atendimento dos profissionais. Entretanto, a estrutura física é motivo de insatisfação por parte da população, havendo a necessidade de melhorias nas condições físicas da unidade para que se ofereça um atendimento mais eficiente.

A unidade é muito pequena, tinha que ter mais espaço para eles trabalharem melhor; nós, os pacientes, temos que aguardar em pé muitas vezes. Mesmo com o espaço pequeno, os profissionais nos atendem muito bem, eles são atenciosos. Frequentemente eles querem fazer mais, mas não podem! A unidade deixa muito a desejar, não pelos funcionários, mas porque o local é pequeno, não atende às necessidades, a sua estrutura é pequena demais para tanto paciente. Aqui a estrutura é ruim, há uma escada perigosa e enquanto estamos aguardando, as crianças brincam nela! É um perigo! Precisamos de outro posto para os profissionais poderem trabalhar melhor! Já foi pior porque antes era num barraquinho, agora é numa casa. Melhorou muito, mas ainda, tem muito que melhorar (USUÁRIOS)

6.2 AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RESISTÊNCIA

6.2.1 Análises das ações de assistência à saúde

Quanto às ações de assistência desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, foi observado o atendimento referente às demandas espontâneas e à demanda organizada.

As ações de demanda espontânea ocorrem da seguinte forma: diariamente, a partir das 07 horas da manhã através da distribuição de um total de 15 senhas. A 'demanda espontânea' também denominada como 'intercorrências' pelos profissionais são atendimentos para usuários que estejam com sintomas e sinais de urgência, necessitando de atendimento imediato.

Também são realizadas as consultas agendadas, denominada 'demanda organizada', esses atendimentos são geralmente programados para o período da tarde e destinados à saúde da criança, saúde da mulher, hipertensos, diabéticos, excetuando-se os usuários em tratamento de hanseníase e tuberculose, que são atendidos no momento em que procuram a unidade.

Quanto ao atendimento realizado na recepção, foi observada uma insatisfação dos usuários referente à distribuição de senha para a marcação das especialidades médicas; pois não há critérios para a definição de prioridades quanto à marcação dessas consultas. Quem não consegue obter a senha precisa retornar no outro dia para uma nova tentativa. Quanto às senhas referentes à demanda espontânea, também houve questionamentos por parte dos usuários, pois caso eles tenham um mal súbito no período da tarde, serão encaminhados para o pronto-atendimento. É o que se revela no discurso dos usuários a seguir.

No postinho tem que pegar senha para ser atendido (intercorrências), às vezes quem não está passando mal consegue atendimento, e quem está ruim volta para casa. Eu pego as intercorrências, eu vou cedo lá e pego a ficha... Às vezes não conseguimos, aqui é o seguinte, temos que ter hora para passar mal, tem que passar de manhã porque se passar mal à tarde, não há senha, você vai direto para a policlínica. Às vezes, conseguimos atendimento à tarde... E se chego com a criança com um febrão, para onde vou? Para o hospital. Sabe, o que mais irrita é que quem está passando mal às vezes não consegue ficar na fila às 7 da manhã para pegar a ficha. Porém quando conseguimos, atendem bem. O atendimento é bom, mas temos que pegar senha. (USUÁRIOS).

A principal constatação foi que a assistência centra-se na consulta médica, reduzindo a capacidade de resposta do serviço à demanda; ou seja, os outros profissionais, sobretudo os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, atuam de forma limitada para os usuários, pois com uma escuta efetiva e ativa poderia facilitar o acesso ao serviço.

Há uma tentativa dos funcionários da recepção de promover "encaixe" para que se realize o atendimento na própria unidade de saúde, porém quando isso não é

possível, encaminha-se para o pronto atendimento de São Pedro, causando em alguns momentos, insatisfação dos usuários e baixa resolutividade das ações dos profissionais.

Para Franco (2004), a organização de serviços capazes de formular e operar “atos assistenciais”, utilizando o conhecimento ou os saberes da clínica, epidemiologia, relações humanas, bem como os saberes acumulados pela experiência de trabalho e de vida, servem para a resolução de problemas de saúde do usuário, significando incorporar a idéia de multicausalidade na produção de problemas de saúde.

Esse autor registra que a potência para a resolução dos problemas de saúde é obra coletiva; sendo assim, os próprios trabalhadores da saúde podem ser dispositivos de mudanças, ao reorganizarem o processo de trabalho para a produção da saúde.

Finalizando, o desafio proposto é que os profissionais de saúde estabeleçam relações entre si e com o usuário, trocando conhecimento e articulando um campo de produção do cuidado, não se isolando no seu núcleo de saber.

Para isso, faz-se necessária a vinculação entre as equipes, a responsabilização e o conhecimento das necessidades dos usuários adscritos no território. Assim, deve-se considerar o tempo de vinculação dos profissionais de saúde com a comunidade, tendo em vista que os profissionais, em sua maioria, apresentam-se com contrato temporário.

6.2.1.1 Atividades desenvolvidas com maior freqüência pelas equipes

Na análise das ações desenvolvidas pelas equipes, pôde-se verificar que as atividades assistenciais, realizadas pelos profissionais de saúde, seguem prioritariamente o estabelecido pelo Ministério da Saúde, através dos eixos da NOAS, sendo eles: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, saúde da criança e saúde da mulher (BRASIL, 2001a). No entanto, apresentam-se implantadas parcialmente, conforme se observa no discurso dos profissionais de saúde:

É realizado o programa da saúde da mulher, os preventivos, porque para eles, fazemos marcação de consulta; as reuniões de planejamento familiar não estão ocorrendo efetivamente, mas nós

liberamos as medicações e os métodos contraceptivos. O que ocorre com mais frequência é o preventivo, pois é a enfermeira que faz, mas sempre faz sozinha. As enfermeiras fazem o preventivo e a demanda espontânea também. A equipe mesmo, organizar-se e fazer junto, não! Também nas reuniões, os pacientes faltam, não participam, pois precisam trabalhar; é difícil fazer educação em saúde. Entretanto, o que funciona é a demanda espontânea e a pediatria, o atendimento às crianças é o que funciona melhor. Hoje, nós não fazemos as gestantes (atendimento das gestantes) adequadamente, porque com equipes desfalcadas é mais difícil. O programa dos diabéticos e hipertensos não têm mais palestras, eles vêm para a consulta só para pegar receita, aqui não são desenvolvidas ações educativas. A única palestra que é feita aqui é a da saúde da mulher, porque se faz no mesmo dia, o agendamento. Mas não existe uma frequência no desenvolvimento de ações educativas, às vezes ocorrem, outras vezes não. (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Verifica-se que as ações de educação em saúde estão associadas ao agendamento das consultas. O que para os usuários não é satisfatório.

Trabalho como ambulante, preciso sair cedo e não posso ficar participando de reuniões, fica difícil, pois nos horários em que há reuniões, eu tenho que cuidar das crianças. Com quem vou deixar? Tenho que levá-las, porém elas não deixam ninguém prestar atenção nas orientações! Então eu não vou... Vou quando preciso mesmo. Não participo de palestra porque trabalho, e ninguém te libera do trabalho para reunião de saúde! Teria que melhorar o jeito de agendar as consultas. Nunca marco consulta nas reuniões porque nunca posso ir! Minha filha vai à reunião, leva meu cartão e marca para mim! Participaria, se fosse ao final da tarde, depois que chego do trabalho, mas a essa hora, o postinho já está fechando... (USUÁRIOS)

No discurso dos usuários se revela a insatisfação quanto à impossibilidade de participação das ações educativas e quanto aos agendamentos de consultas, em função do método utilizado pelos profissionais de saúde para a marcação de consultas à saúde da mulher, no que se refere à marcação de exames de preventivo. Dessa forma, há a necessidade de se rever tais práticas de saúde realizadas na unidade, verificando os impedimentos da comunidade em obter acesso ao atendimento e providenciando mudanças para que se mude esse quadro. As equipes de saúde da família podem, através dos indicadores de saúde planejar suas ações, avaliando seus resultados e considerando os impactos da assistência prestada a esta comunidade.

A fim de se conhecer de forma quantitativa e qualitativa os aspectos da realidade, os indicadores de saúde são formas numéricas ou não, obtidas através dos sistemas de informação, a partir dos dados coletados para mensurar as atividades realizadas ou o grau de risco de um evento ou um agravo à saúde. Dessa forma, pode-se intervir para alcançar metas e objetivos (CARVALHO, 2002).

6.3 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RESISTÊNCIA

Neste estudo foram considerados para a análise os indicadores da cobertura da atenção primária de saúde, como: o nível de acesso das mães e crianças à unidade de saúde, pré-natal, cobertura vacinal adequada das crianças em relação às principais doenças infecciosas imunizáveis, morbidade, acesso dos usuários, bem como as ações programáticas referentes aos eixos estratégicos.

Para a visualização dos dados referentes aos eixos estratégicos da NOAS, o SIAB é um dos sistemas que permite acompanhar a evolução do processo de implantação e implementação da ESF, com vistas a estabelecer o planejamento e as ações de intervenção de saúde na comunidade, assim como a emissão de informações epidemiológicas, possibilitando acompanhar a programação de saúde dirigida ao atendimento individual e coletivo.

Tabela 2: Histórico das hospitalizações em crianças menores de 5 anos do território de Resistência – 2000/2005.

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número de crianças < de 5 anos (*)	514	483	320	186	72	31
Hospitalização em < de 5 anos por pneumonia	10	04	10	06	06	12
Taxa de hospitalização em < de 5 anos por pneumonia	19,46	8,28	31,25	32,26	83,33	387,10
Hospitalização em < de 5 anos por desidratação	03	03	03	-	06	08
Taxa de hospitalização em < de 5 anos por desidratação	5,84	6,21	9,38	0,00	83,33	258,06

(*) os dados descritos acima são referentes ao somatório das crianças menores de 5 anos no decorrer do ano.

Fonte: SIAB/SEMUS, 2006.

Neste estudo, conforme registros do SIAB, verificou-se no período de 2000 a 2005: 01 (um) óbito causado por diarreia em menores de 01 (um) ano; nenhum óbito por

infecção respiratória aguda (IRA) em crianças menores de 01 (um) ano; 11 (onze) óbitos em crianças menores de 01(um) ano por outras causas (SIAB/SEMUS, 2006).

Tabela 3: Histórico dos indicadores de mortalidade infantil do território de Resistência – 2000/2005.

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número de crianças 0 a 11 meses e 29 dias	99	102	90	85	89	87
Óbito menor de 01 ano por outras causas	02	02	02	01	01	03
Óbito menor de 01 ano por diarreia	-	-	-	-	-	01
Óbito menor de 01 ano por Infecção Respiratória Aguda	-	-	-	-	-	-
Óbito em mulheres em idade fértil	02	01	-	-	03	06

Fonte: SIAB/SEMUS, 2006.

A análise das relações entre os processos e os resultados será realizada por meio do exame do processo de assistência, determinados pelos programas estabelecidos, e pela observação dos resultados alcançados pelas equipes, como: visitas domiciliares realizadas, atividades de saúde desenvolvidas com a comunidade, realização de pré-natal, puericultura, bem como números de consultas e serviços oferecidos à comunidade, conforme demonstrado na tabela 04 e no quadro 08.

Os dados relativos aos anos de 1998 e 1999 não foram considerados por pertencerem ao período de implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica; no entanto, os códigos relativos às atividades desenvolvidas pelos profissionais da unidade de saúde da família em Resistência nesse período, eram realizados no seguimento da Unidade de Saúde de São Pedro V, unidade de saúde também localizada na Região de São Pedro (SEMUS, 2006).

Tabela 4: Território de Resistência: Percentual de acompanhamento dos principais agravos/condições pela ESF – 2000/2005.

Agravos/Condição	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	F.A(**)	%	F.A	%								
Gestantes Cadastradas	40	100,00	46	100,00	33	100,00	41	100,00	42	100,00	57	100,00
Gestantes acompanhadas	37	92,50	44	95,65	32	96,97	40	97,56	41	97,62	36	63,16
Gestantes que iniciaram pré-natal no 1º trimestre	28	75,68	34	77,27	28	87,50	32	80,00	34	82,93	32	88,89
Crianças até 01 ano	99	100,00	102	100,00	90	100,00	85	100,00	89	100,00	87	100,00
Crianças até 1 ano com vacinação em dia	82	82,83	87	85,29	87	96,67	81	95,29	88	98,88	83	95,40
Crianças até 1 ano pesadas	79	79,80	87	85,29	80	88,89	79	92,94	87	97,75	74	85,06
Recém-nascidos (*)	93	100,00	101	100,00	58	100,00	72	100,00	91	100,00	92	100,00
Recém-nascidos pesados ao nascer (*)	91	97,85	95	94,06	58	100,00	69	95,83	90	98,90	91	98,91
Diabéticos Cadastrados	48	100,00	70	100,00	75	100,00	72	100,00	88	100,00	98	100,00
Diabéticos Acompanhados	41	85,42	59	84,29	65	86,67	63	87,50	84	95,45	75	76,53
Hipertensos Cadastrados	309	100,00	402	100,00	384	100,00	388	100,00	452	100,00	522	100,00
Hipertensos Acompanhados	246	79,61	314	78,11	329	85,68	332	85,57	391	86,50	365	69,92
Pessoas com tuberculose cadastradas	06	100,00	01	100,00	-	-	-	-	02	100,00	01	100,00
Pessoas com tuberculose acompanhadas	04	66,67	01	100,00	-	-	-	-	02	100,00	01	100,00
Pessoas com hanseníase cadastradas	05	100,00	10	100,00	07	100,00	08	100,00	07	100,00	08	100,00
Pessoas com hanseníase acompanhadas	05	100,00	09	90,00	07	100,00	07	87,50	07	100,00	07	87,50
Total de famílias acompanhadas	1.409	100,00	1.481	100,00	1.320	100,00	1.115	100,00	1.192	100,00	1.085	100,00
Número de visitas por família	1.075	0,76	1.192	0,80	1.362	1,03	1.390	1,25	1.365	1,15	1.144	1,05

(*) os dados descritos tratam do somatório de nascimentos ocorridos anualmente

(**) Freqüência Absoluta

Fonte: SIAB/SEMUS, 2006.

Ficou evidenciado um incremento nos diagnósticos de doenças como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, e também no acompanhamento desses agravos pelas equipes de saúde da família, conforme dados da tabela 4.

Vale destacar que o SIAB carece de uma revisão e de uma adaptação à ESF, de forma a permitir uma avaliação que abranja não só a produtividade dos profissionais no aspecto quantitativo e restrito à área assistencial, mas que abrace também a área de promoção da saúde, o desempenho qualitativo e o impacto da estratégia. O atual sistema de coleta e análise de dados pode levar a conclusões não-condizentes com

a realidade e assim, não deixar transparecer os problemas que afetam diretamente o bom funcionamento da ESF.

As equipes de saúde da família utilizam-se do SIAB, um impresso de relatório de produção e de marcadores para avaliação, cujo modelo se encontra no Anexo 3. Nesta pesquisa ficou evidenciada a necessidade de capacitação permanente quanto aos registros de sistemas.

Ressalta-se de imediato, o fato desse relatório destinar-se ao registro quantitativo de várias atividades, quase todas relacionadas ao atendimento e aos procedimentos clínicos. Os poucos itens que não fazem parte da área clínica também são preenchidos com valores numéricos. Sendo um relatório válido para a área assistencial, deixa dúvidas quanto à sua utilidade como um instrumento base para a avaliação de uma estratégia que tem a promoção da saúde e a prevenção de doenças como duas áreas de destaque.

Trata-se de um relatório que serve para avaliar a produção dos integrantes das equipes, porém não se sabe se a única preocupação dos profissionais se restringe às atividades do referido documento. Considerando que o relatório da produção é avaliado apenas pela quantidade de atividades realizadas, a qualidade da prestação do cuidado pode ser negligenciada.

É importante ressaltar que além do relatório do SIAB, as equipes devem preencher o Boletim Único de Produtividade, instrumento de produção da Secretaria Municipal de Saúde.

O quadro a seguir, demonstra a produção dos profissionais das equipes. Tais dados foram coletados do BUP, no qual foram registrados os atendimentos desenvolvidos pelos profissionais da USF no período de 2000 a 2005.

Quadro 8: Quantidade de Atendimentos ambulatoriais realizados na USF de Resistência no período de 2000 a 2005.

Especialidades	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Medicina da ESF	11.150	8.032	9.675	6.846	5.557	5.637
Odontologia	519	4.727	5.655	4.639	4.139	6.436
Enfermeiro PACS/ESF	1.748	2.873	548	327	636	1.541
Psicologia	-	62	587	512	697	671
Serviço Social	257	-	-	-	172	635
Médico (ginecologia, pediatria e clínico geral).	-	-	-	113	164	661
Agente Comunitário de Saúde	11.944	10.124	2.524	2.791	344	536
Profissionais de nível médio	13.495	23.709	20.598	22.173	27.395	21.382

Fonte: GRCA/BUP/SEMUS, 2006.

Dentre as ações desenvolvidas, foram relatadas consultas médicas e de enfermagem, bem como nebulizações, dispensação de medicamentos, administração de medicamentos, coleta de preventivos, coleta de exames laboratoriais, visitas domiciliares e vacinação.

Segundo Rocha (2000), a equipe de saúde da família, ainda é vista como sendo equipe médica, no entanto os trabalhadores de nível superior defendem a construção de uma equipe multiprofissional e referem ainda a dificuldade em constituí-la por sentirem falta de espaço dos 'não-médicos' para exercício de suas funções.

Em relação ao número de atendimentos realizados pelos profissionais das equipes, como enfermeiro, psicólogo e assistente social, foi citada a escassez de consultórios para atendimento individual e também, o fato de que alguns profissionais ainda não estão capacitados para atuar na ESF:

Bom, precisaria melhorar o espaço físico para a gente atender, porque aqui não há espaço. Aqui tem dois consultórios; então, o enfermeiro, psicólogo, assistente social, médicos de apoio e mais

outros que vierem, não tem espaço para atender. A falta de estrutura dificulta o atendimento integral, tem que ocorrer uma mudança, mudança mesmo, mudar... Tem que vir profissionais que já trabalharam no PSF para completar as equipes sem profissionais. Às vezes, a gente vê que o profissional não tem jeito para trabalhar com PSF, não se envolve com os problemas da comunidade, acha que é só atender e pronto. De imediato, é isso! A Falta de funcionários, a estrutura física. É complicado dizer... Tem uma microárea que já tem 01 (um) ano sem agente de saúde, e para fazer busca ativa é complicado... (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Donabedian (1980) desenvolveu um conceito fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, conceituando estrutura como uma característica estável da assistência de saúde, referindo-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para essa assistência, bem como disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

Nessa direção, faz-se necessário buscar estabilidade assistencial a fim de que se obtenha uma estrutura mais adequada, aumentando a possibilidade de melhoria na qualidade da assistência prestada à comunidade.

