

**JUDITE HENNEMANN BERTONCINI**

**DA INTENÇÃO AO GESTO – ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO  
DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BLUMENAU**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**“ DA INTENÇÃO AO GESTO-ANALISE DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM BLUMENAU”**

AUTORA: Judite Hennemann Bertoncini

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE:

**MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM: **ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Prof. Dra. Vera Lúcia G. Blank  
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Eleonor Minho Conill  
(Presidente)

Prof. Dr. João Carlos Caetano  
(Membro)

Prof. Dr. Alcides Rabelo Coelho  
(Membro)

Prof. Dra. Águeda Lenita Pereira Wendhausen  
(Membro)

Prof. Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp  
(Suplente)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**DA INTENÇÃO AO GESTO – ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BLUMENAU**

**JUDITE HENNEMANN BERTONCINI**

**ORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA ELEONOR MINHO CONILL**

**Florianópolis – SC**

**Dezembro de 2000**

## ***AGRADECIMENTOS***

Ao meu marido Marco, companheiro sempre e de mais este percurso.

Ao meu filho Pedro, pelas mil histórias interrompidas e sua torcida para que eu chegasse ao fim.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eleonor Minho Conill, pela paciência, estímulo e carinho no compartilhar o seu conhecimento comigo.

Ao meu pai (in memorian) e minha mãe que me ensinaram a gostar de aprender e viabilizaram a minha formação.

À Adelaide minha irmã e Cristine minha amiga, pelo apoio e suporte com o Pedro nas minhas ausências.

À Saleti, amiga e colega de mestrado pela acolhida em Florianópolis.

Às Equipes de Saúde da Família de Blumenau que responderam ao questionário e foram entrevistados, possibilitando e construindo junto esta reflexão.

Aos profissionais que participaram das entrevistas, ao presidente do Conselho Municipal de Saúde de Blumenau e ao Secretário municipal de saúde e técnicos da secretaria pela disponibilidade e apoio dispensados.

À Pós-graduação pela oportunidade e aprendizagem proporcionadas.

## **RESUMO**

No contexto das políticas de reforma racionalizadoras impulsionadas pelas sucessivas crises do setor saúde, o Programa Saúde da Família é implantado no Brasil como Programa em 1994, se expandindo e passando a ser estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir de 1998, através de mudanças gradativas no desenho da operação das políticas de saúde. No município de Blumenau o PSF foi implantado em 1994, entre os pioneiros em Santa Catarina com duas equipes (ESF) após a sua adesão à modalidade de gestão semi-plena, passando em 1995 para 21 equipes. Este estudo é uma pesquisa avaliativa, com os objetivos de descrever e analisar os fatores que influenciaram a implantação do PSF no município e seu contexto, as práticas sanitárias desenvolvidas pelas equipes de saúde da família e alguns efeitos dessa intervenção no acesso e na integralidade da atenção. Utilizou-se metodologia quantitativa com triangulação de fontes e qualitativa, procedendo a análise de discurso. Foi utilizado como fontes de dados, questionário respondido pelas equipes e entrevista semi-estruturada com os profissionais do PSF e análise documental. Observou-se um desaceleramento das atividades do PSF em Blumenau no mesmo período que o programa se expandiu no nível nacional (entre 1997-99). O estudo mostrou que o PSF induziu melhorias na integralidade da atenção pelo aumento das ações de promoção e prevenção e manutenção das de reabilitação e cura. Conseqüentemente, aumentou o acesso da população às ações de saúde decorrente da descentralização e da introdução de práticas inovadoras pelas ESF como relações de acolhimento, responsabilização e produção de vínculo com a população. Acrescidos da parceria e forte aliança estabelecidas com o Conselho Municipal de saúde, estes parecem ter sido os elementos fundamentais para a continuidade do PSF, no município. Os maiores problemas e desafios revelados para a consolidação do PSF no município, foram na área de qualificação e desenvolvimento de recursos humanos e relativos às dimensões técnica e política de gerência e gestão.

## ***ABSTRACT***

The formulation and implementation of the Family Health Program in Blumenau. In the context of the policies to rationalize, drove by successive crises in the health care sector, the Family Health Program is introduced in Brazil as a program in 1994, expanding itself and becoming a strategy of reorientation for the health policy since 1998, through graded changings in the operational scheme of the health policy. In the county of Blumenau the Family Health Program was introduced in 1994, with two teams, after its adhering to the system of "Gestão Semi-plena", growing to 21 teams in 1996. This study is a research of evaluation and it has the aim of describe and analise the factores that had influence over the introduction of the Family Health Program in Blumenau and its context. The sanitary pratical measures developed by the teams of family health and some of its effects over the acessibility and comprehensiveness of the care. It has been used a quantitativite methodology with triangulation of the sources and qualitative aspects, proceding the analises of the speech. It has been used as a source of data, a survey questionnaire that was answered by the teams and a semi-framed interview with the professionals of the Family Health Program and, a analise of the documents. It was observed a slowing down in the Family Health Program activities in Blumenau at the same time when the program had a nationwide expansion. (between 1997 and 1999 ). The survey showed that the program led to an improvement of the comprehensiveness of the care by the increasing of the measures for promoting, prevention and sustaining of rehabilitation and cure. Consequently, there was a raise in the acessibility of the population to the actions of health due to decentralization and introduction of new pratices by the family health teams like, welcome relationship, responsabilization and keeping of a bond with the population. Aded to the partnership and strong link set with the Community County Board Health, those seem to be the basic elements to the continuity of the program in Blumenau. The huge problems and challenges ufolded to the consolidation of the Health Family Program in the county, were in the field of qualification and development of human resourses and also related to technical aspects and the policy of managment and administration.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
APRESENTAÇÃO.....	10
1 - O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DAS REFORMAS .....	13
1.1 - O SUS / Sistema Único de Saúde e o PSF .....	13
1.2 - Programa Saúde da Família – uma estratégia.....	26
1.3 - Avaliação de sistemas de saúde e da Atenção Primária de Saúde.....	35
2 – OBJETIVOS .....	41
3 - PERCURSO METODOLÓGICO .....	42
4 - O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DO PSF .....	55
4.1 - Aspectos históricos, demográficos, sociais e econômicos do município .....	56
4.2 - PSF chega no município.....	57
5 – DA INTENÇÃO AO GESTO: O PSF EM BLUMENAU .....	61
5.1 - Dimensões conceituais: o que é o PSF .....	61
5.2 - Dimensões Estruturais .....	62
5.2.1 - Características da população cadastrada .....	62
5.2.2 - Recursos humanos .....	64
Composição das equipes .....	64
Desenvolvimento e qualificação .....	70
5.2.3 - Recursos físicos, materiais e insumos .....	74

Equipamentos e materiais .....	74
Material de enfermagem, de expediente e educativo .....	76
Medicamentos e vacinas .....	77
5.3 - Dimensões relacionadas ao sistema: referência e contra-referência.....	80
5.4 - Dimensões territoriais.....	83
5.4.1 - Território, adstrição da população, e co-responsabilidade .....	83
5.4.2 - Humanização e vínculo .....	85
5.5 - Dimensões das práticas em saúde.....	86
5.5.1 - Atividades assistenciais .....	86
Saúde da mulher.....	88
Atenção à criança.....	91
Saúde do adulto.....	91
Vigilância epidemiológica e sanitária .....	94
5.5.2 - O cotidiano integra as atividades.....	94
5.5.3 - Operando o SIAB .....	98
5.5.4 - Planejamento, programação e avaliação.....	100
5.5.5 – Intersetorialidade.....	104
5.5.6 - Controle social, participação popular e o PSF.....	105
5.5.7 - Relação da ESF com a coordenação e gestão municipal.....	107
5.5.8 - Dificuldades para o trabalho das ESF.....	110
5.5.9 - Benefícios do PSF para a população .....	111
5.5.10 - Perspectivas do PSF no município .....	111
6 DISCUSSÃO .....	113
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	128
ANEXOS .....	135



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de encaminhamentos (para especialidade, emergência e internação) por consulta médica, por ESF. ....	81
Gráfico 2 – Ações de saúde da criança, ofertadas antes e depois do PSF nas unidades. ....	87
Gráfico 3 – Ações de pré-natal e atenção à puérpera, ofertadas antes e depois do PSF.....	88