Quanto à percepção dos usuários, ocorreu melhora significativa nos atendimentos. Os profissionais de saúde foram avaliados positivamente pelos sujeitos do estudo, apesar de nos discursos, apontarem distorções em seu processo de trabalho.

A equipe do postinho é boa, eles ficam em cima, o agente de saúde vem em casa e fica procurando saber como está, se preciso de atendimento. Tínhamos que ter mais médicos, o médico aqui faz tudo! Porque ele é nosso clínico geral, atende as crianças, e é ginecologista, nosso tudo. A enfermeira faz tudo, atende a gente em casa, faz reunião, preventivo... Quando começou, não gostava de fazer com enfermeira, mas agora já acostumei, elas atendem bem! Não posso reclamar do postinho! O atendimento é bom! O problema é que eu não posso escolher o médico que vai me atender! Porque ele não é da minha área! Eles atendem bem! Eles querem atender melhor, mas não tem onde atender. Às vezes eles vão a casa. Isso é bom. Mas melhorou, antigamente ninguém se importava com a saúde da gente, agora temos a caminhada com os estagiários da FAESA, com os agentes. O atendimento podia ser melhor! Não tínhamos que pegar ficha, quem está doente não consegue vir cedo buscar ficha! Sempre pode melhorar... Ter mais profissionais (USUÁRIOS)

No discurso acima ficou evidenciado a insatisfação do usuário quanto à impossibilidade de “não poder escolher” o médico ou profissional que irá realizar o

atendimento. Tendo em vista que na ESF o processo de organização do território realiza cadastramento das famílias para uma determinada área de abrangência sob a responsabilidade das equipes.

Considerando que no processo de territorialização e adscrição de clientela trabalha-se com o cadastramento e acompanhamento da população adscrita e que o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe varia de 3.000 a 4.000 pessoas entende-se que para cada equipe há um número de pessoas cadastradas em uma determinada área atendida por uma equipe. Esta equipe deverá conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável.

Entretanto, os usuários são encaminhados para a equipe responsável por cada área correspondente a “sua equipe”, não sendo a equipe ou “médico” que preferencialmente o usuário aspira ser atendido.

Ressalta-se que a delimitação de áreas e microáreas²⁵ de atuação, essencial para implantação e avaliação da ESF é, em geral, realizada no quantitativo de população, sem considerar a dinâmica social e política, inerente ao território (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Considera-se neste estudo a importância de entender a territorialização para além da contagem das pessoas e dos problemas podendo ter como bases as potencialidades da comunidade. Uma nova concepção de território deve respeitar o espaço construído pelas comunidades, privilegiando antes de tudo sua formação histórica, seus perfis demográficos, suas características de formação de grupos, para só então refletir suas características de fragilidade no campo da saúde de forma mais particular (DORNELAS, 2007). É um processo, enfim que nunca estará acabado e deve ter como agentes principais os membros das comunidades.

Estudos de Souza & Carvalho (2003) mostraram que a satisfação da população com os serviços de saúde incentiva seu comprometimento com as atividades propostas pelas equipes, sendo essa condição, primordial para a melhoria da saúde de uma comunidade.

²⁵ O território, definido em cada área, onde estão situadas as famílias cadastradas por essas equipes é subdividido em micro-áreas. O número de micro-áreas corresponde a subdivisões do universo populacional, de forma a garantir, na metodologia de trabalho, a vinculação dos agentes comunitários. Em média, um ACS é designado para o acompanhamento de até 750 pessoas (BRASIL, 2006a).

Na percepção dos profissionais das equipes, os usuários apresentam dificuldades no entendimento quanto à sua forma de atendimento.

O grande problema é que a população não está acostumada com um profissional que atende a toda a sua família (todo mundo: das crianças até o idoso). Ele quer pediatra para o filho, quer clínico para o adulto, ginecologista para problemas ginecológicos e pré-natal. Apresentam resistência em fazer pré-natal com enfermeira e com clínico. Eles reclamam que suas crianças estão sendo atendidas por clínico e enfermeiro. Como resolver isso? Eles não entendem a proposta do PSF. Com o tempo, eles vão entender a proposta do PSF! Precisa-se divulgar mais o PSF, sua proposta, falar mais do SUS e do PSF. Explicar para a comunidade a sua importância para a família. Eles não sabem o que é PSF. Tínhamos que falar mais sobre isso. Eles querem continuar vindo ao posto apenas em caso de doença (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Achados semelhantes a esse, são encontrados no estudo de D'Aguiar (2001), quanto à relação da comunidade com o médico generalista e a equipe de saúde da família; pois a comunidade apresenta dificuldade em entender que um mesmo médico seja capaz de atender crianças e adultos; homens e mulheres; diabéticos, hipertensos, gestantes, assim como sente dificuldade em compreender a proposta da ESF; dificultando assim, a obtenção do atendimento às suas expectativas.

Quanto à satisfação dos usuários em relação ao serviço de saúde, do mesmo modo que neste estudo; Sousa (2001) mostra que a satisfação da população com o atendimento das equipes melhorou, no entanto a demora no atendimento foi o motivo mais alegado de insatisfação.

Vale destacar que a ESF em sua proposta de reorganização, estabelece várias formas de acesso aos serviços de saúde; porém a acessibilidade ainda se encontra comprometida, gerando a insatisfação dos usuários no que se refere ao tempo e à forma de agendamento das consultas.

No decorrer desta pesquisa, observou-se que nos consultórios, ficam concentradas as atividades de atendimento médico referente às demandas organizadas e espontâneas. Saliencia-se que as equipes limitam-se aos 07 (sete) eixos da NOAS, impedindo assim, o desenvolvimento de ações mais criativas e resolutivas.

Os médicos realizam, na maioria das vezes, consultas de demanda espontânea, consultas de grupos de hipertensos e diabéticos, consultas de pré-natal, puericultura e esporadicamente, visitas domiciliares.

D' Ávila (2002) identificou em seu estudo, que a forte determinação sobre os mínimos assistenciais obrigatórios, pode causar para o processo de trabalho, distorções quanto à real necessidade da comunidade.

Em relação ao atendimento de saúde bucal, no momento da investigação, ainda não havia integração com as equipes de Saúde da Família, não sendo referenciada com frequência pelos profissionais e usuários. Os profissionais entrevistados registram em depoimento, que a odontologia realiza atendimentos específicos de sua área, mantendo pouca interação com as equipes de saúde da família.

Nós quase não vemos o pessoal da odontologia, eles ficam sempre no consultório atendendo os usuários, eles não ficam diretamente em contato conosco. Nós, agentes de saúde, fazemos contato com eles quando há algum agendamento, ou quando tem algumas atividades com a comunidade, junto com a equipe de saúde bucal. A enfermagem, quando tem algum usuário com a pressão muito alta, a gente os avisa, mas quase não interagimos... Eles desenvolvem algumas atividades nas escolas do bairro, mas não participamos juntos. Não interagimos com a odontologia. Às vezes nós encontramos com eles. O consultório está sempre com a porta fechada e com paciente dentro. Quase não os vemos. (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Na ESF as ações são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade.

Vale destacar que o trabalho em equipe implica o compartilhar do planejamento, a cooperação e colaboração, esta interação entre os profissionais de saúde abre a possibilidade do “novo” trabalho, “novas práticas”.

Neste estudo ficou evidenciada a necessidade de potencializar o trabalho em equipe, de forma que as atividades sejam compartilhadas e planejadas, conforme outros atores são inseridos no processo deve-se a cada momento integrar as ações e desenvolver em equipe de fato o planejamento em saúde.

Quanto às atividades assistenciais realizadas pelas enfermeiras, são atividades de demanda programada, isto é, agendadas previamente; como preventivo, visitas domiciliares e grupos educativos, não sendo realizado agendamento de pré-natal de baixo risco e puericultura, devido à dificuldade de se ter consultório disponível para atendimentos individual sistematizados.

Cada profissional tem sua agenda. Os enfermeiros só atendem preventivos quando tem consultório disponível; o único dia é na terça-feira, o enfermeiro é um faz-tudo, em qualquer lugar, ele está ali. Os médicos atendem aos hipertensos e aos diabéticos, que necessitam mais. Para o atendimento de pré-natal não abrimos a agenda todos os meses por causa da falta de consultório. Algumas gestantes de alto risco são encaminhadas para o centro de referência. Os médicos participam muito pouco de reuniões educativas. Para atendimento de preventivo, os usuários procuram muito, nossa última reunião foi no mês passado, agora vamos abrir outra no mês que vem, porque com este agendamento lotou a agenda. Aqui, quem colhe preventivo são as enfermeiras, elas agendam. Muitas vezes; nós, os médicos, atendemos pré-natal, puericultura, intercorrências. A dificuldade em agendar mais é por causa da falta de consultório (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Além disso, as enfermeiras desenvolvem atividades burocráticas e administrativas, como o preenchimento de formulários e a supervisão dos setores de auxiliares, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Quanto às ações dos ACS, estes desempenham atividades de cadastramento de famílias, visitas domiciliares, organização e atualização de fichas de cadastro, identificação de família que necessite do atendimento domiciliar, busca ativa às gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos, usuários em tratamento de hanseníase e tuberculose, bem como o acompanhamento desses usuários.

Ficou evidenciado que o fato de acompanharem grupos de riscos – focando o modelo biomédico – deixa um vácuo no desenvolvimento de atividades de promoção da qualidade de saúde, resultando num baixo grau de engajamento nas demandas da população em relação às condições gerais de vida.

A figura do agente comunitário de saúde é referida também como porta de entrada para o sistema, pois os usuários relataram que, quando necessitam, procuram os ACS para a resolução de suas necessidades.

Minha mãe é acamada e precisa freqüentemente de visitas, sempre que preciso, converso com o agente de saúde e ele agenda para mim a visita da enfermeira. Quando tenho alguma dificuldade, procuro o agente da minha área e ele me ajuda. Procuramos a nossa agente para ficar sabendo sobre a marcação das especialidades, eles (ACS) sempre estão nos orientando. Quem mais visita minha casa são os agentes de saúde. O agente de saúde vem aqui falar da dengue. Quando há campanha de vacinação, o agente nos avisa! Eu telefono para o agente e quando não encontro, vou até o posto de saúde. Quando tenho um problema no fim de semana ligo para o agente (USUÁRIOS).

O Ministério da Saúde aponta como uma das funções do agente comunitário de saúde, a orientação das famílias quanto à utilização dos serviços disponíveis, pois por residir na comunidade, está mais próximo da realidade das famílias, conhece de forma mais concreta suas necessidades e pode facilitar o vínculo entre a comunidade e a equipe (BRASIL, 2001a).

Ao se tratar da visão dos usuários quanto à ESF, destacou-se que o membro da equipe mais citado foi o agente comunitário de saúde, o qual Sousa (2002, p.13), identifica como:

O elemento central para fomentar movimentos sociais por melhores condições de vida (moradia, transporte, educação, lazer, acesso aos serviços de saúde), pelo sentimento único de pertencer àquela comunidade.

No que se refere às atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem nas equipes de saúde da família, pode se dizer que esses continuam reiterando o modelo de atenção curativa, tendo em vista que suas atividades cotidianas são aplicações de injeções, procedimentos de nebulização, verificação de pressão arterial e exame de glicemia capilar, atendimento na sala de vacinação e agendamento de consultas e exames.

As visitas domiciliares realizadas por esses profissionais são esporádicas, não havendo freqüência sistematizada para a realização das mesmas. Quanto à participação em grupos de educação em saúde, esses profissionais não estão envolvidos em tal atividade.

Em relação aos procedimentos desempenhados por esses profissionais nas equipes, sabe-se que são atividades específicas, que devem ser desenvolvidas no seu dia-a-dia, a saber: realizar procedimentos de enfermagem dentro de sua competência técnica, bem como ações coletivas e individuais de promoção, prevenção e proteção da saúde em sua área de abrangência. Essas atividades devem ser desenvolvidas na unidade de saúde e quando necessário, no domicílio do usuário.

No entanto, acredita-se que a dinâmica no processo de trabalho dessa categoria, com muitas ações a serem executadas, tem privilegiado a sua permanência dentro da unidade de saúde; e a sua figura como membro da equipe, tem-se diluído nas

atividades administrativo-assistenciais conforme ficou evidenciado no discurso a seguir:

Nós fazemos de tudo. Quem mais faz visitas domiciliares são os agentes de saúde, isso porque nós atendemos mais às demandas espontâneas. Também atendemos demanda organizada, mas toda hora chega gente para ser atendido e às vezes, priorizamos esse atendimento em detrimento das visitas e ações de grupos. Quase não saímos para visitas, o PSF mesmo está deixando muito a desejar. Na verdade, ficamos muito presos na unidade temos muitas dificuldades. Os auxiliares de enfermagem não podem sair para visitas domiciliares, pois temos que cobrir setores. Estamos sempre presos na recepção, na farmácia, na vacina..., por demandas na unidade. Acho que a unidade tinha que ter diarista, pois o auxiliar não pode sair de lá. A gente podia estar fazendo atividades de PSF e só ficamos no setor. Eles só ficam no setor, não visitam. Teria que ter profissionais fixos nos setores. Como ter vínculo, se não há visita? Atividades fora da unidade mesmo, nenhuma! A ação que a equipe mais realiza é a demanda espontânea... (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Fica claro nos discursos dos profissionais, que as ações relacionadas às diretrizes da ESF não estão fortalecidas e implementadas de forma sistematizada.

A maior dificuldade é que na unidade a gente atende a tanta demanda espontânea que não conseguimos fazer outra coisa. Fazemos de tudo e o que temos que fazer de fato, não fazemos (promoção e prevenção), você acaba deixando de fazer o PSF... Você atende agora! A todo o momento, chega paciente passando mal, às vezes falta profissional e tudo que estava planejado, como uma visita domiciliar, fica para depois e temos que ir para consultório atender a demanda, os setores estão sempre com gente para atender o tempo todo, não conseguimos sair da unidade. Já deixei de fazer visitas para ficar na unidade atendendo. Assim, acaba não dando tempo de fazer a prevenção e a vigilância em saúde (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), a Estratégia de Saúde da Família organiza e diminui a demanda espontânea, à medida que os problemas coletivos vão sendo identificados e que uma abordagem coletiva é colocada em prática. Ao contrário do que se espera, a ESF na unidade de Saúde em Resistência, apresenta-se com uma grande demanda espontânea, a qual é vista pelas equipes de saúde como um dificultador para o desenvolvimento da estratégia, pois as equipes não vislumbram nessa demanda, as necessidades de saúde da população.

Apesar de a ESF ser uma tentativa de inversão do modelo de assistência vigente, não se consegue superar o modelo de assistência sustentado na atenção à livre demanda; ele é curativo, individual, oneroso e pouco resolutivo frente aos reais problemas de saúde da população. Ficou evidenciado também, que a demanda espontânea do usuário mostra-se como indutora das atividades realizadas pelas equipes.

Vale ressaltar que o modelo proposto pela ESF não é o modelo assistencial hegemônico, no entanto esta estratégia por si só não garante a modificação deste modelo. Porém, partindo de uma organização com base na demanda espontânea, há um fortalecimento do modelo curativo. O excesso da procura leva a uma sobrecarga dos membros das equipes; os quais se dedicam quase somente à resolução de problemas de ordem assistencial e, mesmo assim, com uma qualidade aquém do nível que os próprios profissionais desejam.

Sabe-se que a ESF não pode ter a pretensão de resolver todos os problemas que afetam a comunidade, tanto que grande parte deles concerne a outros setores, e a estratégia não tem capacidade, nem meios para resolvê-los; todavia, uma vez constatados, devem ser registrados e encaminhados para as instâncias devidas.

No entanto, Merhy (2004) registra a necessidade de se esgotar todos os recursos assistenciais disponíveis na unidade básica.

Verificou-se da mesma forma que as divergências de interesses entre trabalhadores e dirigentes nascem da contradição do que é proposto como modelo de assistência à saúde e do que realmente se estabelece na realidade das unidades.

O PSF é lindo, no papel. O nível central segue portarias, segue o que é pactuado, mas aqui na ponta, é diferente! A nossa realidade tem como espelho a miséria, a necessidade de emprego, de dignidade, de moradia; a violência. Temos famílias aqui estruturadas e não-estruturadas, com necessidades variadas... Até que ponto nós, profissionais de saúde, podemos intervir nisso? Às vezes temos a sensação de que não será resolvido... Está se fazendo mais saúde curativa do que preventiva. Eles (usuários) querem ser atendidos agora... Atendidos rápido. Isso poderia mudar se tivesse um médico somente para a demanda espontânea apenas em casos de urgência. A comunidade não quer saber de reunião educativa, eles nos procuram quando já estão doentes. Os usuários precisam trabalhar ou procurar emprego (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

O discurso acima revela a realidade da comunidade e suas interferências no processo de trabalho dos profissionais, bem como as possíveis contradições entre o nível local e o nível central, verifica-se aqui um momento de “impotência” por parte dos profissionais no que se refere a ações maiores de intervenção e resolutividade no cotidiano da comunidade.

E fica evidenciado que apesar de ser um dos objetivos da ESF, organizar a demanda, na unidade de saúde em Resistência isso se destaca como um problema. Pois, a forma como está organizado o processo de trabalho das equipes reforça um modelo centrado em ações curativas e ineficazes.

A grande demanda espontânea citada pelos profissionais da ESF pode estar relacionada às condições sócio-sanitárias da comunidade, ao número de famílias assistidas, à quantidade de famílias por equipes, bem como à qualidade dos serviços das equipes de saúde da família. O discurso acima descrito reforça uma dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer a demanda espontânea como um “problema” de toda a equipe, a qual deverá buscar soluções para atender a comunidade.

Portanto, um estudo feito através de uma análise minuciosa e sistemática sobre as causas dessa demanda, poderá revelar situações precárias e apontar caminhos que venham contribuir para a identificação das reais necessidades da população. Tais necessidades, ainda não foram diagnosticadas, fazendo-se urgente uma intervenção a fim de se criar uma programação de atividades voltadas para o enfrentamento dos problemas constatados.

Assim, é imprescindível que se realize uma discussão com a comunidade, um amplo debate entre os membros da equipe e uma análise destes sobre o seu processo de trabalho e a forma como as ações de saúde estão sendo desenvolvidas nesse território.

Segundo D’Aguiar (2001), essa dinâmica pode ser muito produtiva, facilitando o envolvimento da comunidade na discussão dos problemas que a afeta e contribuindo para que a população passe a vislumbrar na equipe, uma atuação de acordo com as suas aspirações. No entanto, para isso o profissional deve quebrar a rigidez da sua postura baseada no seu saber científico, tornando-se mais flexível e capaz de utilizar o saber popular baseado na experiência cotidiana.

Corroborando Vasconcellos (1999), pode-se afirmar que o desafio da ESF é mostrar a sua capacidade de integração com os serviços locais de saúde bem-estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação. Torna-se importante organizar a demanda e redefinir o modelo de atenção, ações essas, cruciais para conferir uma maior resolubilidade aos problemas de saúde de sua população.

Evidencia-se, portanto, que o desenvolvimento das atividades assistenciais das equipes de saúde da família caracteriza-se pela realização de inúmeras ações e pela excessiva divisão de trabalho. As equipes prestam assistência por meio das atividades propostas pela NOAS/02, e por atividades já existentes anteriormente em programas distintos do Ministério da Saúde, e agora, inseridos e condensados na ESF.

O processo de trabalho é organizado pelos profissionais de forma fragmentada e isolada, sem sistematização da assistência. Os trabalhadores disponibilizam-se a atuarem e demonstram interesse nas atividades que desenvolvem, porém a demanda da comunidade pela assistência de saúde tradicional é intensa, sendo ainda reforçada pela forma de organização do processo de trabalho dessas equipes.

Autores como Merhy (2005) e Capozzolo (2003) destacam que o processo de trabalho em saúde não se enquadra totalmente em programas, não podendo ser plenamente controlado por lógicas gerenciais, visto que é um 'trabalho vivo, realizado em 'ato'. Declaram também que esses trabalhadores em seu cotidiano possuem autonomia e um grau de liberdade no modo de produzir atos de saúde, decorrentes da relação que estabelecem com o usuário. Assim, esse trabalho em ação está sempre em processo de construção.

É importante salientar que o profissional da saúde da família encontra-se em um espaço de conflito, no qual há contradição entre a proposta da ESF e a busca dos usuários no serviço de saúde: sendo possível observar, a partir dos relatos, que a concepção curativa ainda prevalece na cultura dos usuários e de seus familiares, ou seja, o buscar atendimento é citado apenas quando o agravo já está instalado.

Não vou muito ao médico, só vou mesmo quando a coisa está feia. Quando a gente passa mal ou vê algum problema quer marcar uma consulta. Não vamos ao médico quando não temos nada. Procuo o postinho quando estou passando mal ou quando a pressão está alta. Se tiver saúde, por que preciso ir ao médico? Levo a criança quando preciso de remédio para dor de barriga, febre ou para fazer nebulização. Quando não consigo médico aqui, levo ao hospital. Só

tenho tempo para ir ao médico quando preciso, quando fico doente. Sempre fumei e bebi, não é agora que vou parar (USUÁRIOS).

Segundo os discursos dos usuários, a concepção da promoção da saúde e prevenção de doenças não se apresenta como prioridade para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Mendes (1998) salienta que para que o SUS possa se firmar como espaço de saúde, é necessária a transformação da concepção de saúde-doença, na qual se privilegia a doença e a morte; para uma valorização de ações vinculadas à qualidade de vida da população. Essa não é uma tarefa fácil, visto que o modo de pensar dos usuários e de fazer dos profissionais de saúde tem raízes profundas no modelo biomédico.

Nos depoimentos dos usuários participantes desta pesquisa, ficou claro que a busca pelo atendimento não condiz com o preconizado pelo Ministério da Saúde e que na prática, a oferta e a disponibilidade de fichas para o atendimento na unidade estão diretamente associadas ao atendimento médico.

Aqui no postinho, quem precisa agendar consulta mesmo não consegue, tem gente que vive no postinho, sempre está lá. Toda vez que preciso agendar consulta demora muito; ou quando consigo gostaria de ser atendido por outro médico e não posso, a recepção diz que o médico da minha área é outro, então eu prefiro vir na demanda espontânea no dia dele e aí eu consigo. No meu trabalho não posso ser liberada para tratar da minha hipertensão, por isso eu vou levando. Nunca estou em casa, pois tenho que trabalhar. Quando a pressão fica elevada eu vou cedo à unidade e consigo ser atendida. A unidade nos atende bem, os ACS e as enfermeiras vão à casa da gente, eles nos orientam. Isso é muito bom! Antigamente, ninguém queria saber se estávamos morrendo ou com saúde. Hoje, quando preciso, marco a consulta; demora, mas a gente tem acesso ao médico, à enfermeira e a outros profissionais que antigamente a gente nem sabia que existia (USUÁRIOS).

A ESF busca o experimentar de um novo fazer saúde, ou seja, sua proposta introduz tecnologias novas para o enfrentamento dos problemas, que devem ser assimiladas tanto pelos usuários quanto pelos profissionais de saúde.

Verifica-se no discurso a necessidade de se ter a liberdade de escolha para o atendimento profissional, revelando que o usuário busca estratégias para ser atendido pelo profissional de saúde de maior vínculo.

Para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde, reconheçam que assim como as atividades de assistência desenvolvidas pela ESF, igualmente importantes são as de planejamento, como: identificar, conhecer e analisar a realidade local, propondo ações capazes de nela interferir.

Essa necessidade é citada por Machado (2002) e Silva (2005b), quanto à importância de pensar saúde a partir da exigência local. Desse modo, conhecer a realidade das famílias e intervir de forma preventiva aos agravos é primordial para o bom desempenho das equipes de saúde da família no processo de trabalho e para a satisfação dos usuários.

Os usuários entrevistados moram no bairro há em média, 20 anos e utilizam os serviços da unidade de saúde faz 08 anos. Segundo os relatos, ficou evidenciada a manifestação de um desconhecimento das diretrizes da ESF e das ações das equipes de saúde da família.

O PSF faz atendimento no bairro, os agentes comunitários de saúde passam nas casas, com bom atendimento. Antigamente, o postinho era um barraquinho que era bem pior. Hoje, mesmo sendo pequena, a unidade melhorou, mas precisa melhorar ainda mais. Não sei como o PSF chegou aqui, não sei o que é o PSF. O que eu vejo é o agente comunitário passando nas casas das pessoas, visitando. Porém não sei o que eles fazem. Sei que o postinho atende à comunidade, mas não sei o que é isso. Os agentes de saúde vão às casas das pessoas que precisam e dos acamados, e tiram algumas dúvidas que a gente tem. Uso a unidade de saúde desde quando inaugurou, e o que vejo é um entra e sai de profissional, quando a gente acostuma com eles já está na hora deles irem embora. Aqui em casa já vieram médicos e enfermeiras, eles são atenciosos. Quando eu ia imaginar que um profissional desse iria vir aqui em casa? Nunca! (USUÁRIOS).

Ficou evidenciada nos discursos dos usuários, que a criação do “postinho” facilitou o acesso à assistência à saúde a partir da implantação da unidade no território, e que eles reconhecem a ESF pelas atividades de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde; em especial, os agentes comunitários de saúde.

Segundo Cotta (2007), é por meio da visita domiciliar que o profissional de saúde poderá: avaliar as condições sócio-ambientais e de moradia nas quais vive o indivíduo e sua família, realizar a busca ativa e planejar e executar as medidas assistenciais adequadas.

Embora a visita domiciliar deva ser realizada por todos os integrantes da ESF, observou-se que de acordo com os usuários entrevistados, os ACS são os maiores responsáveis pelo acompanhamento domiciliar, realizando uma interlocução com os demais integrantes da equipe de saúde da família.

De fato, os profissionais de saúde da unidade de Resistência estão revendo essa prática no cotidiano dos serviços. No entanto, destaca-se que a falta de estrutura, de capacitação dos profissionais e de entendimento da população sobre essa nova proposta de exercer a saúde pública, torna-se um dificultador para a reversão do modelo assistencial. Soma-se a isso, o fato de que a maioria da população só procura a unidade nos momentos de urgência e para fins medicamentosos exclusivamente, ou seja, demanda livre reprimida.

Assim, com os profissionais entrevistados verificaram-se dificuldades para a operacionalização do que está proposto para o sistema e para a ESF.

Se conseguíssemos fazer PSF seria muito bom, se a gente seguisse exatamente as diretrizes do PSF como a integralidade, intersetorialidade, universalidade, tudo isso seria uma maravilha. Mas na prática, é outra coisa! Se chegar aqui uma pessoa que não é cadastrada, temos que encaminhá-la, como pode isso? Aonde está a universalidade? As famílias muitas vezes, não têm nem o que comer. Como podemos orientá-las a se alimentar melhor? Muitos não tem emprego. É utopia pensar que o PSF vai resolver os problemas de saúde. É preciso fazer valer a doutrina do SUS; vejo o usuário como um todo, mas quando encaminho, não tenho o retorno do que aconteceu com ele (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Vieira et al (2004) destacam em seu estudo, que no momento em que as equipes responsáveis pelas ações de saúde e os gestores trabalharem em conjunto, democratizando as soluções, haverá mudanças no campo operativo da ESF, dando qualidade de atendimento ao usuário e condições de trabalho ao profissional. Tais achados vão ao encontro dos resultados desta pesquisa.

Fonseca (2003) registra que o modelo assistencial para ser resolutivo precisa fortalecer serviços de referência e contra-referência de forma efetiva, sendo importante a comunicação e a interação entre esses serviços a fim de se eliminarem as barreiras existentes no encaminhamento e no retorno dos usuários.

No estudo de Vieira et al (2004), os autores constataram a necessidade de mudanças estruturais na ESF, pois a prática não condiz com a teoria, ressaltando a importância da ação dos gestores em: solidificar vínculo contratual, estreitar suas relações com os profissionais de saúde que atuam nas equipes, bem como melhorar os serviços de referências.

Na unidade de saúde em Resistência, a alta rotatividade dos profissionais de saúde é um fator que prejudica a longitudinalidade das equipes com a comunidade, a continuidade e o fortalecimento das ações da ESF desenvolvidas para o território, bem como a divulgação dessa proposta inovadora para a população.

Para os profissionais de saúde que atuam na ESF, torna-se um desafio rever suas práticas diante do novo paradigma, tendo em vista que essa estratégia não é uma proposta paralela na organização dos serviços de saúde e, sim, uma estratégia de substituição e reestruturação desse modelo.

Por isso, é fundamental que o município busque o fortalecimento da atenção básica a partir das melhorias na estrutura da ESF, propondo investimento nesse nível de atenção a fim de possibilitar a sua organização e o seu adequado funcionamento.

6.3.1 Reuniões de equipes e planejamento das ações de saúde

Nesta pesquisa, ficou evidenciado que as equipes não realizam reuniões sistemáticas, nem o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Observa-se que as ações são desarticuladas, não apresentando um planejamento por parte das equipes.

Nós não planejamos! Mas podia mudar alguma coisa. Para fechar a produção dos agentes comunitários, fazemos reunião. Mas é distante da realidade. Nós não fechamos o relatório com a participação de todos da equipe... Somente com os agentes de saúde, com as enfermeiras, sendo que às vezes eles apenas entregam os dados, não discutem os casos e alguns casos teriam que ser discutidos. No início, só se recolhia a produção dos agentes, depois que se começou a receber também a produção dos auxiliares. Aqui, os auxiliares não fazem relatório do SIAB, eu não faço a ficha D porque ela é usada mais na pré-consulta e nos relatórios das visitas... Cada um fecha o seu relatório. A equipe não se reúne para fechar o SIAB. Nunca discutimos os casos. Nós não usamos dados do SIAB para organizar o próximo mês. Não em equipe! A equipe não se reúne

para fechar o SIAB porque não dá tempo, não há como fazer... Nós não planejamos em equipe (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Segundo Tancredi et al (2002, p. 13):

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos, ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e as metas desejadas e nele pré-estabelecidos.

Da mesma forma, Merhy (2004) define planejamento como 'o modo de agir sobre algo de modo eficaz'.

No entanto, a partir do discurso dos profissionais de saúde, verifica-se que o emprego do SIAB como instrumento para o planejamento de saúde não é eficaz, sendo utilizado pelas equipes visando apenas ao levantamento numérico de algumas condições de saúde/doença.

Resultados semelhantes foram encontrados por Silva (2005b) em seu estudo, o qual também mostrou que os profissionais não verificam no SIAB, uma ferramenta em potencial para o acompanhamento das famílias cadastradas, visto que não ocorre de forma satisfatória uma sistematização dos dados obtidos do sistema de informação, impedindo assim a organização do processo de trabalho na unidade.

Para Campos (2003), a vinculação das equipes ao território e a continuidade da atenção são imprescindíveis, pois permitem o estabelecimento do compromisso a partir da identificação de problemas e da eleição de um conjunto de prioridades, bem como do planejamento do trabalho em saúde e de seus resultados esperados. As equipes locais devem trabalhar dessa forma, exercendo o papel de coordenação das ações de saúde em cada microárea do município em busca de se melhorar as condições de saúde.

Assim, o objetivo é estimular o compromisso com o resultado do trabalho, e ainda, desenvolver nos profissionais da unidade de saúde, a cultura de utilização de indicadores como instrumento de planejamento. Ou como define Campos (1997, p. 63):

De um contrato econômico-profissional, poderíamos trabalhar nos serviços públicos, com um contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde. Com um contrato

que signifique a explicitação de um certo projeto terapêutico, no qual sejam considerados os elementos técnicos, as possibilidades de acesso e de intercâmbio usuário/serviço.

Embora a organização do serviço deva ser realizada no local de atuação dos profissionais, verificou-se uma desarticulação entre o planejamento e a execução das atividades. Tal desordenação foi evidenciada através dos depoimentos pela escassez das reuniões de equipes para o estabelecimento de programações para a assistência da comunidade. É o que se registra nos discursos dos profissionais quanto às reuniões de equipe e à sua frequência.

Pouca frequência. Nessas reuniões a gente fala, mas às vezes não sai do papel. As reuniões ocorrem de 15/15 dias, não fazemos com frequência, tem vez que 01 vez ao mês... Fazemos quinzenalmente as rodas de educação permanente, mas está começando ainda, nós gostamos! Mas a reunião das equipes não ocorre com frequência. Não temos aqui discussões de casos atendidos, poderíamos nos reunir, porém sempre há um problema e não nos reunimos. Espero que isso mude! (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família devem ser frequentemente avaliadas e adaptadas às necessidades da comunidade. É fundamental o acompanhamento dos dados para posteriormente consolidá-los e usá-los como base para o planejamento e o redirecionamento das ações (BRASIL, 2004b).

Franco e Merhy (2007) registram que, embora o trabalho na ESF esteja direcionado para práticas multiprofissionais, não há garantia de que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada. Isso porque a estratégia aposta num desenho, de acordo com o qual se opera o serviço, deixando de agir de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde; ou seja, nos afazeres do dia-a-dia do profissional, o qual define o perfil da assistência.

Os autores destacam que novas práticas se materializam em 'tecnologias de trabalho', usadas para produzir saúde; ou seja, a aplicação do conhecimento para a produção de algo. Esse conhecimento se dá a partir das experiências de cada profissional de saúde, e é nesse fazer diário criativo que se potencializa a assistência em saúde.

Portanto, deve-se repensar a organização e a forma de trabalho das equipes de saúde da família, no sentido de buscar uma interação entre esses profissionais e o interesse dos mesmos em dividir conhecimentos, e em articular a produção de cuidado; pois o aprisionamento de cada um em seu saber específico, aprisiona também o processo de trabalho (FRANCO & MERHY, 2004).

6.3.2 Desenvolvimento das atividades de promoção e vigilância em saúde

As ações de promoção da saúde, atividades de particular importância preconizadas pela ESF, são desenvolvidas de forma incipiente pelos profissionais da estratégia, justificada sobretudo, pelo excesso de demanda na unidade.

Fazemos pouca educação em saúde devido ao excesso de demanda. Gostaria de fazer, por exemplo, uma educação na sala de espera, mas não dá tempo. Nós não conseguimos sair daqui. Quantas vezes desmarcaram visita porque havia doentes que chegavam passando mal e precisavam ser atendidos, ou mesmo por falta de profissional. A demanda é grande. Atendemos a muita demanda espontânea (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Quanto às ações de promoção e prevenção à saúde foram citadas as campanhas que são desenvolvidas anualmente, como: multivacinação, campanha contra a dengue, detecção precoce de diabetes mellitus e hipertensão, eliminação da hanseníase e controle da tuberculose. No entanto, algumas das ações citadas pelos profissionais não são pontuais.

Quanto às ações para a eliminação da hanseníase, são desenvolvidos na unidade de saúde da família em Resistência, acompanhamentos dos casos já diagnosticados e em tratamento poliquimioterápico, e quaisquer que sejam as intercorrências medicamentosas ou reações, os usuários são encaminhados para a unidade de saúde da família de referência. Os casos de tuberculose também são referenciados, porém o acompanhamento ocorre no próprio território.

Apesar disso, as ações programáticas de promoção da saúde e prevenção de doença necessitam ser intensificadas pelas equipes da unidade. Há muito a ser desenvolvido para se aumentar a cobertura efetiva das ações de hanseníase e tuberculose, bem como para se detectar precocemente essas doenças.

Vale destacar que a promoção da saúde deve basear-se no conhecimento da realidade local, e por isso, foi estabelecida uma estratégia para a sua efetivação: a realização de visitas domiciliares, que são feitas pelos ACS e demais profissionais de saúde.

Segundo Oliveira e Oliveira (2004), a incorporação dos conceitos de territorialização, controle de riscos e planejamento estratégico norteado por problemas, têm contribuído para melhorar o desempenho das equipes nas ações de saúde como: cobertura vacinal em crianças e mulheres, bem como a detecção precoce de doenças e agravos.