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Faixa de cobertura populacional e valores anuais do incentivo financeiro por equipe de PSF .....	20
Quadro 2 – Mudanças necessárias para transformação do paradigma sanitário .....	26
Quadro 3 – Comparativo das definições do PSF nos documentos do Ministério da Saúde e do aporte teórico sobre atenção primária de saúde .....	32
Quadro 4 – Variáveis: características da população cadastrada.....	45
Quadro 5 – Variáveis de estrutura .....	46
Quadro 6 – Variáveis: atividades e práticas.....	47
Quadro 7 – Variáveis de acesso .....	49
Quadro 8 – Variáveis de integralidade.....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Saneamento e escolaridade da população cadastrada .....	63
Tabela 2 – Saneamento da população cadastrada e de Blumenau .....	64
Tabela 3 – Medicamentos disponíveis para a ESF .....	78
Tabela 4 – Atividades de pré-natal, puerpério e saúde da mulher realizadas antes e depois do PSF .....	90
Tabela 5 – Atividades de saúde da criança realizadas antes e depois do PSF .....	91
Tabela 6 – Atividades de saúde do adulto (controle do diabetes, hipertensão, DST) realizadas antes e depois do PSF .....	92
Tabela 7 – Atividades para o controle de hanseníase, tuberculose, saúde do idoso, do adolescente e pequena cirurgia .....	93

## APRESENTAÇÃO

A avaliação em saúde no contexto das sucessivas transformações por que tem passado o setor é fundamental e pode instrumentalizar tanto as práticas quanto os processos de gerência e gestão.

O Programa Saúde da Família surge trazendo inovações tecnológicas com capacidade de reorganização do modelo assistencial, ocupando o vazio programático que as propostas para construção dos Sistemas Locais de Saúde não preencheram no nível operativo.

O interesse por esse tema é antigo, pois essas inquietações acompanham a pesquisadora no cotidiano dos serviços desde a implantação das Ações Integradas de Saúde até recentemente quando coordenou a implantação do PSF no município de Blumenau.

As propostas de reformas, mesmo de cunho racionalizadoras podem apresentar elementos potenciais de inovação para contribuir na construção de um sistema de saúde com qualidade, equidade e universal.

Portanto, esta pesquisa é uma avaliação da implantação do PSF e os efeitos que possa ter no acesso e na integralidade da atenção, através do estudo do caso do município.

O primeiro capítulo aborda o PSF no cenário das reformas do setor, sua relação com o SUS e aspectos da sua implantação no nível nacional. Em seguida foi realizada uma revisão teórica em avaliação de sistemas de saúde que possam ser úteis para avaliação da Atenção Primária da qual o PSF é uma forma de operacionalização, pois foi formulado dentro daqueles princípios. Assim se explicita a proposta do PSF baseado em documentos oficiais do Ministério da Saúde e o seu constructo teórico a partir dos princípios da

### Atenção Primária.

O segundo capítulo traz os objetivos que a pesquisa encerra, de uma avaliação também sob a perspectiva dos profissionais diretamente envolvidos na assistência, atores imprescindíveis para que a atenção de qualidade e sem risco aconteça.

No terceiro capítulo é descrito o caminho trilhado para que o estudo fosse tendo forma. O percurso metodológico conta uma trajetória que, na prática não foi nada linear. São apresentados os métodos utilizados na investigação, os atores envolvidos, os tipos de dados coletados, definição das variáveis e categorias usadas e a possibilidade de que surgissem outras no decorrer do trabalho e os procedimentos para tratar as questões éticas e administrativas.

Em seguida, no quarto capítulo, são apresentadas algumas características sociais, econômicas e demográficas, do município onde o PSF é implantado e breve história da sua chegada em Blumenau.

No capítulo 5 são descritos os resultados quantitativos e qualitativos concomitantemente. Começa trazendo a dimensão conceitual na ótica do coletivo dos profissionais. Apresenta as dimensões estruturais, a composição e características dos recursos humanos e recursos materiais, medicamentos, vacinas e equipamentos, disponibilizados para o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF).

A referência e contra-referência está relacionada à estrutura mas também às práticas, sendo abordada aqui como estrutura necessária à complementação da insuficiência tecnológica do nível primário da atenção, isto é da ESF, fundamental para que o cidadão tenha acesso e integralidade.

Após, vem os aspectos relacionados ao trabalho de base territorial, a responsabilização da ESF pela “sua” população adstrita, dos vínculos produzidos e do humano nas relações profissional / população, das identidades e conflitos vividos na área de abrangência.

A seguir, são descritas as práticas em saúde realizadas pelas ESF. São ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, individuais e coletivamente. São especificadas atividades de saúde da mulher, da criança, ações voltadas para o adulto, idoso e adolescente e vigilância epidemiológica oriundas do questionário, didaticamente

separadas e estruturadas. Mas, a partir dos discursos, os atores revelam a integração das atividades no cotidiano e é assim que elas são apresentadas.

Depois é descrito como as ESF estão operando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o aspecto do uso que a equipe faz, razão pela qual o SIAB está inserido na dimensão das práticas e não como estrutura.

Também são apresentadas as atividades de planejamento e intersetorialidade, as interseções entre o PSF, a comunidade e as instâncias de participação popular e a relação das ESF com a coordenação do PSF e nível de gestão no município.

A seguir são apresentadas as dificuldades para o desenvolvimento do trabalho bem como os benefícios do PSF à população. Salienta-se que essa é uma separação metodológica porque esses aspectos são enunciados ao longo de todos os temas de forma integradora.

Finalizando o capítulo 5 é apresentado o futuro do PSF e suas perspectivas para o ator / sujeito coletivo que enunciou no discurso o que constrói no cotidiano.

O próximo, capítulo 6, traz a análise e discussão dos resultados, orientando-se pelo referencial apresentado nos primeiros capítulos e outros em decorrência de temas apreendidos no material empírico coletado, ressaltando as variáveis e categorias do estudo.

No capítulo 7, são feitas algumas considerações na tentativa de resgatar sinteticamente os resultados e contribuir para a reflexão do serviço a partir de estudos avaliativos.

O capítulo 8 traz as referências bibliográficas e em seguida os anexos.

“Todos estão loucos, neste mundo? Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça para o total.”  
(Guimarães Rosa)

## **1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DAS REFORMAS**

### **1.1 O SUS / Sistema Único de Saúde e o PSF**

Nas últimas décadas, a ineficiência e ineficácia da gestão das políticas sociais e econômicas no Brasil têm fortalecido a crise estrutural do setor público e ampliado a lacuna existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos respectivos (Mendes, 1993). O Sistema Único de Saúde está incluído nesta condição e, não obstante os avanços até aqui conquistados, a sua consolidação parece continuar em trânsito.

Para Conill (2000) a crise do modelo biomédico de âmbito mundial, é antiga culminando em um amplo movimento de reformas dos sistemas de saúde. A partir da década de 70, difundem-se princípios baseados na universalização, atenção primária, integralidade da atenção e controle social, para a reorganização dos serviços. Vários países organizaram seus sistemas de saúde. Orientados pela estratégia da atenção primária.

Desde 1986, quando se realizou em Ottawa - Canadá, a 1ª Conferência Internacional De Promoção Da Saúde, foi consenso político em todo o mundo de que “Promoção Da Saúde” poderia ser um paradigma válido e alternativo aos enormes problemas de saúde e do sistema de saúde dos países. Para operacionalizar este conceito recomenda ações nas seguintes áreas: elaboração e implementação de políticas públicas

saudáveis , criação de ambientes favoráveis à saúde , reforço da ação comunitária , desenvolvimento de habilidades pessoais , reorientação dos sistemas e serviços de saúde .O tema -As Políticas Públicas Saudáveis - é objeto de desenvolvimento na conferência seguinte em Adelaide - Austrália , em 1988 . Em 1991 , em Sundsval , Suécia , na 3º Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde o tema central é “O Ambiente e a Saúde”. O ambiente nas suas dimensões social , econômica , política e cultural . Em 1992 , realiza-se em Santa Fé de Bogotá , Colômbia , a 4º Conferência , trazendo para a América Latina o tema “Promoção da Saúde” . A Declaração de Bogotá , em 1992 , afirma :

” ... a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem estar geral como propósito do desenvolvimento, assumindo a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento (Brasil, 1996).

Ainda que numa nova conjuntura, continua-se a enfatizar a importância da atenção primária, medicina geral e de família e da promoção da saúde (Ministério da Saúde, 1996). Isto estende-se inclusive ao chamado “managed care” americano (Starfield, apud Conill, 2000). É necessário, no entanto, contextualizar para os países periféricos, o atual sentido tanto dessas propostas como daquelas contidas no documento do Banco Mundial (apud Conill, 2000) que sugere uma ação estatal focalizada nos grupos mais pobres para a reorganização do setor de saúde dos países em desenvolvimento (Conill, 2000). Esta é apontada como uma das dimensões possíveis do Programa Saúde da Família (PSF) como abordaremos adiante.

Mendes (1998) avalia que nos anos 90 assiste-se, em nível mundial, mais uma crise do setor saúde, imersa no bojo da crise mais geral originada pela política de descentralização do Estado com forte tendência privatizante. Segundo Almeida (1996), o controle do déficit e do gasto em saúde subjaz a todas as reformas, vinculadas a exigências macroeconômicas, incorporando os mesmos princípios de Estado mínimo, privatização, flexibilização e desregulação, através da restrição da autonomia profissional, a reestruturação do mix público/privado e a descentralização para os municípios e para o setor privado. Esse novo paradigma, resultante do problema do aumento excessivo dos gastos com saúde e falta de controle nos Estados Unidos, passou a orientar a agenda de reformas sanitárias.

Independente da explicação que se tem para a crise, no Brasil as autoridades do



setor saúde, as corporações profissionais e a sociedade civil compartilham a percepção que o modelo biomédico vigente de base flexneriano, centrado na assistência individual, curativa, hospitalar não resolve os problemas de saúde. Outro consenso em relação ao sistema de saúde são as suas quatro características principais apontadas por Mendes (1998): ineficiência, ineficácia, iniquidade e a insatisfação dos usuários.

Mendes (1998) identifica quatro modelos institucionais de sistemas de Saúde, de acordo com as reformas adotadas pelos países para responder à crise: o monopólio estatal, o sistema público, a competição gerenciada e o livre mercado. O que diferencia um modelo do outro é o papel do Estado nos sistemas de saúde em relação ao financiamento, regulação e prestação de serviços.

No Brasil, constituiu-se um sistema de saúde plural, denominado por Mendes (1998) de Modelo segmentado, coexistindo o sistema público, representado pelo SUS; o sistema privado de atenção médica supletiva e o sistema privado da medicina liberal. Estes, organizados pela lógica do livre mercado.

Viana & Dal Poz (1998) consideram a reforma sanitária brasileira legalmente inscrita na Constituição de 1988, uma reforma do tipo Big Bang porque introduziu mudanças significativas no sistema aprovando um Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de universalidade, equidade e descentralização. A própria concepção de saúde definida no Artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos (...)” foi um avanço, no plano jurídico-político na direção de um paradigma da saúde.

O aprofundamento da crise da saúde nos anos 90, impulsiona a reforma da reforma da saúde a partir de 95, através de pequenos ajustes gradativos no funcionamento do sistema considerado agora por Viana & Dal Poz (1998) um processo de reforma do tipo incremental adotando o conceito de France como conjunto de modificações gradativas no desenho e na operação da política.

Na avaliação de Almeida (1996), as reformas têm produzido resultados diversos, trazendo para a agenda dos anos 90 questões de princípios como equidade x contenção de custos, liberdade de escolha do cliente x integralidade da atenção e de funcionamento como eficiência e efetividade, avaliação dos efeitos e a qualidade da assistência.

Viana & Dal Poz (1998) complementam a avaliação de Almeida (1996) integrando à agenda as seguintes questões: separação da provisão e financiamento dos serviços; mecanismos de mercado e competição administrada; ênfase na efetividade clínica; mudança na concepção de saúde e no papel dos usuários, reforçando o exercício da cidadania.

Conill (2000) traz outra perspectiva considerando a reforma sanitária brasileira uma reforma tardia, preconizando princípios democráticos racionalizadores através da implementação do Sistema Único de Saúde, numa conjuntura neoliberal. Para a autora, apesar de avanços no plano político-administrativo, reconhecem-se dificuldades no plano operativo e no modelo assistencial.

A pesquisa intitulada a “Municipalização da Saúde e o Poder Local no Brasil” (Fleury e Carvalho, apud CONASEMS, 1997) mostrou as inovações que vem sendo realizadas nos Sistemas Municipais de Saúde. A pesquisa aponta para um avanço nas práticas de controle social e menos inovações na área gerencial e assistencial.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, após amplo debate, são explicitadas as teses da Reforma Sanitária, que só se transformaram em lei em 1990. No desenvolvimento das AIS, é deflagrado o processo de descentralização para os estados e municípios através dos convênios do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS). Transcorriam os debates acerca da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, sendo aprovada a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, acrescida pela lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição e as leis citadas descrevem que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, descentralizada e oferecer atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo da recuperação da saúde. Ainda deve ter participação da comunidade, ter sistema de referência e contra-referência e a rede básica ter alta resolutividade. Tem-se novo referencial inscrevendo a saúde no campo dos direitos sociais, porém, antigas práticas predominam, pois a história não muda por decreto.

No contexto recessivo das políticas sociais a municipalização é apontada como a estratégia para garantir a continuidade da SUS através da organização de Sistemas Locais de Saúde (Ministério da Saúde, NOBs, 1993 e 1996). As Normas Operacionais Básicas

(NOB) formuladas pelo Ministério da Saúde definem o quadro normativo dessa forma de descentralização. Em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde tem como tema “Saúde: Municipalização é o Caminho”. A X Conferência Nacional de Saúde -1996 - reforça a necessidade da saúde extrapolar os seus limites setoriais com o tema “Saúde e Qualidade de Vida”.

Esta concepção exige um novo ordenamento das práticas sanitárias, isto é, a construção de um novo modelo de atenção sustentado pelo paradigma da promoção da saúde.

As experiências esboçadas nesta direção como criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde não têm mostrado resultados significativos na reestruturação dos serviços de saúde, não promovendo as mudanças necessárias no modelo de atenção (BRASIL, 1997). O princípio constitucional de integralidade das ações e serviços de saúde parece ter até o momento pouca expressão na prática (Almeida, 1993, Mendes, 1995).

Viana & DalPoz (1998) citam como os principais problemas para implementação do SUS: desfinanciamento do setor saúde, devido à política de ajuste fiscal de 90 a 94 e enfrentamento aos desafios de transição demográfica caracterizada pelo aumento da população idosa e diminuição da população jovem e adulta, o que faz aumentar a demanda por ações de saúde, e a transição epidemiológica com persistência das doenças transmissíveis e aumento tanto das crônicas-degenerativas quanto das causas externas, pois alteram a demanda por serviços de saúde e exigem novas intervenções.

Em 1993, o “Programa de Saúde da Família” (PSF), é proposto pelo Ministério da Saúde, como estratégia para superar essas dificuldades. Tem como base experiências bem sucedidas no âmbito das práticas de saúde desenvolvidas no Rio Grande do Sul (Projeto de Saúde Comunitária de Murialdo e a do Centro Hospitalar Conceição), a dos agentes comunitários de saúde do Ceará, a da Pastoral da Saúde (Igreja Católica), a do médico de família de Niterói e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, entre outras. Apoiase também em experiências internacionais como as da Inglaterra, Canadá e a do médico de família de Cuba (Conill, 1980, 1982, 2000).

“A estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) reaparece no cenário brasileiro com esse propósito: a reversão do modelo assistencial. Por isso, a compreensão do PSF, no contexto do modelo atual, só é possível através da mudança do objeto de

atenção , da forma de atuação e da organização geral dos serviços , reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. “ (BRASIL, 1997).

O próprio Ministério da Saúde define como equívoco a idéia de que o PSF seja um programa para os pobres com utilização de baixa tecnologia. “ Deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, mas assumindo o desafio do princípio da equidade. Deve ser reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica no campo do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.” (BRASIL, 1997, p. 3).

A equipe reorganiza a unidade a fim de atender as novas demandas , constituindo a porta de entrada , ligada às demais unidades do sistema de saúde, atuando centrada nos princípios da promoção e vigilância da saúde , buscando promover a articulação intersetorial . O Ministério da Saúde considera esta, a dimensão técnica do caráter substitutivo do PSF. “O aspecto político- administrativo da substituição deve ser impulsionado com mecanismos que propiciem o financiamento e o desenvolvimento dos recursos humanos necessários à sua implantação “ (BRASILS, 1997).

A questão do financiamento foi contemplado na Norma Operacional Básica -96 (NOB-96) sendo instituído o Piso da Atenção Básica – PAB, pelo qual o município recebe financiamento por critério populacional, possibilitando o investimento em ações básicas de prevenção de agravos e promoção da saúde, superando a forma de pagamento por procedimento realizado, voltado à produção da doença (Brasil, 1996 a).