Nessa perspectiva, faz-se necessário potencializar o envolvimento/conhecimento em relação às áreas adscritas em seu território de atuação a fim de que as equipes desenvolvam ações efetivas de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos.

Esta pesquisa revelou ainda, que as poucas visitas domiciliares realizadas pelos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem são quase sempre dedicadas à prestação de cuidados assistenciais, como o controle de faltosos a consultas ou o tratamento e atendimento de paciente com dificuldade de locomoção ou acamado. As atividades de prevenção e de promoção da saúde, que são o centro das responsabilidades das equipes, contam muito pouco com a presença dos profissionais envolvidos no processo.

Franco e Merhy (2007) descrevem que as visitas domiciliares não devem ser vistas como novidades e de exclusividade da ESF; pois qualquer estabelecimento de saúde pode utilizar esse recurso. Ressalta ainda que o fato de um médico realizá-las não significa que ele tenha abandonado a sua prática de 'procedimento centrado'. Também não denota que os trabalhos dos outros profissionais deixarão de ser estruturados pelos atos e saberes médicos.

As visitas domiciliares, segundo esses autores, não devem ser recomendadas sem que haja uma indicação explícita para elas, à exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde; por exemplo, os agentes comunitários de saúde, os quais devem percorrer o território insistentemente. Pode-se considerar a visitação de médicos e enfermeiros, uma diretriz pouco eficiente, caso esses

profissionais não tenham conhecimento a respeito do que irão fazer em determinado domicílio.

Sendo assim, faz-se necessário um planejamento das visitas domiciliares pelas equipes de saúde com o objetivo de se obter resultados satisfatórios no cuidado às famílias.

Os profissionais relatam que dificuldades quanto à estrutura física da unidade e à alta rotatividade dos profissionais prejudicam as ações de visitas domiciliares e de promoção e vigilância à saúde, pois refletem na interação entre os profissionais das equipes e os usuários, bem como na continuidade da assistência.

A maior dificuldade é a falta de funcionários porque nem sempre dá para sair para a visita. É difícil sair do setor, porque nunca há outra pessoa para o substituir. Aqui não se promove saúde, primeiro há a falta de profissionais, acho também que falta interesse dos já existentes. Nunca dá para os profissionais irem fazer visitas. Existe um rodízio muito grande! Vem um, vem outro, e vai embora. Nem sempre o médico e o enfermeiro estão disponíveis, por causa da grande demanda na unidade, impossibilitando a viabilidade de visitas. O espaço físico, o desfalque da equipe e a descontinuidade do profissional acarreta a interrupção da assistência devido aos contratos temporários. O espaço e estrutura física da unidade de saúde também dificultam. Essa falta de profissionais na unidade dificulta o trabalho de ajudar o ACS na prevenção. (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Uma das grandes questões colocadas pelos profissionais e usuários, foi a mudança contínua dos profissionais da ESF, a qual não permite a criação de um vínculo efetivo nem entre as equipes, nem entre os profissionais e a população; impedindo assim, a continuidade das ações de saúde.

Autores como Gil (2006), apontam a necessidade de haver mais estabilidade, aumentando a possibilidade de acúmulo de conhecimento e de habilidades dos profissionais, bem como o estabelecimento da relação longitudinal do usuário com o profissional, propiciando dessa forma, um melhor acesso.

Nesse aspecto, Merhy (2004) argumenta sobre a cumplicidade que precisa ser estabelecida entre usuários e trabalhadores da saúde para o desenvolvimento do cuidado em saúde. Esse é um percurso árduo e lento, mas que tem urgência de ser viabilizado.

A despeito disso, pode-se verificar que a vigilância em saúde também não se apresenta de forma pontual.

A vigilância em saúde não se faz (visita) porque não temos preparo. Não temos uma pessoa que esteja capacitada, não temos estrutura física. Quando vamos fazer a visita, tentamos fazer o melhor. No entanto, a falta de treinamento dificulta nosso serviço, as pessoas vêm para cá e às vezes não conhecem o PSF, não entendem nada de saúde pública, estão acostumados a atender sempre um problema de urgência do paciente, só entendem de doença; de prevenção mesmo, deixam a desejar, têm uma visão muito hospitalar. Não temos estrutura física para realizar as ações de vigilância (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

No discurso dos profissionais de saúde, fica evidenciada a necessidade de capacitação para o desenvolvimento das atividades exigidas na ESF, tendo em vista que para a vigilância em saúde, é preciso pensar mais em saúde do que em doença. E pensar em promoção da saúde é pensar em articular ações do setor de saúde com iniciativas de outros setores como educação, meio ambiente, segurança, geração de renda e emprego, entre outros, de forma que se eleve a qualidade de vida da população.

A ESF se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde em todas as fases da vida, responsabilizando-se integralmente pela população de sua área de abrangência.

Em seus estudos, Teixeira (2005) registra que as ações de vigilância em saúde ainda são desenvolvidas de modo elementar pela grande maioria das equipes da ESF, com a concepção restrita à vigilância ambiental (controle de riscos relativos a vetores de doenças parasitárias e infecciosas); à vigilância sanitária (controle de riscos associados ao consumo de água, alimentos, cosméticos e medicamentos); bem como a doenças e aos agravos prioritários, como tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, limitando-se ainda, às ações específicas do câncer de colo de útero e de mama.

Observa-se que alguns profissionais, quando questionados quanto às ações de vigilância em saúde e de educação em saúde, citam a falta de capacitação e de espaço físico como impedimentos para o desenvolvimento de tais atividades na comunidade.

Constatou-se durante as entrevistas que os profissionais apresentaram dificuldades de entendimento quanto ao conceito de vigilância em saúde. Feitos os esclarecimentos, surgiram indagações a respeito do acompanhamento nos seguintes termos:

Isso que é vigilância? Às vezes quando eu vou às casas, eu olho o quintal, fazemos também o acompanhamento dos casos de tuberculose e hanseníase quando eu os encontro em casa... Os hipertensos e diabéticos não são acompanhados com frequência porque são muitos... Aqui temos os agentes ambientais que vigiam as casas e os focos da dengue. Os agentes comunitários também conhecem mais a comunidade e os locais de perigo, pois eles são mais vigilantes. A faculdade é que faz a caminhada com eles toda semana, os alunos verificam a pressão arterial e monitoram os hipertensos que caminham. Nós não participamos! Somente alguns dos ACS participam, nem todos! Precisamos vigiar mais, não me sinto capaz para isso. Não fui capacitada para isso... (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Campos (2003) considera a vigilância à saúde, um conjunto de conhecimentos sobre a produção de saúde e de doença, sendo também um conjunto de procedimentos técnicos potentes para assegurar a saúde dos indivíduos. Assim, a vigilância atua sobre o território, a coletividade, um grupo vulnerável, e para isso deve-se utilizar a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos com a participação ativa da coletividade e com o envolvimento das pessoas.

Logo, deve assegurar, através das ações de vigilância, a capacidade de compreensão e de decisão aos vários atores, almejando alterar não só o ambiente, mas também as pessoas e as relações sociais envolvidas.

Nessa direção, faz-se necessário desenvolver nas equipes de saúde da família em Resistência, o potencial de participação efetiva na realização de vigilância em saúde, aumentando a capacidade de intervenção, de identificação dos problemas e do poder de agir sobre eles. Para isso, as equipes precisam estar integradas com a comunidade e capacitadas para agir.

Quanto às ações educativas desenvolvidas pelas equipes, verifica-se que existe uma parceria com as Faculdades Integradas Espírito-Santenses (FAESA), que realiza caminhada com a comunidade. A grande parte dos participantes são adultos

e idosos cadastrados ou não-cadastrados no programa de hipertensão arterial e de diabetes.

Também são desenvolvidas ações educativas com adolescentes e gestantes. A equipe relatou que realizam-se palestras sobre verminoses e pediculose, prevenção de câncer de mama e de colo uterino, dentre outros temas pertinentes. Fica evidenciado que a presença dos acadêmicos dessa Instituição de Ensino Superior é reconhecida e valorizada pelas equipes e pela comunidade.

Aqui há um grupo de caminhada com idosos. As equipes do PSF não participam... Ninguém! Só os agentes e os alunos da faculdade, eles fazem essa caminhada já há algum tempo com os hipertensos e os diabéticos. Essa ação é de promoção da saúde, mas quem mais a desenvolve são os acadêmicos de enfermagem e alguns agentes de saúde. A comunidade já se acostumou. A presença dos alunos é muito importante, pois eles nos ajudam e contribuem com a comunidade, fazem visitas, orientações e aprendem para que no futuro, possam trabalhar no PSF. Assim, eles estarão preparados. Se não houver a caminhada, o pessoal reclama, eles já estão até caminhando sozinhos, com hábitos melhores de cuidado com seu corpo (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Ficou evidenciado que os agentes comunitários de saúde dedicam-se às ações de promoção à saúde, mas no que se refere às suas atribuições na comunidade, verificou-se a necessidade de capacitação desses profissionais a fim de se aperfeiçoar a sua capacidade educativa e resolutiva. Com essa medida, pode-se diminuir o encaminhamento de um grande número de problemas à unidade de saúde, cuja resolução, muitas vezes, não é de competência, nem de responsabilidade direta da estratégia.

As atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças, centro das responsabilidades das equipes, contam pouco com a presença dos outros profissionais das equipes da unidade como médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Considerar o hábito das práticas educativas como meio que possibilitariam a transformação da realidade em favor da melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população, deveria ser incentivado pelas equipes de saúde da família, sendo essas a mediadora para as ações de promoção de saúde junto à comunidade.

Neste estudo, verificou-se que a prática educativa é incipiente, as ações educativas ocorrem em parceria com a FAESA, havendo uma insignificante participação das equipes de saúde da família. São os estudantes de enfermagem que realizam essa prática de forma mais sistemática.

Já fiz palestras sobre verminoses e pediculose. Foi muito bom, foi lá na comunidade, mas não consigo fazer sempre. Aqui são desenvolvidas as caminhadas dos hipertensos toda semana. No entanto, não temos participação da equipe nas reuniões educativas, o que temos é a parceria com a FAESA. Os acadêmicos de enfermagem realizam algumas reuniões com gestantes, hipertensos e diabéticos, mas nós (profissionais da unidade) mesmos, não fazemos regularmente. As equipes não fazem ações educativas efetivamente. Você não vê um profissional lá, porque estão atendendo na unidade... (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

É indispensável que os profissionais desenvolvam atividades que favoreçam posições de trabalho mais criativas que possibilitem o surgimento de alianças com a comunidade. Nesse sentido, as atividades de promoção e prevenção devem ser vistas como ações importantes.

6.3.3 As mudanças da prática profissional: O que a ESF ocasionou de novo para a vida dos profissionais?

Eu passei a ver as coisas com outros olhos, até da minha saúde mesmo, eu comecei a cuidar. É o trabalho que gosto de fazer. Eu acho que estamos fazendo o que é possível, mas ainda não é o melhor! Acho que ainda há muitas coisas que podem melhorar! Algumas dependem de nós e temos que melhorar! Refazendo as rotinas... Agora, há as que não dependem de nós, aí é preciso que os governantes nos ajudem, não adianta orientar que precisa se alimentar melhor, se o paciente não tem dinheiro! Precisamos estudar mais sobre essa política, não sinto preparo para fazer tudo isso! Dar conta de toda essa realidade! Sempre trabalhei em hospital, a maioria dos que estão aqui gostam do que fazem, mas existem problemas para os quais a solução não está no PSF (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Em consonância com diversos autores (CECÍLIO, 1997; MERHY, 2004; MENDES, 2001), no que se refere à concepção de complexidade na atenção básica, este estudo demonstrou, que na atenção básica estabelecem-se novas relações entre os profissionais e os usuários. Pois, os profissionais verificam em sua prática a

dificuldade em lidar com todas as dimensões do modo de viver das famílias, tendo em vista, as suas limitações enquanto profissionais de saúde; quando se trata de moradia, emprego, educação e estrutura familiar. Tais limitações causam aos profissionais, sentimentos de sofrimento por não conseguirem resolver algumas questões que ultrapassam o limite do seu fazer saúde.

Mudou minha vida profissional porque hoje reconheço a comunidade, coisa que no hospital, nem sabemos do que vive o paciente, onde vive e como ele vive. Estamos sempre procurando ajudar o paciente, fazemos o melhor. Aprendemos também com a comunidade nas saídas, nas visitas, vendo o seu modo de viver. O conhecimento foi ampliado. Nossa prática precisa mudar, pois aqui as condições sociais influenciam fortemente no nosso trabalho. E como lidar com isso? Não sabemos. Trouxe muita coisa nova. A experiência de vida e profissional muda. No PSF, a gente tem mais autonomia para falar, conversamos com as famílias, eles escutam, a gente fica mais humana, até sofre com eles (famílias) pelas condições de vida. É um sofrimento diferente! Tem hora que parece o fim, muita miséria, porque não é somente a doença, são todos os problemas da família; no hospital, existe uma cegueira profissional... PSF não é simples! Tem que estar preparado. Há famílias que só de ver a gente chegando, já quer arrumar a casa para nos receber (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Ficou evidenciado que os profissionais de saúde verificam a necessidade de mudar sua prática e o seu modo de fazer saúde; tal afirmação vai ao encontro dos achados realizados por (ROSA; LABATE, 2005; MEDINA; AQUINO, 2002), em que os autores referem-se à necessidade de ajustes na ESF, referente à sua forma de operacionalização, com a perspectiva de novas práticas de atenção, pautadas na vigilância em saúde.

Para Campos (2003), o indivíduo é o objetivo final da vigilância em saúde e a ESF deve ser considerada parte da família, da comunidade, do sistema social e do ambiente, sendo necessária uma interação entre o serviço e a comunidade.

O poder de resolução é um desafio para os profissionais, pois a atenção no nível de atendimento das equipes é complexa. Vale ressaltar que a assistência das equipes não se processa isoladamente, mas sim depende da articulação com outros níveis de atenção, bem como de outros setores.

Para Lucchese (2003), o indicativo de tais mudanças na ESF necessitaria também de mudanças em relação às desigualdades sociais existentes e persistentes ainda

no Brasil, pois tais desigualdades interferem na capacidade do SUS em responder às necessidades locais.

6.3.4 O processo de acolhimento/vínculo: É desenvolvido o acolhimento na USF? O que significa o acolhimento para os profissionais/comunidade?

Com relação ao vínculo, Bueno & Merhy (2007) argumentam que o acolhimento na saúde deve ser visto como um produto da relação entre os profissionais da saúde e o usuário, estabelecido a partir da subjetividade, da escuta das necessidades do sujeito; passando pelo processo de reconhecimento de responsabilidades entre serviços e usuários e iniciando da construção da longitudinalidade.

Schimith (2004) justifica a necessidade de se analisar o vínculo para conhecer o que de fato ocorre durante a realização do trabalho em saúde. A identificação de possíveis mudanças nos hábitos das famílias assistidas poderá contribuir para o aperfeiçoamento das ações de saúde.

O acolhimento aqui é desenvolvido precariamente, pois não são todos que o fazem. Geralmente quem faz com mais frequência é a enfermagem, fazemos uma avaliação inicial do paciente e então, tentamos resolver. A gente faz uma escuta, às vezes no próprio corredor porque não temos uma sala para atender, mas temos que estar abertos a ouvir o usuário, pois acreditamos muito nisso, mas é difícil. Eu atendo onde estiver! Os usuários chegam, e então fazemos uma escuta. Na verdade, não temos espaço para darmos um acolhimento melhor para o usuário, e geralmente quem faz isso são as enfermeiras... Na unidade, quem mais realiza atendimento é a enfermagem, a partir daí eles encaminham para a consulta com o médico ou com uma das enfermeiras (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Apesar dos avanços no arcabouço legal advindos da constituição do SUS, diversos são os problemas enfrentados para se produzir impacto no modo como se realizam cotidianamente os atos de saúde, de forma que se obtenha o bom funcionamento dos serviços segundo o interesse público (CAPOZZOLO, 2003). Tais problemas não se resolvem só pelo acesso e não estão relacionados apenas às questões de mudanças e de reformas macroestruturais, mas se referem à micropolítica do processo de trabalho.

Quem mais escuta a gente é a enfermeira e o auxiliar, eles tentam sempre dar um jeito de nos atender. Quem me atende antes do

médico é sempre a enfermeira, ela resolve, pois às vezes, o médico não pode atender... Quando eu chego já sei que tenho que procurar a enfermagem, eles verificam minha pressão, conversam comigo, porém nem sempre eles resolvem. Mas quando eu sou consultada, tenho bom atendimento, não posso reclamar do atendimento. O problema é que quando acostumamos com uma enfermeira ou com um médico, eles saem quem fica mais aqui são os agentes comunitários. Quando vou à unidade, a auxiliar de enfermagem me atende na recepção e me encaminha para a enfermeira quando é urgente... (USUÁRIOS).

Alguns autores (FRANCO; MERHY, 2004) ressaltam que a resolutividade do sistema tem que ser garantida através de incorporação tecnológica e principalmente pela responsabilização dos profissionais e dos serviços para com a saúde de sua população.

Isso posto, a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde deve ter como diretriz operacional, o acolhimento, e este deve ser organizado de forma usuário-centrado, respeitando as demandas e as necessidades desse usuário. Ficou evidenciado que o acolhimento na unidade de saúde em Resistência, não é entendido como uma diretriz por todos os profissionais das equipes, estando vinculado à enfermagem.

Dentre os relatos ficou clara a necessidade de esclarecimento quanto ao processo de acolhimento e de avaliação inicial dos usuários que procuram à unidade, tendo em vista que outros profissionais envolvidos na assistência da comunidade não se sentem responsáveis por esse procedimento.

Neste estudo, verificou-se a necessidade de se constituir na unidade de saúde, uma melhor organização do processo de trabalho para fortalecer os princípios preconizados na ESF, por exemplo, a equidade. A partir do conhecimento das necessidades da comunidade pelas equipes, a organização das atividades vai ao encontro do usuário.

Para esse fim, vários autores (BUENO & MERHY, 2007; GOMES & PINHEIRO, 2005) partem dos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde garantindo o acesso universal, bem como reorganizar o processo de trabalho de forma que desloque seu eixo central, representado pelo médico; para uma equipe multiprofissional, na qual todos façam uma escuta do paciente e qualifique a relação trabalhador-usuário.

Vale ressaltar que um acolhimento eficaz e resolutivo para com a saúde da população, faz com que o usuário produza autonomia e conseqüentemente, torna-se mais satisfeito. A garantia desse vínculo está na qualidade dos serviços ofertados e na dependência da adesão do conjunto dos trabalhadores de saúde em entender que a organização de seu processo de trabalho não deve privilegiar apenas seus interesses corporativos ou ideológicos, morais e éticos; mas ser a de um modelo centrado nos interesses e necessidades de saúde da população (BUENO & MERHY, 2007).

Porque isso é cultural e é difícil você mexer na cultura do povo. É cultural, a gente orienta e ainda assim, meninas com 14 anos começam a ter relação sexual, eu acho cedo demais para uma menina com essa idade manter relação sexual. Então, você orienta, conversa com o médico, faz consulta, orienta o uso de camisinha, mas elas não seguem... Na minha área, as condições de higiene são péssimas! E olha que se recebe cesta básica da pastoral, há sempre doações de roupas, conseguem-se alimentos doados nos supermercados, mas não resolve. A assistente social vai até as casas, passa as orientações, mas algumas continuam confusas, nada muda. Percebo também que eles têm dificuldades de mudar... Há muito lixo, roupas sujas no quintal, muitos animais domésticos. Alguns dizem que porque são pobres, vivem na sujeira. Então, percebo que o PSF não influencia nessas condições, não muda nada (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

No aspecto sobre a relação entre sujeito, cultura e saúde, Campos (2005) enfatiza que a cultura e as concepções sobre saúde e doença condicionam o modo de vida dos indivíduos. No entanto, os sujeitos procuram interferir e reconstruir padrões culturais e sanitários. O autor destaca que a saúde pública é parte da cultura contemporânea, sendo um aparelho encarregado de intervir ativamente sobre a cultura, ou seja, sobre os interesses das pessoas.

Para Campos (2005, p. 45), “o estilo de vida, as condições de vida e de saúde são isto, uma mescla do que cada sujeito faz com sua vida e do que as instituições e organizações fazem da vida dele”.

Nessa direção, o modo como as equipes se responsabilizam pela saúde das pessoas e o envolvimento desses profissionais com a saúde coletiva e individual, principalmente os casos mais vulneráveis da comunidade; é de fundamental importância para se modificar as condições de saúde. Isso implica qualificar as equipes para intervir, pois a atenção básica precisa ampliar sua capacidade de

resolver os problemas de saúde, por meio tanto de ações preventivas, quanto clínicas e de reabilitação.

Assim, acredita-se que a partir do acolhimento, a inserção dos usuários no sistema de saúde se qualifica, no sentido de buscar a solução para o problema que os levaram a procurar a atenção básica. Para isso, faz-se essencial que os profissionais da atenção básica tenham condições de encaminhamentos para os outros níveis de atenção, para que haja uma resolutividade da demanda apresentada.

Em suma, as unidades de saúde da família desenvolvem suas atividades na lógica da ESF, com o objetivo de ser mais resolutiva, com profissionais capazes de identificar e propor intervenções aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes. E a partir desses, promover hábitos de vida mais saudáveis, estimulando a alimentação adequada, a atividade física, o autocuidado, o cuidado com o domicílio e com o ambiente.

Para Gomes & Pinheiro (2005), a primeira possibilidade de efetivação dessas ações pode estar localizada no momento do acolhimento. O confronto entre as necessidades de saúde trazidas pelos usuários e o que a ESF tem a oferecer poderá revelar as mudanças necessárias no modelo assistencial. Tais transformações para as autoras são transformações potenciais para a construção do vínculo.

Percebe-se que profissionais de saúde com baixo tempo de permanência nas equipes, com forma de contratação e condições de trabalho precárias, levam a reprodução das práticas dos pronto-atendimentos. Perdendo, entre tantos outros valores da ESF, o de maior apreço: a vinculação das equipes entre si, e dos indivíduos/famílias/comunidades, no real sentido de pertencimento.

Quanto à percepção dos usuários, o primeiro atendimento é sempre realizado pela recepção e pela enfermagem, é o que se constata a seguir:

Chegamos à recepção e agendamos diretamente a consulta, quando há... Quando preciso de algo, procuro o pessoal da enfermagem, elas sempre nos atendem muito bem... A enfermagem está sempre à disposição para nos atender, já os médicos nunca têm vaga... Quando estou acostumando com o pessoal, acaba o contrato, quem fica mesmo são os agentes de saúde... Novamente tenho que contar toda a minha vida para outro profissional. O meu filho já iniciou o tratamento com psicólogo várias vezes, muda o psicólogo, inicia de novo... Quando chego à unidade, vou à recepção e eles encaminham

o meu problema! Sempre procuramos o agente comunitário, a enfermeira (USUÁRIOS).

O discurso dos usuários reforça a evidencia de que o acolhimento necessita ser fortalecido pelos profissionais de saúde, potencializando a prática do acolher por parte de todos a fim de organizar a demanda programática da unidade a partir de uma demanda espontânea, com a inclusão de clientelas nos serviços de atendimento aos casos agudos.

Campos (2005) alerta que a recepção não é lugar para a avaliação de risco, sendo preciso que alguém da equipe técnica se encarregue de realizar essa inspeção, manejando os casos conforme a sua gravidade.

Para Rocha (2000), com o acompanhamento sistemático, bem como com as atividades em grupo com a finalidade de discutir questões referentes aos cuidados promocionais de saúde, é possível integrar os diferentes atendimentos e reorganizar os serviços a partir da estratégia do acolhimento dessa clientela.

6.4 INFLUÊNCIAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA COMUNIDADE

Em relação à satisfação dos usuários, verificou-se nos discursos coletivos, a opinião de que implantação da estratégia trouxe significativos avanços no acesso à saúde, pois anteriormente, não havia nessa comunidade serviços dessa natureza. Quando necessitavam de algum tipo de atendimento, os usuários procuravam unidades de saúde como o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e o Centro de Saúde em Maruípe.

Assim, verifica-se que houve significativa melhora no acesso desses usuários aos serviços de saúde.

Nós marcávamos consultas no Hospital das Clínicas ou no Centro de Saúde em Maruípe, mas demorava demais, antigamente era mais difícil, a gente tinha que sair do bairro. Às vezes, não havia dinheiro para a passagem de ônibus, tinha que levar as crianças no colo e ia andando, tinha que ir a pé e não tinha consulta garantida, era mais difícil! Agora melhorou... O povo é que reclama de tudo, nada está bom... Era atendido em Maruípe, nas clínicas, só ia lá para tratar a hanseníase e gostei muito. Antes, eu procurava as clínicas, fazia preventivo, pré-natal, agora não! Faço tudo aqui. Não preciso ficar

indo para o hospital, isso melhorou muito para a nossa comunidade (USUÁRIOS).

Ficou evidenciada em Resistência a satisfação da comunidade, pois se ampliou o acesso aos serviços de saúde. Assim como nos estudos de vários autores (GIL, 2006; RIBEIRO, 2004 e CONIL, 2002), que demonstraram que com a ESF, ampliou-se o acesso das populações mais carentes à rede básica, apresentando dessa forma, uma inclusão crescente da população na assistência à saúde.

Isso pode ser constatado no discurso dos usuários a seguir:

Antes era muito pior, a gente não tinha posto no bairro, tinha que ir para fora, era mais difícil, tinha que sair cedo. Melhorou, pois aqui atende a minha mãe, a toda minha família. Os agentes de saúde passam aqui em casa, estão sempre preocupados conosco. Agora fazemos acompanhamento com quem tem algum problema de saúde na família, meu pai que é diabético, tem que ficar sempre indo ao postinho. Meu pré-natal todo fiz aqui, meu filho é atendido na unidade com toda a atenção. Não posso reclamar, sempre que preciso sou bem atendido. Penso que poderíamos ter uma unidade maior, mas para quem não tinha nada... Pelo menos agora temos quem cuide de nós (USUÁRIOS).

Observou-se que as mudanças desencadearam opiniões afirmando a melhoria do acesso, indicando uma diferença no atendimento. Alguns sujeitos do estudo declaram que houve mudanças positivas, por terem agora, uma unidade próxima de suas residências, bem como o tratamento dispensado às pessoas que necessitam de atenção domiciliar. Em contrapartida, outras famílias apontam que não houve diferença no atendimento, alegando que algumas pessoas continuam doentes e que o acesso aos serviços ainda se dá com dificuldade.

A partir dessas colocações, é importante ressaltar que os usuários percebem que há um atendimento direcionado para as gestantes e para aqueles que apresentam algum tipo de doença crônica, por exemplo, os hipertensos e os diabéticos. Essa observação é pertinente e esperada, dentro de uma proposta estratégica do reconhecimento de sua clientela adscrita, da busca ativa dos pacientes de risco e pela determinação de atuação em áreas prioritárias, estabelecidas pela NOAS/2001, na qual o controle das doenças crônicas degenerativas é considerado prioritário (BRASIL, 2001a).

No entanto, eles não verificam mudanças na forma de atendimento, e associam essa melhora do atendimento com o acesso ao serviço de saúde.

Não vimos muita mudança. O que mudou foi que hoje temos o postinho mais perto de casa, mas acho que devia ter mais gente para atender. Com este programa, temos os agentes comunitários de saúde que passam nas casas, e médicos e enfermeiras mais perto de nós. Antigamente, não tinha atendimento médico aqui e se ficasse doente, tinha que ir para o hospital. Hoje melhorou, porque não precisamos sair do bairro, é perto, e quando precisamos é só marcar. Eles se preocupam com a gente, vão a nossas casas, aconselham, orientam, preocupam-se com a nossa higiene, vivem a nossa realidade! Temos profissionais de saúde do nosso lado, eles se preocupam com a nossa saúde, cuidam de nossos filhos e até dos mais velhos. Hoje temos atendimento com a atenção devida. O que facilitou mesmo é não ter que sair do bairro (USUÁRIOS).

Vale ressaltar que os usuários associam a sua satisfação com a inserção do “postinho” na comunidade, e não com a implantação da ESF para a melhoria da saúde da população. Para os usuários, ter profissionais de saúde mais próximos é importante, pois os mesmos fazem orientações de saúde e cuidam de todos os ciclos de vida. Nos discursos, ficou evidenciado a declaração “vivem a nossa vida”.

Os usuários afirmam que a sua saúde melhorou em decorrência também da estruturação do bairro; ou seja, das mudanças sócio-ambientais ocorridas a partir da construção e de estruturação da Usina de Reprocessamento de Lixo, da implantação do saneamento básico, da construção de escolas e creches, supermercados, farmácias, e da criação do Conselho Local de Saúde, bem como da parceria da unidade de saúde com a Instituição de Ensino Superior.

As entrevistas demonstraram que, do ponto de vista dos usuários, ocorreram mudanças no que se referem à atenção à saúde:

Melhorou, pois aqui atende desde a mim, até a minha mãe que é hipertensa. É só correr ao postinho que eles atendem e o atendimento é bom. Mudou para melhor. Ah! Era um sofrimento danado, só o fato de, com o bebê passando mal, ter que sair daqui para poder ir lá para o hospital infantil..., Hoje não é preciso levantar tão cedo para conseguir uma consulta ou pode pegar encaminhamento para a Policlínica, que é mais perto. Melhorou também por causa do acompanhamento que as equipes realizam (USUÁRIOS).

Porém, do ponto de vista dos profissionais de saúde, verificou-se pouca mudança na população:

Vemos que não mudou porque a população é carente. Sempre precisam de algo. Muitas mulheres por causa do emprego, deixam de cuidar da própria saúde para sustentar a casa. Acredito que o PSF influenciou muito pouco em higiene e limpeza, pelo menos nas casas que fazemos visitas! Acho que, mesmo com as orientações, noções de higiene é educação! Os pacientes estão procurando mais os serviços de saúde, estão mais conscientes dos seus direitos. Isso é genial. Só assim, teremos uma saúde melhor. Mas, os pacientes ainda esperam ficar doentes para procurar o serviço. Como mudar isso? Sempre me pergunto! Agora, há outras pessoas que tem dificuldades em mudar. Não é em todas que se conseguem mudanças de hábitos (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Quanto à ESF e à sua influência sobre os usuários assistidos pelas equipes, verificou-se nos depoimentos dos profissionais, que existe pouco conhecimento dos usuários sobre as estratégias e atividades propostas pela ESF.

Acho que eles não sabem o que significa PSF, eles (comunidade) falam postinho, eles não interagem com o programa. Ainda não sabem o que é o PSF. Algumas mães cuidam mais das crianças por causa do medo de perder o programa bolsa-família. Acredito que o PSF não funciona do jeito que deveria funcionar, até que em uma época funcionou! Mas hoje, não fazemos PSF, não está ocorrendo um trabalho em equipe e isso dificulta. Antigamente, quando a gente começou era uma coisa, agora é outra! A gente não está trabalhando o PSF, estamos apagando incêndio, atendendo a muita demanda espontânea. Melhorou pelo fato do usuário não ter mais que sair do bairro, levantar de madrugada para pegar ficha em outro lugar! Facilitou o acesso. Por causa do desfalque das equipes, a gente não está fazendo o que deveria fazer! A gente acaba apagando fogo! O tempo todo ficamos apagando incêndio! Se conseguíssemos seguir a doutrina do PSF, estaria melhor! (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Também se observa nos depoimentos dos profissionais, a dificuldade em se realizar o acompanhamento das famílias e o atendimento a todas as necessidades de saúde, bem como em conseguir o entendimento da população quanto à ampliação do conceito de saúde:

Às vezes, as mães não se importam de trazer as crianças para serem acompanhadas, de outras, a gente faz a busca ativa, explica que é importante o acompanhamento e a partir daí, elas começam a entender a importância de trazer. Há mãe que pensa em trazer a

criança somente quando ela está doente. Temos bem poucas mudanças porque a maioria começa o tratamento e pára no meio do caminho, faz por conta própria, a gente vai a casa e orienta. Após um mês ou dois, retornamos e não estão seguindo as orientações. Por quê? Porque a gente demora a retornar na casa dele. A gente deveria aparecer mais, orientar a dieta, a medicação. Houve um paciente doente que, por falta de acompanhamento, parou com a medicação, não tomou o remédio certo. Temos pacientes idosos que moram sozinhos, não tem quem cuide, então o estado deles vai se agravando, não se alimentam e nem utilizam a medicação direito por ficarem sozinhos. Alguns são hipertensos, diabéticos, pacientes psiquiátricos que a família abandona, e aí como agir? (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

O discurso acima desvenda a possível descoberta da “impotência” em atender as necessidades da população, pois fica evidenciado que o que é uma necessidade revelada ao profissional pode não ser para o usuário.

Segundo Souza e Carvalho (2003, p. 522) “à medida que se alcança a implicação do sujeito no seu movimento de mudança de hábitos, promovem-se condições de vida saudáveis mais efetivas e duradouras”.

6.5 PRINCIPAIS DIFICULDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ESF

No que se refere às ações educativas e de promoção da saúde, a alta rotatividade e a falta de profissionais aparecem em primeiro lugar como obstáculo ao desenvolvimento de dessas atividades.

Destaca-se nos discursos dos sujeitos, a ineficiência da assistência prestada, haja vista as dificuldades de resolução dos problemas de saúde da comunidade assistida.

Não temos resolutividade, sinto-me útil, consigo resolver, mas há coisas que não resolvemos, temos problemas sociais, educacionais, e aí quem resolve? O que fazer com as mulheres que sofrem violência, com as vítimas do alcoolismo e com a falta de emprego? Não temos articulação com as outras Secretarias. A gente encaminha o paciente, ele vai ao especialista e não temos o retorno de nada, não sabemos o que o especialista avaliou, ou seja, não temos a contra-referência. Os especialistas não compreendem a nossa ação aqui na atenção básica, o paciente é que fala para nós o que o especialista disse. E como fazer contato com todos os especialistas se não paramos um só minuto? Eles não enviam novamente a ficha de referência e contra-referência, tínhamos que ser mais integrados. Dizem que somos a porta de entrada do

sistema, mas o sistema não interage, é cada um por si... Aqui não trabalhamos em equipe, a demanda espontânea é grande, não conseguimos resolver tudo... (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

As dificuldades relatadas concentram-se nas questões da referência e contra-referência, na grande demanda por consultas, nos processos de comunicação e educação, na realização das visitas domiciliares à comunidade. Em relação a problemas específicos, as equipes sentem-se despreparadas para enfrentar questões da saúde mental, do combate à violência, da adolescência/gravidez precoce e de outros agravos, como por exemplo, o HIV/AIDS.

Cecílio & Merhy (2003) registram que para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde, faz-se necessário a reorganização dos processos de trabalho na rede básica; na qual a assistência deve ser multiprofissional, operando através da relação de vínculo e de responsabilização da equipe pelo cuidado da clientela, associado à vigilância à saúde. Ou seja, elege o usuário, como elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde a partir de um trabalho integrado e não-fragmentado.

Nos discursos dos profissionais de saúde revela-se um processo de trabalho fragmentado, em que se desconhecem os usuários – ‘sujeito pleno que traz consigo’, estando o fluxo assistencial voltado para a consulta médica.

As equipes assumem não ser possível realizarem as seguintes atividades: a avaliação periódica do trabalho da equipe, o planejamento sistemático das ações no território e o trabalho intersetorial. Destaca-se nesse ponto, a necessidade e a ausência de resposta no trabalho intersetorial em relação às outras Secretarias, principalmente as referentes aos direitos e sob risco social. Relatam também, a incapacidade em assumir novas atividades como as de urgência na unidade, em função da estrutura física e da falta de capacitação dos profissionais.

Para Merhy et al (2004), a resolutividade na rede básica está ligada ao conhecimento técnico dos profissionais, à ação acolhedora necessária ao desenvolvimento do vínculo com o usuário e aos significados dessa relação. Os autores reforçam a idéia de que o descuido com a saúde gera um excesso de encaminhamentos para os especialistas, bem como um alto consumo de exames, tornando os serviços bem pouco resolutivos.

Em seu estudo, Teixeira (2005) registra que a ausência de resolutividade no nível da atenção básica faz com que ocorram resultados indesejados, como o aumento da demanda por serviços de média e de alta complexidade decorrentes da cobertura deficiente da atenção básica.

Assim, ficou evidenciado nos discursos, que a falta de estruturação para as equipes de saúde desenvolverem suas atividades, reforça a fragilidade da assistência.