Para Viana & Dal Poz (1998) o PACS e o PSF são considerados estratégias de reforma incremental porque provocaram mudanças nas formas de organização dos serviços / unidades prestadoras, nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações e práticas assistenciais no nível local.

Segundo Souza (2000) a discussão sobre alternativas de financiamento para a estratégia de saúde da família impulsionou a rediscussão da NOB 01 / 93 , desencadeando a elaboração da proposta de financiamento per capita que gerou a concepção do Piso da Atenção Básica – PAB. Além do PAB fixo (per capita) introduziu o PAB variável, na forma de incentivos.

Para enfrentar o desafio relativo ao desenvolvimento de recursos humanos e efetivar a estratégia de Saúde da Família como modelo assistencial, o Ministério da Saúde

estimula a estruturação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em PSF, fomentando parcerias entre as instituições de ensino e os serviços de saúde no ano de 97, financiados pelo REFORSUS. Em abril de 2000 existem vinte Pólos em funcionamento nos estados brasileiros.

Em Santa Catarina, apoiado no projeto REFORSUS, estrutura-se o Pólo em 1997 com a participação da Secretaria de Estado da Saúde, de cinco universidades com cursos na área de saúde e de seis prefeituras que já haviam implantado esta estratégia, iniciando suas atividades de capacitação em maio de 1998. Nove anos após a determinação constitucional (BRASIL, 1990) aparece a primeira proposta de intervenção na formação dos recursos humanos para o setor saúde, envolvendo as universidades e cursos de medicina e enfermagem. A região do Médio Vale do Itajaí constitui um Núcleo do Pólo com sede em Blumenau articulando as Secretarias Municipais de Saúde, a Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) e a IX Regional de Saúde (SES).

No início do ano 2000, a COAB (Coordenadoria da Atenção Básica que engloba o PACS / PSF) é transformada em Departamento de Atenção Básica (DAB) subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), incorporando todos os “programas”, a maioria historicamente constituído por patologia (programa de hipertensão, de tuberculose, de hanseníase, de diabetes, de doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar, etc).

A decisão política de englobar o conjunto de ações que devem ser realizadas no âmbito da atenção primária é um sinal de fortalecimento institucional do PSF, enquanto eixo estruturante de organização do sistema de saúde possibilitando a horizontalização (MENDES,1996:278) desses programas. A forma de organização da atenção se dá com a integração dessas áreas programáticas em cada uma das fases do ciclo de vida de acordo com as especificidades e necessidades da população adscrita.

Os Cadernos da Atenção Básica (BRASIL, 2000) explicitam que é responsabilidade das ESF prestar atenção integral e contínua a todos os membros das famílias em cada fase do ciclo da vida: fase da criança; da adolescência; fase do adulto que inclui ações de hipertensão arterial, diabetes mellitus, hanseníase, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, saúde reprodutiva / mulher, situações de urgência clínica e cirúrgica; e a fase do idoso. Ainda incluem os demais agravos de acordo com a

realidade local como problemas neurológicos (epilepsias e cefaléias), dermatológicos, pulmonares, digestivos e articulares mais frequentes e específicos por região como malária, esquistossomose, etc.

No sentido de substituir o modelo vigente, uma outra preocupação para o MS diz respeito a cobertura populacional do PSF por município, pois uma baixa cobertura não impacta positivamente a reorganização do sistema e os indicadores de saúde e qualidade de vida. Para fortalecer esta estratégia e induzir os municípios a adotá-la, o MS cria uma tabela de incentivos diferenciados segundo o grau de cobertura populacional. Portaria nº 1.329 de 12 de Novembro de 1999 que estabelece nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso da Atenção Básica – PAB. Doze avos do valor correspondente à faixa de cobertura é repassado ao município mensalmente de Fundo à Fundo desde que o município esteja alimentando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). É agregado à este valor dois mil e duzentos reais (R\$ 2.200,00) por agente comunitário de saúde (ACS) por ano sob as mesmas condições de repasse.

**Quadro 1 - Faixa de cobertura populacional e valores anuais do incentivo financeiro por equipe do Programa de Saúde da Família.**

<b>Classificação das faixas de cobertura</b>	<b>Faixas de cobertura populacional em %</b>	<b>Valor do incentivo/equipe/ano (R\$ 1.00)</b>
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000

Assim, para o Ministério da Saúde, o PSF vem para responder aos desafios centrais da reforma sanitária, entre eles, efetiva universalização do acesso aos serviços,

resolutividade, atendendo de 80 a 90% dos problemas na comunidade; integralidade das ações de saúde tendo como campo de intervenção o conjunto das relações sociais; ampliar as responsabilidades individuais e coletivas na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e na recuperação, reabilitação e autonomia das pessoas; resolutividade das ações de saúde com alta efetividade; qualidade das ações de saúde com resultados positivos no estado de saúde da população (BRASIL, 1997).

Pela sua importância estratégica, a implantação e desenvolvimento do PSF deveriam ser acompanhados e avaliados servindo para a definição de programas de educação permanente, aprimoramento gerencial e aplicação de recursos e ainda deve-se buscar formas de se ampliar a divulgação e discussão dos dados obtidos no processo de avaliação. O documento do Ministério da Saúde sugere que a avaliação deve ser capaz de julgar os seguintes aspectos: satisfação do usuário; qualidade do atendimento/desempenho da equipe de saúde; satisfação dos profissionais; alterações no modelo assistencial; impacto nos indicadores de saúde (BRASIL, 1997).

Segundo Conill (2000), uma série de polêmicas envolvem, ainda, a implantação dessa estratégia. Além da questão da focalização em populações de baixa renda, outras são corporativas ou dizem respeito à sua viabilidade na atual composição da força de trabalho no setor.

De um lado, há os que defendem que o PSF aumenta o acesso e a resolutividade, presta cuidados de melhor qualidade, aumenta a satisfação da população e dos profissionais de saúde. De outro, que o mesmo consolida a “universalidade excludente”, conceito desenvolvido por Faveret & Oliveira (1990), que é resultado das reformas racionalizadoras e aplicação do conceito de focalização. Parece-nos que essas representações traduzem situações paradoxais mas não excludentes, percebidas e manifestas de acordo com a perspectiva do avaliador/ator ao olhar o objeto, em nível das práticas ou da política e de sua inserção no sistema de saúde.

Além de relatórios de avaliação no estado, análise de situação para planejamento estratégico do Polo de Capacitação do PSF em Santa Catarina ou, estudos parciais localizados, são escassos estudos avaliativos sobre o tema em Santa Catarina (Conill, 2000).

O relatório de avaliação do programa, após um ano de implantação no município de

Blumenau, mostrava uma “cobertura” (população cadastrada) de 33% da população do município, uma diminuição da internação hospitalar geral no período, abrangência de áreas antes descobertas de assistência, e uma taxa de encaminhamento aos níveis secundário e terciário menor que 10% (Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, 1996).

Em recente pesquisa realizada em Blumenau, Ortiga (1999) encontra relação favorável entre o PSF como prática inovadora e a melhoria do acesso ao sistema e na integralidade do cuidado.

Para Viana e Dal Poz (1998) em estudo sobre a formulação e implantação do PSF em nível nacional e suas relações com a reforma de saúde no Brasil, indicam que a sua implementação e os resultados que pode alcançar dependem do comportamento de três variáveis: exigências econômicas; interesses organizados e dimensão política.

No primeiro documento ministerial o PSF é apresentado como um programa que instrumentalizaria a reorganização do SUS no município, com priorização das áreas de risco, estabelecendo-se uma forma de convênio para o repasse aos municípios. Em 1995 o PSF sai da Fundação Nacional de Saúde, vai para a Secretaria de Assistência à Saúde, passando a integrar o Comunidade Solidária e o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, com uma forma de financiamento e honorários diferenciados para atividades e consultas do PSF.

A Avaliação realizada por Viana e Dal Poz (1998) aponta para o desenvolvimento de uma interação sinérgica entre o PSF a descentralização através da organização dos Conselhos e Fundos Municipais de Saúde e as Normas Operacionais Básicas ao evidenciar as dificuldades do pagamento por procedimento, resultando na remuneração per capita das ações com a NOB-96 (BRASIL, 1996<sup>a</sup>). No documento de 1996, o PSF já é definido como estratégia a ser ampliada para 3,5 milhões de famílias no país com 3.000 equipes.

Neste estudo, Viana e Dal Poz (1998) identificam três modelos do PSF, o modelo regional, singular e o principiante<sup>1</sup>. De um modo geral há um aumento da produção, o tipo

<sup>1</sup> O modelo regional é caracterizado pelo desenvolvimento regional do programa e conta com apoio estadual para as mudanças no modelo assistencial. O modelo singular é aquele desenvolvido localmente sem envolvimento de outras esferas de governo, O modelo principiante se desenvolve de forma incipiente, sem estrutura de gerência e apoio no sistema de saúde local.



de gestão não parece interferir, mas apresentam problemas na composição e manutenção das equipes.

O PSF tem se expandido de forma focalizada, ao ser implantado prioritariamente em áreas e populações de risco que podem representar no entanto, 80% da população de um município. Mesmo como prática focalizada, o PSF foi instrumento de reorganização do modelo assistencial – de uma política universal, ao evidenciar as fragilidades e limitações desse modelo (Viana & Dal Poz, 1998).

Outro aspecto evidenciado por Viana & Dal Poz (1998) foi que o PSF impulsionou a construção de novas alianças na política de saúde entre gestores locais, técnicos externos e comunidade, superando aquela tradicional entre políticos, médicos e construtores de obras públicas. A aliança com esses novos atores neutralizou os opositores ao programa identificados como Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem, Pastoral da Saúde, Associação Brasileira de Enfermagem e alguns gestores estaduais de saúde.

Além desses, foram considerados como elementos inovadores, as novas formas de operação de políticas sociais com modalidades diversas de gestão por exemplo, para contratação dos recursos humanos. Os autores apresentam essas mudanças ainda em construção, não todas suficientemente testadas, havendo necessidade de mais estudos para contribuir no aperfeiçoamento dessas intervenções.

Entretanto apontam os problemas que devem ser superados para a sua expansão, sendo as estruturas burocráticas ainda pesadas, o corporativismo, o aparelho formador e os preconceitos em relação a tecnologia simplificada.

Outro importante estudo sobre o PSF foi uma pesquisa nacional realizado com 3119 equipes de saúde da família de 1219 municípios de 24 estados brasileiros, feito entre abril e julho de 1999, intitulado: Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1999). Nota-se que mais da metade dos estados não oferece qualquer tipo de incentivo para implantação e/ou funcionamento do programa. Quanto as características gerais dos municípios e equipes, 83% dos municípios implantaram PSF entre 1997 e 1998 , o que evidencia o quanto é recente o processo de implantação dessa estratégia, 70% das equipes atuam em áreas onde o PACS já estava implantado.

Entre os municípios pesquisados 94% tem coordenação municipal de Saúde da

Família sendo que 67,7% esta coordenação é única para PACS e PSF. O principal motivo da implantação do PSF foi a substituição da forma tradicional de atenção à saúde (51,7%). Em 81,9% dos municípios a seleção da área de implantação das equipes de saúde da família foi feita com base no enfoque de risco, 49,3% referiram reivindicação comunitária e 23% reivindicação de lideranças políticas. Segundo os Secretários Municipais de Saúde a equipe mínima é formada por médico (98,2%), enfermeiro (97% das equipes), auxiliar / técnico de enfermagem (93,2%) e ACS (97,4%). Outros profissionais também foram citados sendo o odontólogo (28,8%) o principal. As formas de contratação médica variam: havendo contratos temporários em 49% dos municípios, prestação de serviços (26,7%) e bolsas (0,8%). O vínculo de médicos e enfermeiros do PSF são feitos em sua grande maioria pelos governos municipais. Os recursos empregados são predominantemente do tesouro municipal (73,3% dos municípios) e de transferências de recursos federais (70,6%).

Há um alto percentual de adesão aos princípios chaves para implantação, como a definição de uma área territorial, a adstrição das famílias à equipe, cadastro familiar, prontuário familiar e agenda de trabalho.

Antes da implantação do PSF, as atividades eram pouco disponíveis, depois a maioria absoluta das ações passa a ser desenvolvida por um percentual maior que 75% das equipes, constatandose uma ampliação do acesso no país.

Observou-se uma disponibilidade relativamente boa de instrumentos básicos ao funcionamento de um ambulatório de atenção primária, tais como estetoscópio, termômetro e balanças, estando estes em perfeitas condições de uso no momento da avaliação em mais de 80% das equipes.

Apenas os exames básicos como hemograma, tipagem sangüínea, sumário de urina, parasitológico de fezes, glicemia de jejum, uréia, creatinina, ácido úrico e VDRL estão totalmente disponíveis para mais de 75% das equipes. Os demais exames como as culturas de fezes e de urina, o eletrocardiograma, colposcopia e ultrassonografia estão totalmente disponíveis para menos de 50% das equipes, sendo que 18 a 28% das equipes não têm acesso a estes exames na rede SUS. Para mais de 70% das equipes a disponibilidade de medicamentos foi boa (disponível para todas as situações/ pacientes quando foram necessários) ou regular (onde mais da metade dos pacientes que precisaram receberam).

Somente 14,8% das equipes dispõem de todas as condições para a realização do pré-natal, sendo os indicadores a disponibilidade de equipamentos básicos (estetoscópio, tensiômetro, balança de adulto e estetoscópio de Pinard) e exames básicos (tipo 1 – hemograma, sumário de urina, tipagem sanguínea e VDRL, tipo 2 – acrescentando a estes o acesso parcial ou total ultra-sonografia obstétrica, além da disponibilidade do toxóide tetânico na unidade.

Um pequeno percentual das equipes (35%) afirma realizar alguma ação de vigilância sanitária, enquanto 71% referem desempenhar ações relativas ao saneamento básico.

O SIAB está implantado em 100% dos estados com PSF, mas apenas 39% das equipes afirmaram ter realizado alguma análise dos seus dados e desenvolvido alguma ação a partir desta.

A grande maioria das coordenações estaduais desenvolve algum tipo de acompanhamento e avaliação das equipes do PSF, sendo que 43,5% destas possuem instrumentos de acompanhamento.

O acompanhamento referido pelos municípios é realizado por visitas mensais às áreas de atuação das equipes (37,6%), quinzenais (20,2%) ou quando necessário (27,5%), 50,6% dos municípios referem realizar reuniões mensais com as equipes, 18% quinzenais e 17,8% quando necessário. Em 93,1% dos casos o acompanhamento é feito também através do SIAB. Em relação aos outros sistemas de informação, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi referido por 50,4% dos secretários; o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SIANSVC) por 47,7% e o Sistema de Informações de Mortalidade por 41,3%. Em 83,9% dos municípios os resultados seriam divulgados para o Conselho Municipal de Saúde e em 83,5% para o conjunto dos profissionais das equipes do PSF.

A grande maioria dos coordenadores estaduais e secretários municipais afirma que o PSF vem se constituindo efetivamente em uma estratégia de reorganização da atenção básica à saúde em seus estados e municípios, respectivamente. Para os coordenadores estaduais as principais limitações para sua operacionalização estão relacionadas aos recursos humanos, gestores e recursos financeiros. Chamam a atenção para a formação inadequada dos profissionais, número insuficiente de médicos, falta de recursos financeiros

/ dificuldade financeira dos municípios e falta de entendimento dos gestores, sobre o modelo de atenção proposto pela estratégia do PSF (BRASIL, 2000).

### 1.2 Programa Saúde da Família – uma estratégia

Em seguida descreve-se as características do programa em relação à teoria, os componentes e as práticas previstas baseada nos documentos do Ministério da Saúde e aporte teórico desenvolvido por Mendes (1996).

Para Mendes (1996), o PSF se inscreve na proposta de mudança do modelo assistencial sob um novo paradigma da produção social da saúde. Segundo o autor, o modelo proposto exige mudanças na concepção do processo saúde –doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária, culminando com mudanças na ordem governativa da saúde na cidade. O que o autor ilustra com o seguinte quadro.

**Quadro 2 – Mudanças necessárias para transformação do Paradigma Sanitário.**

<b>Categoria</b>	<b>Sentido da mudança (Mendes1996)</b>
Concepção de saúde-doença:	Negativa → Positiva
Paradigma sanitário:	Flexneriano → Produção social da saúde
Prática sanitária:	Atenção médica → Vigilância da saúde
Ordem governativa da cidade:	Gestão médica → Gestão social

Fonte: Mendes (1996)

As mudanças devem ser gradativas e substanciais nos aspectos político, ideológico e cognitivo-tecnológico. A mudança será política porque envolve atores sociais distintos que têm diferentes projetos, isto é, interesses às vezes mais próximos e às vezes muito distantes desse projeto coletivo de mudança de modelo social da saúde. A dimensão ideológica está ligada à mudanças culturais relacionadas à nova concepção do processo saúde-doença e novo paradigma sanitário. E no plano cognitivo-tecnológico porque vai exigir a produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com essa nova lógica de produção social da saúde.