O número reduzido de profissionais, a falta de médicos... A quantidade de pessoas para atender é muito grande em relação ao número de funcionários. Falta a organização das equipes, até porque, o número de moradores é alto, há muita gente no bairro e a gente não dá conta disso! Falta espaço físico na unidade de saúde, tinha que existir mais uma equipe de saúde da família. É necessária uma maior proximidade entre os médicos e os pacientes. A comunidade tem tantos problemas que não me sinto preparado para enfrentá-los. Para fazer o PSF, eles tinham que dar mais condições para a gente trabalhar, eliminando essa rotatividade de médicos e enfermeiros. Esse tempo que se gasta para contratar, essa diversidade; vai um, vem outro, as pessoas querem um retorno, não adianta só o profissional fazer visita, tem que haver também uma maior interação entre os profissionais. Equipe desfalcada dificulta muito... (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).

Os profissionais apontaram algumas ações que favoreceriam a consolidação da ESF no território, como: melhoria do espaço físico, contratação, efetivação e capacitação de profissionais, implantação de mais uma equipe e uma redistribuição das famílias.

Vale ressaltar que há um número considerável de profissionais que não têm treinamento introdutório na ESF, condição essencial para a definição das atividades a serem desenvolvidas. Entre tais ações, destacam-se a apropriação das ferramentas do cadastro das famílias e o desenvolvimento de práticas que estimulem a participação da comunidade, contribuindo assim para um efetivo exercício do controle social.

Segundo os usuários, é essencial que ocorram melhorias tanto na estrutura física da unidade, quanto na forma de organização do serviço de saúde, conforme discurso a seguir:

Tem que construir outro posto tem que haver a organização das tarefas, não se sabe quem é quem! É um entra e sai de profissional! É tanta gente. A estrutura aqui é pequena. Já melhorou, mas ainda não ficou bom como deveria. Com esse programa, parece que

apareceram mais pessoas doentes. Não sei se é porque já existiam pessoas doentes no bairro e não sabíamos, ou porque agora temos posto aqui, então a gente procura mais e descobre o que tem. Não conseguimos especialistas, mas conseguimos atendimento no posto. Há muitos diabéticos e hipertensos. Agora pelo menos, temos pessoas que cuidam da população (USUÁRIOS).

Mesmo com a falta de estrutura física e funcional, os profissionais se empenham no atendimento à comunidade, pois acreditam que a proposta da ESF encerra a possibilidade de se mudar a realidade local. Porém, para que isso se efetive, fazem-se necessárias mudanças, como: melhores condições de trabalho, organização do processo de trabalho, maior participação da comunidade, maior divulgação da proposta da ESF e, por fim, conhecimento e entendimento desse novo paradigma por parte tanto dos profissionais, como dos usuários.

A ESF ainda não conseguiu incorporar o novo modelo da promoção da saúde, o qual deveria ser o seu fundamento mais forte, continuando a concentrar sua atenção apenas na resolução dos casos de doença que ocorrem à unidade e na implementação de atividades de prevenção enquadradas nos eixos considerados prioritários pelo Ministério da Saúde. Tais eixos são voltados para as crianças, gestantes, idosos e portadores de doenças crônicas. Ainda assim, a própria assistência às doenças é de qualidade insatisfatória, não se conseguindo responder com eficácia, à demanda espontânea. Os achados deste estudo reforçam essa afirmação.

Isso também se deve ao fato de que a estrutura para o desenvolvimento dos processos é deficiente, refletindo no desempenho e nos resultados das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.

O bom desempenho da ESF passa necessariamente pela criação de um forte vínculo com a família e com a comunidade, baseado numa relação de confiança mútua e de respeito. Esse vínculo, só se concretiza após algum tempo de atuação e é o resultado de uma interação entre os membros das equipes e a comunidade. Destaca-se que o primeiro vínculo deve ser estabelecido pelos profissionais das equipes tendo por base os objetivos preconizados pela ESF.

Merhy et al (2004) ressaltam que deveria haver uma associação da melhor forma possível, entre a eficiência das ações e a produção de resultados centrados nos usuários, isto é, procurar a obtenção do melhor cuidado em saúde, o cuidado que

resulta em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. E isso só se consegue através de uma união perfeita entre a capacidade de se produzir procedimentos e a de se ministrar o cuidado.

A ESF tem a missão de mudar o paradigma assistencial para a saúde, efetuando essa mudança a partir de um modelo que apresenta o usuário como escopo. Para o alcance desse objetivo, faz-se necessária a desburocratização do acesso aos serviços. Para Merhy (2007), os serviços que não conseguem criar uma agenda para a realização de atendimentos às urgências mostram-se com baixa credibilidade para os usuários.

Até o momento, percebe-se que o processo das ações de saúde em Resistência aponta para a necessidade de mudanças na organização do processo de trabalho das equipes e na capacitação desses profissionais para que os mesmos possam se responsabilizar integralmente pela atenção à saúde de pessoas e de famílias.

Nessa perspectiva, a abordagem qualitativa mostrou que os sujeitos participantes da pesquisa expressaram-se dentro da sua realidade imediata, citando como ações mais urgentes, a necessidade de melhora da estrutura física da unidade de saúde e de efetivação das equipes a fim de se evitar a rotatividade dos profissionais de saúde; a necessidade de capacitação e qualificação dos profissionais para que esses possam desenvolver satisfatoriamente as suas atividades na ESF e uma maior interação entre os profissionais de saúde e a comunidade no planejamento das ações como atividade nobre a ser desenvolvida no território.

Além disso, observou-se a importância da consciência dos profissionais em relação à relevância do trabalho que executam e dos resultados que podem alcançar; buscando nas práticas assistenciais uma interação com o usuário, re-conhecendo suas necessidades e incentivando-o a participar ativamente da comunidade.

Nesta pesquisa, ficou evidenciado que quando solicitados a analisar o produto do seu cotidiano registrado nos sistemas de informação e comparar aos compromissos assumidos pelo gestor municipal através do Pacto de Atenção Básica do município, torna-se visível a dificuldade para se compreender e analisar os resultados obtidos. Os profissionais não se visualizam como executores do compromisso contido no Pacto; os indicadores são incógnitos e o território - na sua dimensão epidemiológica e social – ainda se apresenta desconhecido.

Ficou evidenciado também que há uma tendência em dividir a clientela entre os profissionais médicos e de enfermagem, bem como a existência de uma grande demanda espontânea, da baixa integralidade e resolutividade das ações. Quanto às questões gerenciais, demonstraram-se poucas atividades extra-muros e uma permanente ausência de ações de planejamento e avaliação.

Existem achados semelhantes no estudo de Sousa (2004), quanto à necessidade da sistematização de métodos e práticas que sejam capazes de rever as condições de trabalho e de promover e ampliar as reflexões em torno da atuação cotidiana das equipes da ESF a fim de se operarem mudanças profundas na forma de se realizar as ações de saúde.

As evidências levantadas neste estudo vão ao encontro do que tem sido enfatizado pela literatura pertinente, no sentido de que, para a plena efetivação da ESF, existe a necessidade de que aconteça a capacitação e a qualificação das equipes de saúde da família.

É importante ressaltar também que o vínculo desejado entre os profissionais e a população apresenta-se com dificuldade de ser estabelecido, em função não só da forma de contratação desses profissionais, mas também do modo como esse serviço encontra-se organizado.

As discussões realizadas neste estudo, tratam das questões singulares do território de Resistência, entretanto, espera-se que elas contribuam de alguma forma, para novas reflexões a respeito da ESF. Por exemplo, abrindo debates que discorram sobre: a necessidade de estruturação das unidades para a implantação de novas equipes de saúde da família e sobre a qualificação dos profissionais de saúde para real efetivação e consolidação da estratégia no município.

Certamente, uma busca conjunta por soluções para os principais problemas evidenciados neste trabalho, será um passo importante para o sucesso da ESF em Vitória/ES.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF constitui o eixo central do processo de reorganização do SUS e tem por objetivo, imprimir uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, as quais são responsáveis pelo primeiro nível de atendimento do sistema.

É uma estratégia inovadora no cenário dos serviços de saúde, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias, de forma integral e contínua.

Nessa perspectiva, visa à humanização do atendimento, à resolutividade dos problemas de saúde da população, bem como à responsabilização pelos dados de referência necessários aos níveis de maior complexidade assistencial, garantindo assim a continuidade do atendimento.

Com a finalidade de aprofundar tais questões, realizou-se um estudo de caso através de uma abordagem qualitativa com o objetivo de estudar a contribuição da implantação da ESF, bem como os resultados de suas ações de saúde desenvolvidas no território de Resistência, localizada na Região de São Pedro em Vitória/ES, numa abordagem qualitativa.

Esta pesquisa buscou também, descrever o processo de trabalho das equipes de saúde da família e identificar as ações de saúde desenvolvidas nessa comunidade.

Para tanto, o presente trabalho norteou-se a partir das seguintes indagações: a implantação dessa estratégia trouxe para esse território, avanços e inovações nas práticas do serviço de saúde, favorecendo assim a saúde das famílias? De que forma as práticas dos profissionais de saúde têm contribuído para melhorar o desempenho da assistência à saúde?

Conforme se demonstrou no capítulo 3, desde 1989, o município de Vitória vem se configurando e se estruturando com a municipalização gradual das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, em 1995 realizou-se um grande avanço com a definição do processo de territorialização, com o objetivo de implantação do novo modelo de atenção à saúde, visando à universalização da cobertura e do acesso, bem como à melhoria das condições de saúde da população.

Dessa forma, destaca-se na série histórica do período de 2000 a 2005, um incremento da cobertura da ESF no município de Vitória. Sob esse desempenho,

vale ressaltar que a implantação da ESF iniciou-se em 1998, com 04 equipes de saúde da família; e que em 2006, o município contava com 72 equipes de saúde da família e 38 equipes de saúde bucal atuando em 20 unidades de saúde da família. Totalizando então, 59,33% de cobertura e tendo como meta para 2008 a implantação de 100% da ESF no município de Vitória.

Alguns aspectos foram observados nesta pesquisa, em relação à atenção à saúde na comunidade de Resistência, dentre eles: o fazer saúde dos profissionais, os avanços e inovações a partir das práticas do serviço e os benefícios da implantação da ESF.

Partindo dos princípios preconizados pela ESF, verificou-se que no território de Resistência, as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes demonstram fragilidade e pouca eficácia no que diz respeito à consolidação dessa estratégia. Comprova isso o fato de que, apesar da ESF ter sido implantada há 08 anos; há usuários residentes no bairro há mais de 20 anos que mesmo utilizando os seus serviços desde a inauguração, ainda desconhecem a sua proposta.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), a ESF organiza e diminui a demanda espontânea à medida que os problemas de saúde coletivos vão sendo identificados. No entanto, na Unidade de Saúde em Resistência, essa demanda é vista como um dificultador, pois as equipes não vislumbram na mesma, as necessidades de saúde da população.

Como se ressaltou no capítulo 2, a ESF pauta-se nos seguintes princípios: abordagem familiar num território definido com adscrição de clientela, trabalho em equipe multidisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social.

A ESF apresenta-se dessa forma, como alternativa inovadora, na qual as equipes de saúde da família desenvolvem as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua em território pré-definido de abrangência.

Para que isso ocorra, é indispensável que as equipes empregue a integralidade como modo de organizar o processo de trabalho em saúde, de modo a aperfeiçoar o seu impacto epidemiológico. Isto é, associar à atenção à demanda espontânea com a oferta programada de atenção à saúde, numa busca contínua de ampliação das

possibilidades de apreensão e satisfação das necessidades de um grupo populacional, visando à ampliação da eficiência.

Portanto, as equipes deverão conhecer a realidade das famílias, identificando os principais problemas de saúde e as situações de risco, às quais a população está exposta. A partir daí, precisam elaborar com a participação da comunidade um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença. Ou seja, prestar assistência integral, respondendo continuamente à demanda organizada ou espontânea.

A ESF tem como principal desafio, propor mudanças na reorientação do sistema de saúde, aumentando o acesso; mas, essa ampliação de acesso deve vir junto com a qualidade (MACINKO, 2007). Toda busca de melhoria da qualidade é uma área capaz de gerar satisfação tanto do usuário como do profissional de saúde e gestor.

Considerando que uma das características do processo de trabalho das equipes é a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento, constatou-se que há necessidade de se efetivar a escuta qualificada na Unidade de Saúde em Resistência. Isso porque no período desta pesquisa, havia a distribuição de senhas para atendimento de demanda espontânea e para a marcação de especialidades médicas, fator citado como causa de insatisfação para os usuários.

Ficou constatado que o acolhimento é centrado nos profissionais de enfermagem, havendo por parte desses, a dificuldade em distinguirem a avaliação inicial, ou seja, em a classificação de riscos do processo de acolhimento.

Portanto, pode-se considerar que no acesso aos serviços de saúde por meio da ESF, tem ocorrido avanços, porém fazem-se urgentes mudanças estruturais e processuais para que se efetive de fato o acesso. Só assim, a organização dos processos de trabalho na busca da escuta qualificada das necessidades da comunidade, com o estabelecimento do vínculo e a responsabilização do cuidado de saúde poderá conferir um poder maior de resolutividade à ESF.

No decorrer das entrevistas, os usuários registraram satisfação quanto ao atendimento dos profissionais de saúde e também quanto à presença desses no território. A fala captada nos discursos evidencia isso nos seguintes termos:

“Antigamente ninguém queria saber se estávamos morrendo ou com saúde. Hoje, nós temos acesso ao médico, à enfermeira e a outros profissionais que antes, a gente nem sabia que existiam. Eles visitam nossas casas, só não fazem mais por causa do espaço físico, que é pequeno”.

Entre os aspectos negativos apontados pelos usuários entrevistados destaca-se a persistência das filas e a fragilidade no referenciamento para o nível secundário e terciário da atenção. Assim, consideramos importante neste estudo uma avaliação das “filas” de usuários agendados para as especialidades médicas, tendo em vista a necessidade de estabelecer critérios de priorização e classificação de risco dos usuários em espera para atendimento a especialistas.

Desde o início do estudo, com as primeiras entrevistas, percebeu-se que os usuários apontavam situações concretas de avanços provenientes da implantação da ESF, como as visitas domiciliares realizadas pelos ACS e pelos profissionais de saúde. No entanto, ficou evidenciado também, como demonstrado no capítulo 6, item 6.2.1; que a assistência ainda está centrada na consulta médica, o que reduz a capacidade de resposta do serviço à demanda; e mesmo os usuários, somente procuram a unidade de saúde quando adoecem.

Constatou-se que a concepção da promoção da saúde e prevenção de doenças não se apresentou como uma prioridade para o enfrentamento dos problemas de saúde. O fato de os usuários procurarem a unidade de saúde apenas nas situações de urgências, demonstra que o modo de pensar dos pacientes e o de fazer dos profissionais ainda apresentam-se com raízes intensas no modelo biomédico.

Outro aspecto marcante diz respeito ao significado da ESF para a comunidade. Há uma dificuldade grande em se compreender a concepção da estratégia e suas diretrizes, pois os usuários não compreendem a sua proposta; além disso, ficou claro nos discursos dos usuários, que a criação do “postinho” facilitou o acesso para a comunidade e que a população reconhece a importância das atividades de visitas domiciliares da ESF. Ressalta-se que neste território, não havia unidade de saúde antes da implantação da estratégia. Para o usuário, a principal mudança verificada é o fato de se ter médicos mais próximos de suas residências.

A ESF deve estar voltada para a vigilância à saúde, tendo por base a cobertura das necessidades em saúde da área, porém em Resistência, até o momento, ela está

essencialmente direcionada ao atendimento da demanda espontânea e à oferta de alguns serviços organizados, como: o atendimento às crianças, gestantes e pacientes portadores de determinadas doenças crônicas.

Através das análises feitas no capítulo 3, ficou notório que as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes da Unidade de Saúde de Resistência têm como foco os eixos estratégicos da NOAS 01/02; em destaque a saúde da criança e da mulher, controle da tuberculose, controle e eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus. Quanto aos programas de hipertensão e diabetes, estão parcialmente implantados, não havendo ainda uma sistematização de acompanhamento dos usuários cadastrados no programa, por meio das consultas.

Os atendimentos relacionados à saúde da criança são desenvolvidos de forma sistematizada e com bons resultados. No entanto, os atendimentos de controle da tuberculose e da hanseníase merecem especial atenção, visto que os usuários continuam sendo encaminhados para as unidades de referências, sendo realizado na unidade apenas o acompanhamento dos casos. A saúde bucal no período estudado, ainda não estava inserida na equipe de saúde da família dessa unidade.

Essas constatações revelam importantes contradições que devem ser postas em evidência e enfrentadas na busca por soluções que coloquem a ESF no lugar que deve ocupar; isto é, como um instrumento eficiente de acesso universal aos cuidados e serviços de saúde, de assistência integral com alta resolutividade, de equidade na assistência e de humanização no atendimento.

Assim, é importante que se potencialize nas equipes de saúde da família; o envolvimento e o conhecimento das áreas adscritas em seu território a fim de que esses profissionais desenvolvam ações efetivas para melhorar o desempenho da assistência à saúde.

Um dos princípios da ESF é o reconhecimento do território e o planejamento das ações de saúde, no entanto ficou evidenciado que as ações desenvolvidas pelos profissionais são realizadas de forma fragmentada, causando uma baixa resolutividade. No capítulo 6, tabela 4, foram demonstrados os indicadores de saúde registrados no SIAB pelas equipes, porém os profissionais declaram não utilizá-los de forma sistematizada para o planejamento das ações na comunidade.

As evidências levantadas por este estudo quanto ao SIAB e ao planejamento das ações pelas equipes vão ao encontro dos achados de (SILVA, 2004; SILVA, LAPREGA, 2005b). Sendo o SIAB uma ferramenta em potencial para o acompanhamento das famílias cadastradas, constata-se que é ainda pouco utilizado pelas equipes para o planejamento de saúde. Por outro lado, a análise dos registros no SIAB demonstrou que existem inconsistências entre os dados registrados e a realidade do território, o que indica o quão importante é a qualificação dos dados, bem como, a capacitação permanente das equipes.

Ressaltamos que o Sistema de Informação não deve ser apenas uma compilação de dados, mas um conjunto de informações, que trabalhadas pelas equipes, devem refletir o cenário estudado e gerar intervenções concretas de mudanças no território. É fundamental a implementação de um sistema que permita avaliar periodicamente e sistematicamente o impacto da atuação de cada equipe em seu território de atuação.