A concepção do processo saúde-doença tem evoluído e nessas concepções atuais, saúde é, além de doença, sequela e morte (aspectos negativos), resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida (aspectos positivos) como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um "viver desimpedido", um modo de "andar a vida" prazeroso, individual ou coletivamente. Isso pressupõe acesso a bens e serviços econômicos e sociais.

O paradigma<sup>2</sup> flexneriano ainda é o predominante em nossa sociedade, sendo coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e sustenta a prática sanitária de atenção médica. Para superá-lo, propõe-se a construção do paradigma da produção social da saúde, que encare a saúde como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes, sobre o estado de saúde acumulado e sobre as consequências da perda da saúde.

A saúde é vista como uma acumulação social, expressa num estado de saúde, que pode acumular-se ou desacumular-se de acordo com as capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais de uma população, portanto em permanente transformação. Assim, o setor saúde necessita de um conhecimento muito mais amplo, interdisciplinar para entender as questões da saúde.

Prática sanitária é a forma como uma sociedade, levando em conta o conceito de saúde e o paradigma sanitário, responde socialmente aos problemas de saúde. Essa organização deve abranger todas as dimensões da saúde, com um processo de trabalho que articule intervenção individual e coletiva com base em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial.

As estratégias de intervenção serão as ações de promoção da saúde (educação, alimentação...), prevenção das enfermidades e acidentes (bloqueio, vacina, pré-natal...) e atenção curativo-reabilitadora (para diminuir a dor e prolongar a vida), denominada de vigilância da saúde (Mendes, 1996).

Deste modo, caminhar-se-ia do paradigma flexneriano / atenção médica, individual e clínica para operações médicas e não médicas sobre os determinantes dos problemas de

<sup>2</sup>Paradigma (Kuhn, apud Mendes, 1996) é o conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica.

saúde, fundamentados na clínica, epidemiologia, economia, sociologia, história....

“A vigilância da saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde , referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde.” (MENDES, 1997). Deve ser operacionalizada através de ações de promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e atenção curativa.

A Organização Pan- Americana de Saúde define a promoção da saúde como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva. (Mendes 1996)

A prevenção das doenças e dos acidentes, são as intervenções que antecipam-se aos eventos, agindo sobre problemas específicos ou um grupo deles, atingindo indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentarem-se (ex. pré-natal, vacina, diagnóstico precoce, controle de riscos ocupacionais, controle de focos e fontes de doenças transmissíveis, fluoretação da água, controle de alimentos).

A atenção curativa é constituída de ações voltadas para a cura, o cuidado do doente, o prolongamento da vida, diminuição da dor, reabilitação de seqüelas. Porém, a disponibilidade da atenção curativa pode ser fator de estabilização psicossocial de uma população, contribuindo para o incremento da qualidade de vida e caracterizar-se como promoção da saúde.

A vigilância da saúde , diante de um problema de saúde deve intervir de forma a combinar os três tipos de ação, com eficácia e eficiência. Essa prática sanitária de vigilância da saúde se efetiva fundamentada em três elementos: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade.

Vejamos como está explicitado o paradigma que tem orientado o PSF, tendo claro que, somente a implantação de medidas administrativas e racionalizadoras não garantem mudanças nas práticas sanitárias, isto é, na forma como está operando o serviço de saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde publica o manual “Programa de Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa”, (BRASIL, 1994).

Este documento define suas principais diretrizes: cobertura populacional de 800 a 1000 famílias por equipe; composição da equipe: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde; residência na comunidade onde irá trabalhar; atuação em parceria com os diversos segmentos da sociedade; salários diferenciados, devido à dedicação exclusiva; controle da qualidade dos serviços através de supervisão, pelo conselho de saúde e pela comunidade, etc.

Ainda indica as atividades que as equipes devem realizar: planejamento e programação e avaliação do trabalho, avaliação do estado de saúde da comunidade, visita domiciliar, internações domiciliares, participação em atividades de grupos de saúde, atendimento individual e em grupo na unidade de saúde, encaminhamentos de pacientes para ambulatórios especializados e para internações.

Em um novo manual (1997), a preocupação com os aspectos organizacionais torna-se mais evidente e forte. A primeira definição do objetivo geral iniciava com a preocupação de melhorar o estado de saúde da população, a segunda coloca a reorientação do modelo assistencial como o idéia central. Isto é reforçado quando, suas “Diretrizes Operacionais”, cita-se o caráter substitutivo do PSF, da seguinte forma “A Unidade de Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde” (BRASIL, 1997).

O PSF enquanto estratégia teria as condições de operacionalizar a reorientação do modelo assistencial. Foi concebido como uma proposta de inovação técnica, política e administrativa e pretende caracterizar o modelo com atenção humanizada, criando vínculo e laços de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e população. (BRASIL, 1997).

Neste novo manual estão detalhadas as atividades de cada membro da equipe e são definidas as orientações sobre a seleção, o treinamento, supervisão e avaliação das equipes e indicações sobre o cadastramento familiar, cartão e prontuário familiar e sistema de informações. Provavelmente vem responder demandas municipais que se depararam com dificuldades dessa natureza para a implantação do PSF. Note-se que da sua implantação (1994) até 97 o Ministério da Saúde apoiava os estados, participando

diretamente dos processos de seleção e capacitação de recursos humanos e da organização das equipes / unidades de saúde da família nos municípios. Somente no ano de 1997 é que foram criados os Pólos de Capacitação, que passaram a assumir as atividades de capacitação nos respectivos estados.

Já a terceira publicação correspondente ao manuais anteriores constitui-se de uma série denominada “Cadernos da Atenção Básica – Programa Saúde da Família”, no qual o PSF é a nova estratégia do setor saúde para substituir o modelo vigente. Propõe uma prática caracterizada pela indissociabilidade entre o trabalho clínico e promoção da saúde. Diferente do modelo biomédico, trabalhar com nova abordagem profissional, com interdisciplinaridade e comunicação horizontal entre os componentes da equipe. A equipe passa a ser uma unidade produtora de serviço, com abordagem individual, familiar e comunitária, fortalecendo e apoiando o papel da família, no seu contexto social (BRASIL, 2000).

Além dos aspectos organizacionais e administrativos que apoiavam o gestor, a nova série sistematiza propostas de capacitação e qualificação de recursos humanos e aborda conteúdos para instrumentalizar as práticas sanitárias, ancorando o trabalho, inclusive clínico e epidemiológico, das ESF. Os cadernos já publicados mostram essa trajetória. São eles:

#### Número 1: A implantação da unidade de saúde da família

##### Parte I – Definições conceituais

##### Parte II – Definições Operacionais

1. Os passos para implantação do PSF.
2. A reorganização do trabalho nas USF
3. Reorganização dos métodos e da rotina de trabalho

#### Número 2: Treinamento Introdutório

##### Parâmetros para o desenho de um Treinamento Introdutório

##### Proposta de Curso Introdutório para Saúde da Família

#### Número 3: Educação Permanente



Processo de Educação Permanente

Refletindo sobre algumas linhas pedagógicas

Discutindo três linhas metodológicas

Número 4: Atenção à saúde do idoso – instabilidade postural e queda:

Avaliação funcional do idoso

Instabilidade postural e queda

Esta última versão do PSF adotada pelo MS, salienta a necessidade de que a ESF trabalhe numa relação interdisciplinar, desenvolvendo ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, precisa conhecer o contexto familiar e comunitário, e estabelecer um pacto com a população para a programação, a execução e avaliação de suas ações.

Mendes (1996) reconhece que esse discurso normativo da APS como estratégia de reordenamento do setor saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta resultados discutíveis na prática social. “A generosidade do discurso não é capaz de torná-lo palatável para políticos e administradores, especialmente em ambiente dominado pela cultura flexneriana” (Mendes, 1996, p. 269).

O autor adota então para fins práticos, a atenção primária como estratégia de reformulação da atenção neste nível, por meio da saúde da família, porém com o papel de catalizar o reordenamento dos níveis secundário e terciário, através de estratégia complementar que seria o consórcio de saúde.