Ficou evidenciado que as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças necessitam ser intensificadas pelas equipes desta unidade a fim de se promover uma maior articulação das ações de saúde com a comunidade, bem como com os outros setores, de forma que se eleve a qualidade de vida. Considerando que a vigilância à saúde atua sobre a coletividade e sobre os grupos mais vulneráveis, busca-se através dela, a participação ativa da coletividade com um maior envolvimento das pessoas.

Assim, destaca-se a necessidade da busca permanente de articulação e atuação intersetorial na priorização e no desenvolvimento de políticas públicas, perseguindo a promoção da saúde e a qualidade de vida da comunidade, a fim de obter o fortalecimento dos serviços de saúde.

Enfim, para que de fato a ESF mude o paradigma assistencial vigente, é preciso que as famílias e os demais atores sociais compreendam os pressupostos desta estratégia, por meio de uma análise profunda da forma de operá-la no sentido de identificar as principais resistências, as quais têm dificultado o processo de mudança.

A observação efetuada no capítulo 6 evidenciou que uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Saúde da

Família em Resistência, está ligada à estrutura física e à provisão de recursos humanos. Essas limitações impedem que haja um funcionamento satisfatório. Sob esse aspecto, a USF de Resistência conta com um espaço físico precário, uma alta rotatividade dos profissionais de saúde das equipes, assim como com uma ausência de capacitação permanente.

Os estudos efetuados ao longo deste trabalho evidenciam a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para o atendimento às famílias. Em especial, é preciso realizar capacitações focadas nos seguintes temas: integralidade das ações, melhorias nos registros das atividades desenvolvidas e nos padrões de interlocução e integração da comunidade com a unidade de saúde.

Os achados desta investigação identificaram também, a necessidade de melhorias estruturais na ESF, principalmente, no que se refere à forma de contratação dos profissionais de saúde, e à execução de melhorias na estrutura física da unidade de saúde estudada, bem como integração com o nível central.

Como desdobramento desta pesquisa, sugere-se o desenvolvimento de estudos específicos sobre a necessidade de novos parâmetros de recursos humanos, em particular, relacionados à revisão do número de pessoas atendidas por equipe e à inclusão de outras categorias profissionais na ESF.

Campos (2000) ressalta em seus estudos, que oferecer às equipes a possibilidade de debruçar-se sobre os resultados do próprio trabalho é um recurso importante para quebrar as cristalizações do grupo, oferecendo evidências realistas do seu processo de trabalho, pois as práticas profissionais têm a capacidade de modificar o sujeito, contribuindo para a produção da autonomia do cuidado em saúde dos indivíduos.

As questões levantadas nesta pesquisa indicam que é extremamente necessário: ampliar a escuta, qualificar o vínculo e buscar inovações de caráter local com a maior interação da comunidade. Em face dessas necessidades, um estudo sobre a demanda espontânea poderia re-conhecer a realidade dessa comunidade e as suas aspirações a fim de efetivar um trabalho integral.

Só assim, os princípios ordenadores da atenção primária, como a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação da focalização na família e da orientação comunitária poderão ser efetivados.

A construção do SUS impõe respostas a vários desafios próprios de seu desenvolvimento. Dentre eles, destacou-se nesse estudo, a necessidade de se buscar soluções que reduzam a fragmentação existente nas ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Quanto aos profissionais da equipe da ESF, eles se surpreendem quando percebem que a 'lógica da necessidade' não corresponde, na prática, à 'lógica do planejamento'. O processo de implantação da ESF coincide, portanto, com um processo mais amplo, o de aprendizagem e compreensão a respeito de uma nova perspectiva de atenção por parte da comunidade e dos profissionais de saúde. Essa concepção se faz gradativamente no cotidiano, no qual se confronta o modelo e a prática desse modelo. Essa lógica não se transforma por decreto e as novas práticas de saúde envolvem ainda, a participação de vários atores.

As proposições incluídas neste estudo são fruto dos resultados encontrados e da análise dos mesmos. Essas conclusões emergem com a finalidade de contribuir, por meio de um trabalho acadêmico, na perspectiva da ampliação e do fortalecimento da estratégia de saúde da família em Vitória.

7.1. Perspectivas da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória

Esta pesquisa focalizou o período de 2000 a 2005, portanto verificaram-se gestões administrativas distintas e com ênfases diferentes em relação às políticas sociais.

No período da gestão de Luiz Paulo Velozo Lucas (1997-2000 e 2001-2004), partiu das seguintes premissas: plano estratégico da cidade 1997-2000, o qual priorizou o atendimento às necessidades emergenciais dos segmentos de menor poder aquisitivo da cidade. Do ponto de vista da concepção do processo de gerenciamento esteve centrado no planejamento e ações urbanas, ambientais, econômicas, sociais e fundiárias integradas, gestão compartilhada no âmbito institucional e participação popular (ZORZAL e SILVA et al, 2006).

A gestão atual do município de Vitória, liderada pelo prefeito João Coser (PT) 2004 - 2007, pauta-se num processo de planejamento democrático e participativo, sistemático e contínuo, integrado, baseado na intersectorialidade e na participação popular; partindo-se da democratização interna no âmbito da Prefeitura; e externa, no âmbito da sociedade civil e dos movimentos organizados (VITÓRIA, 2005a).

Os eixos estratégicos propostos pelo atual governo municipal são: Desenvolvimento sustentável com inclusão social, Democratização da Gestão Pública, Defesa da Vida e Respeito aos Direitos Humanos.

A SEMUS adota a Estratégia de Saúde da Família como o modelo reordenador das práticas da atenção básica e nesse sentido, expandirá a ESF buscando a efetivação do Sistema Único de Saúde; valendo-se para isso, de diversos planos de ação, como: a ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde, a humanização da atenção, o resgate da dimensão cuidadora da saúde, a reestruturação do modelo assistencial e a valorização dos trabalhadores da saúde. Enfim, com um projeto em defesa da vida dos cidadãos.

Nessa direção, a Prefeitura Municipal de Vitória na gestão do prefeito João Coser, instituiu por meio da Lei nº. 6.753/2006, o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), visando a regular a política de gestão do trabalho na saúde, objetivando com isso, valorizar o servidor, incentivando ainda o seu desempenho e a sua permanência nos serviços por meio da construção de vínculos mais efetivos com os usuários do SUS e, por conseguinte, melhorando a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos de Vitória/ES.

As perspectivas de mudanças também são apontadas por equipes do nível central da SEMUS, que através das rodas de educação, discussões e oficinas, buscam mudar o conceito de atendimento prestado atualmente pela ESF. Em 2007, foi iniciada a primeira turma no curso de Especialização em Saúde Pública para profissionais de saúde da atenção básica do município, bem como Qualificação para os Gerentes das Unidades Básicas de Saúde.

Há propostas de oferta de cursos de especialização *lato sensu* para os profissionais da ESF na área de saúde coletiva, como: Especialização em Estratégia de Saúde da Família, Vigilância Sanitária, dentre outros as Capacitações e Treinamentos em

serviço desenvolvidos pela Coordenação de Educação em Saúde, em conjunto com técnicos de outras gerências.

Vale destacar que, a partir da efetivação dos profissionais de saúde na rede de atenção, torna-se imprescindível a sua qualificação para que os mesmos desenvolvam bem as suas atividades na Atenção Básica.

As possibilidades de mudanças são vislumbradas com o processo de integração da Gerência de Atenção à Saúde com a Gerência de Vigilância em Saúde, as demais gerências e as unidades de saúde, tendo a finalidade de se estabelecerem novas estratégias e ações, redefinindo assim, o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Com esse intuito, em 2006, foram desenvolvidas oficinas de integração entre essas gerências e foi desencadeada a organização do processo de trabalho dos técnicos da Secretaria por ciclos de vida: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Os eixos que transversalizam esses ciclos de vida, como: saúde bucal, saúde mental, equipes de doenças transmissíveis e doenças e agravos não-transmissíveis estão inseridas nesse contexto, numa conexão entre a vigilância e a assistência.

Nessa perspectiva, verifica-se que esforços estão empregados no sentido de se desenvolverem ações de saúde planejadas, nas quais ocorram a integração entre o nível central e o local, respeitando assim, o indivíduo de forma integral.

No campo do monitoramento e de avaliação da atenção básica, a SEMUS está desde agosto de 2007, em processo de adesão da Avaliação para Melhoria da Qualidade²⁶ da Estratégia de Saúde da Família – AMQ, uma proposta do Ministério da Saúde para os municípios. Dessa forma, o município confirma o compromisso político de fortalecer a avaliação da Atenção Básica, buscando melhorar a atenção à saúde da população.

Compreende-se que as discussões realizadas neste estudo, referem-se a questões inerentes ao território de Resistência, entretanto; espera-se que contribuam de alguma forma, para novas reflexões a respeito da ESF.

²⁶ AMQ: Trata-se de uma metodologia de gestão interna ou auto-gestão dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a Estratégia de Saúde da Família. São estabelecidos parâmetros de qualidade para a estratégia, de avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão e do compromisso com a qualidade da atenção à saúde.

8 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L.; Distritos sanitários: Concepção e Organização. **Saúde & Cidadania**. São Paulo, v. 1, 2002.

AMORIM, L. **Rede de saúde com atendimento diferenciado**. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.htm>. Acesso em: 05/11/2006.

ANDRADE, K. L. C. FERREIRA. E. F. Avaliação da inserção da odontologia no programa de saúde da família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.11. n. p. 123-130, Rio de Janeiro, 2006.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora UEL, 2001.

ARAÚJO, M. D. **O Cotidiano de uma equipe do programa de saúde da família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005. 221f. Tese (Doutorado em psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

BARROS, M. C. M. M. de. **Piso da Atenção Básica: Um Estudo de Caso da descentralização da Saúde no Brasil**. 2003. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Economia Social e do Trabalho). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

BIENENSTEIN, G. **Estudo de Caso: Projeto Terra - Jaburu – Projeto Integrado de Desenvolvimento Social, Urbano e de Preservação ambiental em áreas habitadas por população de baixa renda; intervenção no bairro Jaburu**. Vitória/ES, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.080/1990**. In: Coletânea da Legislação básica 5. Brasília: MS, 1991a.

_____. **Lei n.º 8.142/1990**. In: Coletânea da Legislação básica 5. Brasília: MS, 1991b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília. Nov. 1998b.

_____. Constituição (1988). **Constituição [da] República federativa do Brasil**. Brasília. Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 1999.

_____. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Informes Técnicos – Institucionais. **Revista de Saúde Pública**. Brasília. v. 34 n. 3, p. 316-319. junh, 2000.

_____. _____. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. Jan. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à saúde – NOAS-SUS 01/01**. Documento Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos. n. 116, Brasília: 2001b.

_____. _____. **Departamento de Atenção Básica: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF**. Brasília, 2002a.

_____. _____. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: Avanços e Limites**. Brasília, 2002b.

_____. _____. Secretaria de políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. _____. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002**. Brasília: 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. Informe técnico-institucionais. **Revista Brasileira de Materno Infantil**, v. 4, n. 4. p. 449-459, out / dez., 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: Série Técnica. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: Caso Brasil.** Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS. Brasília: 2004d.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Seminário do CONASS para construção dos consensos.** Brasília: CONASS, 2004e.

_____. _____. **Programas e Projetos: PACS/PSF.** Disponível em: < <http://www.saude.rj.gov.br/viversaude/intos/psaufam.htm> >. Acesso em: 28/09/2004f.

_____. _____. **Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos – síntese dos principais resultados.** 2. edição. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2005a.

_____. _____. **Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família.** Documento Técnico. Brasília: 2005b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 2005c

_____. **Portaria Interministerial nº. 2.101,** de 3 de Novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. 2005d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº. 648,** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Pacto pela Saúde, Ministério da Saúde. v. 4. Brasília, 2006a.

_____. _____. Secretaria executiva: **Diretrizes operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Série Pactos pela Saúde. v. 1. Brasília, 2006b.

_____. _____. **Departamento de Atenção Básica.** Brasília. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> > Acesso em: 25 set. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios.** 2ª Edição. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Saúde da Família no Brasil: Uma análise de indicadores selecionados de 1998 – 2004. Brasília, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF. Brasília. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/proesf> > acesso em: 03 de Nov. 2006g.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): Considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n. 3: p. 725-731. 2006.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**. v. 1. n. 41: p. 150-153. 2007.

BOURGUIGNON, D. R. et al. Recursos Humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Saúde em Debate**. v. 27. n. 65, p. 310-315, set/dez. 2003.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: Uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Conferência Nacional de Saúde On-line. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>> acesso em 31/01/2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1: p. 163-177. 2000.

CAMPOS, W. S. C. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, W. S. C. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2: p. 569-584. 2003.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa Saúde da Família**. Doutorado em saúde coletiva. Unicamp. Campinas, São Paulo. 2003

Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

CARVALHO, M.C.B. **Avaliação de Projetos Sociais**. In: Ávila. C. M. Gestão de Projetos Sociais. Coleção Gestores Sociais. São Paulo, AAPCS. 1999. p. 57-77.

CARVALHO, B. G. et al. Organização do sistema de saúde no Brasil. In: **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL 2001, Cap. 2.

CARVALHO, A. de O.; EDUARDO, M. B. de P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios**. Saúde & Cidadania. Editora Fundação Petrópolis. V.6, p. 17-51, São Paulo, 2002.

CASER, M. C. **O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica: contando experiência e buscando alternativas para o SUS. O caso de Vitória – ES**. 2006. Dissertação de mestrado (mestrado em Atenção à Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2006.

CAVALCANTE, M. das G. S. et al. **Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de saúde da família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro**. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*. v. 6, n. 4, p. 437-445, 2006.

CIANCIARULLO, T. I. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Editora Robe, 2002, p. 17-35.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**. v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.4, n. 2. p. 315-329, 1999.

CONILL, M. E. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**. 18 (supl.), p. 191-202, 2002a.

_____. Complementando a discussão sobre a atenção básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 7 (3), p. 413-429, 2002b.

COTTA, R. M. M; et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento : a importância da visita domiciliar no contexto do programa de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva para a sociedade**. Online: Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos>: Acesso em: 16/02/2007.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa**. 2ª ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

DAGNINO, E. Sociedade Civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D.; (Orgs.). **Políticas de Ciudadanía y Sociedad civil em tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004, p. 95-110.

D' AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. 2001. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.

DOIMO, A. M.; BANCK. G. A. **Entre a utopia e a estratégia: um estudo de caso de um movimento social urbano**. 1ª Edição, Vitória: Cultural, 1989.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment (explorations in quality assessment and monitoring, volume I. Ann arbor, Health Administration Press, 1980.

DORNELAS, M. A. **Territorialização enquanto princípio da governança nas Políticas Públicas de Saúde: um estudo de caso no Recife-PE**. Tese de Doutorado em Sociologia – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Recife, 2007.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3ª edição, São Paulo: Editora Artmed, 2006.

FRANCO, T. B. **Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: O caso de Luz (MG)**. In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. p. 161-197.

FRANCO, S. C. CAMPOS. G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Caderno de Saúde Pública**. v. 14. n. 1. p. 61-70, Rio de Janeiro, 1998.

FRANCO, T. B; MERHY. E. Criação das Organizações Sócias: as organizações sociais e o SUS. **Conferência Nacional de Saúde – Online**: Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas>: Acesso em: 06/05/2007.

FELISBERTO, E. **Avaliação do Processo de Implantação da Estratégia da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDIPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no Estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999**. Recife, 2001. Dissertação de Mestrado – Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na atenção básica: novos horizontes. Informe técnico-institucional. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. n.4. v. 3. p. 317-321, 2004.

FONSECA, T. M. M. **Estudo etnográfico sobre o significado da Estratégia Saúde da Família, atribuído por famílias do município de Vitória-ES**. 2003. 185f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22. n.6. p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. A atenção à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais da década de 1990. **Caderno de Saúde Pública**. v. 5. p.951-962, 2006.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

HARTZ, Z. M. de A.; CAMARCHO, L. A. B. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v.12 (supl. 2). p. 13-20, 1996.

HARTZ, Z. M. de A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. **Caderno de Saúde Pública**. v. 4. n. 2. p.341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Caderno de Saúde Pública**. V. 20 (supl. 2). p. 5331-5336, 2004.

HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (orgs). **Avaliação em Saúde: dos Modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005, p. 15-40.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T. Efetividade do Programa saúde da Família: qual o papel do PSF na redução da mortalidade infantil? **Informe da Atenção Básica**. Departamento da Atenção Básica. Brasília, ano VII, n. 33, jan./fev. 2006.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M. ROSA. M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistema de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 16. n. 1: p. 231-239, 2000.

IBAÑEZ, N; et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11. n. 3: p. 683-703, 2006.

IBGE. **Cidades@**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> acesso em: 13 Out. 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Ed. ver. E ampl. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Líber Livro Editora 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LUCCHESI, P. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8. n.2: p. 439-448, 2003.

MACHADO, M. H. Programa saúde da família no Brasil – Algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MACIEL, P. M. A. **A mulher idosa num grupo de convivência: um estudo na perspectiva de enfermagem**. 2002. Tese de doutorado em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MACINKO, J. Instrumento de Avaliação da Atenção Básica – sua utilização no Brasil. **Gestão da Atenção Básica**. Revista Brasileira Saúde da Família. Ano VIII. Abril a Junho, 04-07, 2007. Ministério da Saúde.

MALIK, M. A.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. **Saúde & Cidadania**. Editora Fundação Petrópolis. V.3, p. 11-29, São Paulo, 2002.

MARTINUZZO, J. A. **Projeto Terra: Vitória para todos**. Prefeitura Municipal de Vitória-ES, 2002.

MARQUES, R. M.; MENDES. Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Caderno de Saúde Pública**. v. 18 (suplemento): p. 163-171, 2002.

MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Avaliando o programa de saúde da família. In: SOUSA, M. F. (Org). **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Os Grandes Dilemas do SUS**: Tomo I e II. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo. Editora Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 2004.

MINAYO, M. C. S, et al. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NUNES, M. O. et al. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**. v. 18, n. 6: p. 1629-1638, nov.-dez, 2002

OLIOSA, D. M. S. **Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa**. 1999. 142f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

OLIVEIRA, M. C. B. A de; OLIVEIRA, M. A. Territorialização como estratégia para a cobertura na campanha de vacinação em idosos. In: 3ª EXPOEPI, 2004. **Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de doenças**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 55-57.