Para isto, é necessário diferenciar a estratégia de saúde da família de algumas interpretações equivocadas como a idéia de programa, medicina simplificada ou medicina familiar. Creio ser a diferença desta última, a mais difícil de implementar no cotidiano social. Mendes (1996) entende que a medicina familiar é a adstrição de um número de famílias à uma equipe médica, atendendo na mesma lógica medicalizadora. No entanto, saúde da família significa exercer uma prática social sustentada pelo novo paradigma da produção social da saúde, incluindo atenção médica de boa qualidade às famílias. Assim, estaria referida pela saúde e não exclusivamente pela medicina.

**Quadro 3 - Comparativo das definições do PSF nos documentos do MS e do aporte teórico sobre atenção primária de saúde..**

Fonte e Data	Definição oficial do Ministério da Saúde	Interpretações da Atenção Primária de Saúde (APS), sistematizadas por Mendes (1996)
Programa de Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa”, Ministério da Saúde. Brasil, 1994.	O PSF é <i>um modelo</i> de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária.	Atenção Primária de Saúde como programa é atenção primária seletiva de saúde complementar à medicina flexneriana, destinada a populações pobres, ofertando tecnologias simples e de baixo custo. Não inclui referência aos níveis secundário e terciário e é provida por pessoal de baixa qualificação. Política compensatória focalizada.
“Saúde da Família: Uma Estratégia Para a Reorientação do Modelo Assistencial” Ministério da Saúde. Brasil, 1997	O PSF é <i>uma estratégia</i> para <i>contribuir</i> para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”	Atenção Primária de Saúde é estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Sustenta-se na possibilidade de satisfazer os problemas de saúde de dada população com o uso de menor densidade tecnológica afim de minimizar os custos econômico e social, da satisfação do conjunto de suas necessidades.
Cadernos da Atenção Básica – Programa Saúde da Família. A implantação da unidade de saúde da família, vol 1, Brasília, Ministério da Saúde. Brasil, 2000	O PSF é <i>a estratégia</i> do setor saúde para <i>substituir o modelo vigente</i> , plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações (...) voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Está estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da	Atenção Primária de Saúde como estratégia de reordenamento do setor saúde, re combinando e reorganizando todos os recursos do sistema de saúde e todos os níveis de atenção, afim de satisfazer as necessidades e aspirações sanitárias de toda a sociedade.

	saúde.	
--	--------	--

Para o Ministério da Saúde (2000), estes são os componentes, princípios organizativos e definições operacionais do programa:

A - Unidade de Saúde da família (primeiro contato) – deve ser a porta de entrada do Sistema Local de Saúde, isto é o primeiro contato do usuário, para que possa ser encaminhado quando necessário, assegurando a continuidade da atenção aos demais níveis do sistema ( referência ). Porém não é um local de triagem, devendo resolver em torno de 75% dos problemas que atende. A Equipe de Saúde da Família continua se responsabilizando pelo acompanhamento do usuário quando este é encaminhado, recebendo-o de volta, discutindo o caso e matendo os cuidados básicos. Atua na Unidade de Saúde da Família e nos outros espaços como escolas, domicílios, creches, asilos, presídios, da sua área de abrangência.

B - Adstrição / Território / Cobertura – O território é um espaço social, político, econômico, em permanente construção, de sujeitos sociais, com projetos, conflitos, .... assimétrico, com necessidades e desejos diferentes. Cada Equipe de Saúde da Família instalada em uma Unidade de Saúde de Família é responsável por uma população de 600 a 1000 famílias, organizando as atividades neste território definido, também chamado área de abrangência. Poderá trabalhar mais de uma equipe na mesma Unidade de Saúde da Família, sendo que o MS recomenda no máximo três, facilitando a identificação das equipes e organização do fluxo dos usuários. Ainda recomenda a relação de até 4.500 habitantes por Equipe de Saúde da Família e de 20 a 250 famílias por Agente Comunitário de Saúde, de acordo com a densidade populacional e condições de acesso à Unidade de Saúde da Família. O território é um espaço social, político, econômico, em permanente construção, de sujeitos sociais, com projetos, conflitos, .... assimétrico, com necessidades e desejos diferentes.

C - Composição e atribuições das equipes – A Equipe de Saúde da Família deve ter no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes de saúde. Outras categorias profissionais poderão ser incorporadas a esta equipe básica de acordo com as demandas e características dos serviços locais. Os profissionais devem morar no município de atuação e trabalhar em regime de tempo integral e o Agente

Comunitário de Saúde na microárea onde atuam, garantindo a vinculação e identidade cultural com a população sob sua responsabilidade.

As atribuições dos profissionais se constituem de: assistência específica individual de acordo com a formação profissional, trabalho em equipe, trabalho com grupos, atenção domiciliar ( V.D ), internação domiciliar ( I.D ), educação para a saúde, planejamento – cadastramento, diagnóstico, programação, acompanhamento e avaliação das ações e participar de processos de educação permanente.

D - Integralidade – É responsabilidade da ESF prestar atenção integral e contínua à todos os membros das famílias adstritas, através de ações programáticas de acordo com as fases do ciclo de vida no contexto familiar e social. A atenção integral engloba ações de promoção, prevenção e recuperação, providas por meio da vigilância da saúde, conceitos apresentados anteriormente. A integralidade envolve a atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário e o cuidado ao indivíduo ou grupos humanos nas suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Essa prática deve estar referida pelo aporte teórico-metodológico da clínica e epidemiologia na reorganização da assistência. O caráter contínuo da assistência é apresentado por Starfield (1994) como “longitudinalidade” se opondo à assistência ocasional. Para o MS (2000) está incluído na integralidade.

E – Hierarquização – Refere-se a capacidade resolutiva e conseqüentemente o acesso aos demais níveis do sistema quando a composição tecnológica na Unidade de Saúde da Família for insuficiente. É a referência e contra-referência, através do fluxo e contra fluxo de pacientes e informações. Assim, a Unidade de Saúde da Família deve estar inserida (complementariedade) no sistema local de saúde e relacionada às outras unidades e / ou serviços especializados do sistema. Outro aspecto ressaltado é que a composição tecnológica inclui saberes e práticas.

F – Humanização – valorizar a relação com o usuário e a família para criação de vínculo de confiança, fundamental no processo de cuidar. Resgatar a vocação humanística da prática sanitária e trabalhar com pessoas que têm identidade individual e coletiva. Para isto é necessário um reconhecimento mútuo entre as famílias e a Equipe de Saúde da Família.

G – Co- responsabilidade – É preciso que a população reconheça nos serviços de saúde da família os seus serviços e, por outro lado, que a Equipe de Saúde da Família

identifique na população adstrita, a sua população, estabelecendo compromissos em busca da melhoria do nível de saúde daquela comunidade.

H - Ação intersetorial – A Equipe de Saúde da Família deve buscar parcerias com outros serviços fora do âmbito do setor saúde de acordo com a natureza dos problemas identificados na sua área de abrangência, mesmo reconhecendo as limitações do nível local para ações mais abrangentes e que exijam recursos fora da comunidade.

I – Controle Social – A Equipe de Saúde da Família deverá estimular participação da população no conhecimento da sua situação, dos recursos disponíveis ou potencialmente existentes no seu território, no funcionamento, avaliação e gestão dos serviços de saúde. A parceria com a população é fundamental na direção de maior autonomização dos sujeitos e exercício efetivo da cidadania.

A avaliação da implantação desta estratégia no município de Blumenau foi a intenção desta dissertação. Por estar a autora comprometida com a construção desse novo modelo assistencial no âmbito da prática, sentiu-se necessidade de compreender os fatores que influenciam na sua operacionalização.

### **1.3 Avaliação de Sistemas de Saúde e da Atenção Primária da Saúde**

A revisão teórica da pesquisa em avaliação, mostra um grande número de conceitos, atributos e metodologias (Donabedian, 1984, Sylver, 1992, Reis et. al., 1990, Silva & Formigli, 1994, Hartz, 1997). Para fins deste estudo, adotamos o conceito de Contandriopoulos et al (1997, p. 31), para os quais, “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

É importante, fazer a distinção entre estudos de avaliação do cuidado médico, mais numerosos e preocupados em geral, com a eficácia e a qualidade técnico-científica, daqueles referentes aos programas e sistemas de saúde, preocupados com o acesso, a cobertura, a utilização, a adequação técnico-científica, a equidade, a satisfação e o impacto das práticas e ações. Os custos tem sido objeto crescente de ambos os tipos de trabalhos. Todas essas propriedades ou atributos referem-se à características da qualidade das práticas

e da sua organização, por isso, o termo avaliação de qualidade tem tido maior difusão, nos últimos tempos.