PAIM, J.S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2. p. 243-261, 1999.

PASSAMANI, J. D. **Programa Saúde da Família em Jardim da Penha: A construção do acesso em um território de classe média**. 2006. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva., Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

PEREIRA, M. P. B; BARCELLOS, C. **O território no Programa de Saúde da Família**. Disponível em: < [http:// www.hygeia.ig.ufu.br](http://www.hygeia.ig.ufu.br)> acesso em: 14 de Novembro de 2007.

RIBEIRO, M. E.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20. n. 2. p. 438-446, 2004.

ROCHA, N. de S. P. D. **Análise do Programa Saúde da Família no município de Natal-RN: Inovações assistenciais?** 2000. Dissertação de mestrado (mestrado em Política, Planejamento e administração em saúde) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro, 2000.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**. v.18 (suplemento): p. 203-211, 2002.

SIQUEIRA, M. da P. S. **A industrialização e empobrecimento urbano: O caso da Grande Vitória, 1950-1980**. Vitória/ES. EDUFES, 2001.

SILVA, V. C. **O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES**: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. 2004. Dissertação de mestrado (mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São

Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005b.

SOUZA, H. M. Programa de Saúde: Entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial, p. 6-18, dezembro, 2000.

SOUSA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

_____. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **A Real – Idade do PSF: Conversando com quem faz**. Rio de Janeiro: CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2004.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva>> acesso em: 16 de janeiro. 2007.

SOUZA, R. A. de.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da família e qualidade de vida: Um olhar da psicologia. **Estudos de Psicologia**. V. 8. n. 3. p. 515-523, 2003.

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

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

TANCREDI, F. B. et al. Planejamento em Saúde. **Saúde & Cidadania**. Editora Fundação Petrópolis. V.2, p. 11-17, São Paulo, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelos de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Brasil. **Saúde em debate**. 2003, 27(65); 257-277.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R.; **Como fazer teses em saúde pública: Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TRAD, L.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 426-435, 1998.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, C. M. de.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Fiocruz, 2006, p. 531-562.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suplemento, p. 225-264, 2005.

VIEIRA, T. E. et al. O programa saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 17. n. 3. p. 119-126, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2005, p. 15-40.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Diagnóstico situacional da Região VI de Vigilância em Saúde – São Pedro**. Vitória, 1995a.

_____.
_____.
_____. **Territorialização: Uma proposta para Região da Grande São Pedro**. Vitória, 1995b.

_____.
_____.
_____. **Relatório das Unidades de Saúde de São Pedro**. Centro de Documentação da Secretaria Municipal de Vitória. Vitória, 1998.

_____.
_____.
_____. Departamento de Avaliação e controle. **Estudo comparativo para o redimensionamento dos Serviços de Pronto Atendimento do Município de Vitória**. Vitória, 1999.

_____.
_____.
_____. **Projeto de Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS na Região de São Pedro**. Vitória, 2001.

_____. _____. _____. **3ª Conferência Municipal de Saúde de Vitória.** Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Relatório Final, 2000.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Diagnóstico da gestão plena do sistema municipal.** Vitória: Centro de documentação, 2002.

_____. _____. _____. **Avaliação do Programa de saúde da família no município de Vitória: Nível central e Região de Maruípe – Território de Andorinhas, Consolação e Maruípe.** Vitória, 2004.

_____. _____. _____. **Plano Municipal de Saúde: Gestão 2005/2009.** Vitória, 2005.

_____. _____. Vitória 454 anos: **A cidade que a gente faz.** Informativo editado pela Coordenação de Comunicação. Set. 2005b

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. **Projeto São Pedro.** Disponível em: < <http://www.vitoria.es.gov.br> > acesso em: 25 abril. 2006a.

_____. _____. Secretaria Municipal de Desenvolvimento da Cidade. **Dimensões da democracia participativa no Projeto Terra.** Vitória, 2006b.

_____. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Regulação, Controle e Avaliação: **Análise dos dados de Morbidade pela classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – décima revisão (CID-10), no município de Vitória,** 2006c.

_____. _____. _____. **Sistema de Informação da Atenção Básica,** Vitória, 2006d.

VITÓRIA, Prefeitura Municipal. Secretaria de Desenvolvimento da Cidade. **Histórico dos Bairros.** Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/sedec.htm>. Acesso em 27 Jan. 2007.

ZORZAL e SILVA, et al. **Dimensões da Democracia Participativa no Projeto Terra – Vitória (ES).** Relatório Técnico-científico de pesquisa apresentado ao Conselho Municipal de Ciência e Tecnologia da Prefeitura Municipal de Vitória. Vitória, 2006.

WERNER, R. C. D. **Realidades e perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador no município de Vitória-ES**. 2006. Dissertação de mestrado (mestrado em Atenção à Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2006.

APÊNDICE A

1- FORMULÁRIO PARA ENTREVISTAS COM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA/EQUIPE:

	EQUIPE 1	EQUIPE 2	TOTAL
Número da área de abrangência			
Número de ACS cadastrado/ micro áreas			
Número de famílias existentes			
Número da população atendida			
Número de famílias cadastradas			
Numero de profissionais			
Número da população do bairro			

2- Composição e perfil da equipe:

PROFISSIONAIS	SEXO	IDADE	FUNÇÃO	CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO OU APERFEIÇOAMENTO	TEMPO DE EQUIPE	TIPO DE VÍNCULO
1- A						
2-B						
3-C...						

3- Agentes Comunitários de Saúde:

PROFISSIONAIS	SEXO	IDADE	Nível de escolaridade	Tempo de equipe	Capacitação na ESF	Tipo de vínculo	Nº. de famílias atendidas
1-A							
2-B							
3-C...							

II- AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DA ESF:

4- Como você se sente em relação às suas atividades profissionais desenvolvidas na ESF?

5- Como profissional atuante na estratégia você consegue verificar mudanças de hábitos de saúde ocorridas nas famílias?

6- Dentre as atividades desenvolvidas pelas equipes, quais são realizadas com mais frequência?

7- São realizadas reuniões de equipe?

Quinzenal () mensal () bimestral () semestral () anual () outros ()

8- Descreva quais as ações programáticas que estão implantadas na unidade e como são realizadas.

9- São desenvolvidas ações educativas para comunidade?

9.1-() Sim, quais _____

9.2-() Não, porque _____

10- Quais são os cuidados prestados nas visitas domiciliares pela equipe?

11- Todos os profissionais da USF participam na consolidação do SIAB mensalmente? Os dados do SIAB são desenvolvidos em forma de planejamento? Se negativo, por quê?

12- Qual a maior dificuldade para desenvolver as atividades de promoção e vigilância a saúde?

13- Quais são os principais problemas (dificuldades) para consolidação do ESF?

14- O que a ESF ocasionou de novo para a sua vida profissional?

15- Quais são suas expectativas em relação à estratégia?

16- Quais os avanços e inovações você identifica nas práticas do serviço de saúde com a implantação da ESF?

17- São realizadas ações de promoção à saúde na Unidade de Saúde?

() sim () Não,

17.1- Se sim, quais?

17.2- Se não, por quê?

18- São desenvolvidas ações de vigilância à Saúde na Unidade de Saúde?

() sim () Não,

18.1- Se sim, quais?

18.2- Se não, por quê?

19- Quais atividades que vocês mais desenvolvem na ESF?

20- É desenvolvido acolhimento na USF?

21- O que significa para você o vínculo com o usuário/comunidade?

APÊNDICE B

2- FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA DOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

I – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1. Nome: _____
2. Sexo: _____
3. Grau de instrução: _____
4. Idade: _____
5. Ocupação: _____

II-TEMPO DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE.

- 6 - Há quanto tempo reside nesta comunidade?
- 7 - É usuário dos serviços da USF?
() sim () Não,
- 7.1 – Se sim, há quanto tempo?
- 8 - Em que situação procura os serviços da USF?
- 9 - Com que periodicidade você procura os serviços de saúde da USF?
() Quinzenal () Mensal () Bimestral () Semestral () Anual () outros

III – CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS SOBRE A ESF:

- 10- De que forma a ESF chegou nesta comunidade? Como a população vem participando?
 - 11- Quem faz parte da ESF?
 - 12 - Você sabe o que é a ESF? () sim () não
 - 13 - Você poderia dizer quais são as ações que a ESF faz para a comunidade?
 - 14 - Quais são as mudanças que você identifica a partir dessas ações?
 - 15 - Antes da ESF, quanto tempo levava para agendar uma consulta na USF?
 - 16 - Antes da implantação deste programa como era a assistência a saúde no bairro? Havia alguma forma de assistência à saúde no bairro?
() sim () Não,
 - 16.1 – Se sim, qual?
 - 17 - Onde você procurava atendimento de saúde antes da implantação do PSF?
- #### IV- SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM RELAÇÃO À ESF:
- 18 - O que mudou com a implantação da ESF para a comunidade?

19 - Em relação à saúde da sua família, após implantação da ESF, como você avalia as condições de atendimento?

() Piorou () Não Mudou () Melhorou () Não Sabe

19.1 - Por quê?

20 - Qual o tipo de atendimento você procurava?

21 - Atualmente com a ESF quanto tempo leva para agendar uma consulta?

22 – Quando agendado é bem atendido, e seu problema é resolvido?

23 - Quando encaminhado para outro serviço de saúde, consegue atendimento?

24 - O que você espera da ESF?

25- O que mudou para a saúde da sua família com a ESF? O que mais contribuiu para a melhoria de saúde da sua família?

26 - Quais são os outros fatores que promoveram mudanças neste bairro, em sua opinião?

APÊNDICE C

ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, SEGUNDO METODOLOGIA DE LEFEVRE & LEFEVRE: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.

IAD 1 (Instrumento de Análise do Discurso)

Análise da questão 04- Como você se sente em relação às atividades profissionais desenvolvidas na ESF?

EXPRESSÕES-CHAVES	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
<p>01- Bom, eu acho que eu gosto muito de trabalhar com a criança, eu faço preventivo, né. E faço atendimentos gerais, o que eu gosto mesmo mais é de trabalhar com a criança.</p> <p><u>Aqui, tem muitas coisas pra melhorar, aqui é praticamente impossível, porque nós enfermeiros não temos sala aqui, agente atende no corredor...</u> Não é nem permitido que agente faça isso, agente ouve no corredor o problema do paciente, ou às vezes agente vai para o refeitório, agente não tem médico e o enfermeiro não pode assumir um pré-natal sozinho, agente pode até realizar acompanhamento, mais não ficar assumindo o pré-natal sozinho. Eu vou referenciar a quem? Se a gestante tiver uma gravidade ou alteração que precise do atendimento médico? Eu tenho muito tempo que trabalho na prefeitura já fui capacitada, então eu sempre atendi mulheres, crianças, então eu atendia muito, eu já identifiquei criança com sopro bem audível, aí eu encaminho para pediatra, para acompanhamento e teve até que fazer cirurgia desta criança. No PSF é possível fazer esse tipo de atendimento, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança eu até gostaria de estar fazendo de forma mais sistemática, mas eu não tenho onde atender, já fiz cursos para isso. A imunização já fui coordenadora da imunização, então é uma coisa que pra mim foi praticamente minha vida toda, então eu me identifico mais com a saúde da criança e imunização. ENFERMEIRA</p>	<p>A- Bom, eu acho que eu gosto muito de trabalhar com a criança, eu faço preventivo, né. E faço atendimentos gerais, o que eu gosto mesmo mais é de trabalhar com a criança.</p> <p><u>B- Aqui, tem muitas coisas pra melhorar, aqui é praticamente impossível, porque nós enfermeiros não temos sala aqui, agente atende no corredor...</u></p>	<p>Satisfação no trabalho desenvolvido</p>

APÊNDICE D

IAD 2 (Instrumento de Análise do Discurso)

Análise da questão 04: Como você se sente em relação as suas atividades profissionais desenvolvidas na ESF?

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<p>1-Bom, eu acho que eu gosto muito de trabalhar com a criança, eu faço preventivo, né. E faço atendimentos gerais.</p> <p>2- Eu me sinto bem trabalhando no PSF, mas nós não conseguimos desempenhar nossas atividades direito.</p> <p>3- Eu não me sinto num PSF... Pra mim o PSF sou eu estar saindo para visitar é estar acompanhando gestantes, crianças, o RN, Eu não estou satisfeita com o PSF.</p> <p>4- Nós parecemos “pombo correio”, garoto de aviso de recado. Não estou cumprindo minha função...</p> <p>5- Eu gosto de trabalhar aqui.</p> <p>6-Que agente fica muito tapando buraco, apagando incêndio, o PSF mesmo é muito bonito mais agente não está fazendo.</p> <p>7- Mas pra ser sincera eu gosto mais de trabalhar no hospital né!</p>	<p><i>Bom, eu acho que eu gosto muito de trabalhar com a criança, eu faço preventivo, né. E faço atendimentos gerais. Eu me sinto bem trabalhando no PSF, mas nós não conseguimos desempenhar nossas atividades direito, às vezes eu não me sinto num PSF... Pra mim o PSF sou eu estar saindo para visitar é estar acompanhando gestantes, crianças, o RN, Eu não estou satisfeita com o PSF. Nós parecemos “pombo correio”, garoto de aviso de recado. Não estou cumprindo minha função... Com todas dificuldades eu gosto de trabalhar aqui. Que agente fica muito tapando buraco, apagando incêndio, o PSF mesmo é muito bonito mais agente não está fazendo. Mas pra ser sincera eu gosto mais de trabalhar no hospital né!</i></p> <p><i>(DSC)</i></p>

APÊNDICE E

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Prezado (a) Sr (a),

Sou aluna do curso de Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva – Centro Biomédico e, como requisito para obter o título de mestre, estou desenvolvendo uma pesquisa, com o objetivo de **“Avaliar a implantação da Estratégia Saúde da Família, analisando a produção de resultados eficazes e efetivos no atendimento à comunidade em Resistência – Região de São Pedro, no município de Vitória/ES”**.

Os participantes dessa pesquisa são as famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família – ESF, na Unidade de Saúde da Família no bairro de Resistência, moradoras no bairro há mais de três anos e que queiram participar voluntariamente e profissionais de saúde que atuam nesta unidade.

Gostaria de deixar claro que as informações obtidas pela entrevista serão mantidas em sigilo e você não será identificado (a) pelo nome. Todas as informações ficarão sob responsabilidade da pesquisadora e serão utilizadas apenas para fins científicos.

É bom lembrar que a sua participação é estritamente voluntária e que, a qualquer momento você poderá desistir de participar. O participante terá todo o direito ao esclarecimento de qualquer dúvida a respeito da pesquisa, sempre que julgar necessário.

Neste sentido, solicito autorização para entrevistá-lo (a) e gravar a entrevista, pois será realizada análise dos relatos coletados, numa abordagem qualitativa.

Diante dos esclarecimentos acima, eu, _____
aceito a participar da pesquisa, cujo título provisório é **“Estratégia Saúde da Família: o Processo de Implantação em uma comunidade”**. Aceito ser entrevistado (a) pela pesquisadora, bem como autorizo a gravação da entrevista e utilização das informações para fins científicos.

Vitória, ____/ ____/ 200 .

Assinatura do (a) participante: _____

Nome da pesquisadora: Sheila Cristina de Souza Cruz

ANEXO 1

TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO BIOMÉDICO

Vitória-ES, 22 de dezembro de 2005

Do: Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico

Para: Profa. Marta Zorzal e Silva
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Processo de Implantação do Programa Saúde da Família – PSF”**

Senhora Pesquisadora,

Através deste informamos à V.Sa., que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Processo de Implantação do Programa Saúde da Família – PSF”**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em reunião ordinária realizada em 21 de dezembro de 2005.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro Biomédico / UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO 2

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE**



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde

DECLARAÇÃO

Declaramos que o projeto de pesquisa intitulado "Programa de Saúde da Família, O Processo de Implantação em uma Comunidade", de autoria de Sheila Cristina de Souza Cruz, foi aprovado para sua realização no âmbito da SEMUS, incorporando este serviço como campo de pesquisa.

Tânia Mara Machado Fonseca
Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde

ANEXO 3

RELATÓRIO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO

ATIVIDADES / PRODUÇÃO			MARCADORES		
CONS MÉDICA	Residentes fora da área de abrangência		Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos		
	Residentes na área de abrangência da equipe	< 1		Acidente Vascular Cerebral	
		1 – 4		Infarto Agudo do Miocárdio	
		5 – 9		DHEG (forma grave)	
		10 – 14		Doença Hemolítica Perinatal	
		15 – 19		Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
		20 – 39		Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
		40 – 49		Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
		50 – 59		Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
		60 e mais		RN com peso < 2500 g	
		Total		Gravidez em < 20 anos	
	Total Geral de consultas		0	Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiros	Puericultura		Hospitalizações em < 5 anos por desidratação		
	Pré-Natal		Hospitalizações por abuso de álcool		
	Prevenção de Câncer Cérvico-Uterino		Hospitalizações por complicações do diabetes		
	DST/AIDS		Hospitalizações por qualquer causa		
	Diabetes		Internações em Hospital Psiquiátrico		
	Hipertensão		Óbitos em < 1 ano por todas as causas		
	Hanseníase		Óbitos em < 1 ano por diarreia		
	Tuberculose		Óbitos em < ano por infecção respiratória		
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica		Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos		
	Radiodiagnóstico		Óbitos de adolescentes (120-19) por violência		
	Citopatológica cérvico-vaginal				
	Ultrassonografia obstétrica				
	Outros				
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado				
	Internação Hospitalar				
	Urgência/Emergência				
Internação Domiciliar					
PROCEDIMENTOS	Atendimento específico para AT				
	Visita de Inspeção Sanitária				
	Atend. Individual Enfermeiro				
	Atend. Individual outros prof. Nível superior				
	Curativos				
	Inalações				
	Injeções				
	Retirada de pontos				
	Terapia de Reidratação Oral				
	Sutura				
	Atend. Grupo – Educação em Saúde				
	Procedimentos Coletivos I (PC I)				
	Reuniões				
	VISITAS DOMICILIARES				
		Médico			
		Enfermeiro			
		Outros profissionais de nível superior			
		Profissionais de nível médio			
		ACS			
		Total			