Do ponto de vista metodológico, o modelo de avaliação sistêmico proposto por Donabedian (Silver, 1992) constitui-se da análise dos componentes de um sistema: estrutura (recursos), dos processos (produção) e dos resultados de um programa ou sistema de saúde, procurando a relação entre os recursos e atividades ou resultados com o alcance das metas do programa. A objetividade, a ênfase nas relações de causa-efeito entre os componentes do sistema, e a orientação da gestão são algumas das vantagens da abordagem sistêmica.

Silver (1982) aponta como limites das análises de sistema baseadas somente na relação entradas/resultados (input/output) o fato de: ser elitista se ficar só na perspectiva dos administradores/governo, excluindo as percepções da população e trabalhadores; reduzir a realidade complexa a um pequeno número de indicadores; a expressão quantitativa pode apresentar uma falsa certeza nas conclusões.

A estrutura diz respeito as características relativamente estáveis dos serviços, incluindo os recursos disponíveis e o contexto físico e organizacional. Refere-se ao tipo e número de trabalhadores de saúde, planta física, equipamentos, gama de serviços enfim, as características que determinam o acesso e a continuidade da assistência. A estrutura determina o potencial do sistema. Já a avaliação do processo mostra como o sistema realmente funciona, através da interação entre os prestadores e os usuários. No que concerne aos prestadores, são quatro os componentes a serem avaliados: reconhecimento do problema, formulação do diagnóstico, gestão e seguimento. Quanto aos usuários, diz respeito, à utilização, aceitação, compreensão e participação nos serviços.

A avaliação de resultados é bastante complexa em saúde, tendo em vista sua determinação multifatorial. A resolutividade enquanto indicador de resultados do serviço, é uma característica praticamente ausente da bibliografia internacional de avaliação. Em nosso meio é, em geral, operacionalizado através da medida do número e do tipo de encaminhamentos realizados (Jucas, 1998). Algumas metodologias novas vem sendo desenvolvidas tais como, o estudo de doenças ou condições traçadoras ou eventos sentinelas (Silver, 1992, Scochi, 1996) e, o uso de instrumentos para a acreditação de unidades (Carvalho, 1996). Scochi (1996) estudou a municipalização e a qualidade dos

serviços em Maringá, Paraná, utilizando como evento sentinela o perfil de mortalidade por causas evitáveis. Neste estudo, qualidade do cuidado a hipertensos e gestantes foram utilizados como traçadores e/ou marcadores do processo de atenção.

A satisfação dos usuários inclui-se na avaliação dos resultados e para alguns autores (Reis et al, 1990) é o mais importante objetivo na avaliação do cuidado médico, mesmo que seja apenas um indicador aproximado da qualidade do cuidado à saúde.

Para Donabedian (1984) é insuficiente avaliar somente um desses elementos que compõem o sistema. O mesmo sugere a seleção de um conjunto de indicadores que representem a estrutura, o processo e seus resultados como a melhor estratégia para avaliação de qualidade.

No sentido de avançar nesta problemática, Contandriopoulos (1990), propõe um modelo ampliado, onde interagem dois circuitos: o que determina o estado de saúde e o que determina o que chama de sistema de cuidados. O estado de saúde é determinado pela biologia humana, os hábitos de vida, o desenvolvimento físico e social e os serviços de saúde. Este modelo também possibilita a operacionanização de medidas de avaliação do sistema de serviços, tais como produtividade, efetividade e eficiência.

Do ponto de vista específico da avaliação dos serviços baseados na atenção primária e na saúde comunitária, alguns estudos enfocaram essa questão, no âmbito internacional (Starfield, 1978, Conill, 1982). Contribuem para a operacionalização das diferentes dimensões das categorias de acesso, integralidade da atenção e participação. Mais recentemente tem-se apontado a importância de incorporar à categoria descentralização na avaliação dos sistemas de saúde (Hortale et al 1998).

No Brasil, os estudos se dividem em, pelo menos, dois grandes grupos. Um deles corresponde ao desenvolvimento teórico de propostas de práticas alternativas ao atual modelo assistencial tendo como eixo central a discussão de formas de reorganização do trabalho em saúde, feita pelo Laboratório de Planejamento e Administração da Universidade de Campinas (Merhy, 1998) e por Schraiber (1993). Os estudos desse grupo situam-se numa perspectiva predominantemente qualitativa.

O outro, corresponde a um conjunto diversificado de estudos descritivos do tipo avaliativo. Situam-se neste grupo as pesquisas apresentadas no III Congresso da Rede Unida, de 306 trabalhos apresentados, 15 estavam relacionados com o Programa de Saúde

da Família. Somente em dois discutem-se aspectos relativos aos resultados; um sobre o Programa de Médico de Família de Niterói (Lima, 1997), focalizado na óptica da reorganização do modelo assistencial, relata que existe um reforço da relação médico/paciente/comunidade e uma resolutividade de 90%. O outro, da Bahia, compara o perfil sócio-sanitário de 100 famílias, divididas em quatro grupos: urbano e rural e por sua vez assistidos ou não por equipes do PSF. As diferenças encontradas dizem respeito à situação urbano ou rural e não ao fato de serem ou não assistidas pelo PSF (Bastos, 1997). Todos os demais se referem aos aspectos de capacitação e formação de recursos humanos.

Outro estudo, realizado em Pelotas, no Rio Grande do Sul, avalia a qualidade da atenção primária à saúde medida pela cura ou melhora e satisfação do paciente, através de entrevistas domiciliares, 15 dias após a consulta. O estudo mostra que 87,9% dos pacientes alcançaram a resolução do problema e a satisfação do paciente foi observada em 90% dos casos e esteve associada estatisticamente com a resolução do problema (Halal et al,1994).

O Ministério da Saúde selecionou um conjunto de 23 marcadores (BRASIL, 1999) para acompanhamento e avaliação dos resultados da implementação das ações da Atenção Básica nos municípios que adotaram a estratégia de Saúde da Família, integrando o Sistema de Informações Ambulatoriais / SIAB.

No paradigma sistêmico, Morin (apud Hartz,1997) considera o objeto um sistema/organização devendo-se levar em conta os problemas complexos da organização decorrentes da sua constituição multidimensional. Isto implica assimilar as várias racionalidades e trabalhar com a integração, sem incoerência de idéias aparentemente contrárias.

Contudo, Hartz (1997) ao explorar novos caminhos na pesquisa avaliativa em saúde, desvela os modelos sistêmicos baseados na complexificação da visão de mundo, incorporando, na investigação, teorias sóciopolítico-organizacionais e procedimentos operacionais que, nesta leitura sistêmica, supera aqueles limites.

Finalmente, Hartz (1997), Denis e Champagne (1997), discutem a importância da análise de implantação em pesquisa avaliativa. Este tipo de estudo mede, de um lado, a influência do contexto na qual a intervenção é realizada sobre seus efeitos e de outro, a influência que pode ter a variação no grau de implantação sobre esses efeitos. Constitui portanto, uma etapa preliminar, essencial para a avaliação de uma intervenção mais



complexa. Foi nesse referencial que iniciou-se a atual pesquisa.

No final dos anos 80, as análises provenientes das Ciências Sociais passam a contribuir e complementar o arsenal teórico-metodológico da avaliação em saúde. A análise de serviços envolve, também, a análise da consciência histórica de seus agentes e de suas representações sociais, objetivadas em suas práticas (Deslandes, 1997). A estrutura e o funcionamento organizacional não são realidades formais, mas produção do trabalho objetivado dos atores envolvidos, permeados por contradições que, ao serem analisadas, podem desvelar elementos de uma realidade mais integradora. Outra perspectiva do uso do método das ciências sociais é a possibilidade de compartilhar o conhecimento produzido com os sujeitos sociais cujas ações e vivências foram objeto de reflexão.

As categorias de análise oriundas da antropologia/sociologia como “comunidade, família e equipe de saúde”, são pouco utilizadas para explicar os limites da intervenção dos serviços (Minayo, 1998). Deslandes (1997) aponta possíveis campos teóricos pouco explorados pela área de avaliação de serviços, como as propostas “compreensivas” e “dialéticas” que incorporam o conceito de Estado ampliado e a dinâmica dos movimentos sociais. A abordagem dialética atua em nível dos significados e das estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas, portadoras de significado.

Em estudo recente sobre gestão comunicativa em saúde Kopf (1998), faz uma revisão das teorias das organizações aplicada à saúde. Uma das perspectivas apresentada é a política. Nesta perspectiva a organização é um sistema político não somente cooperativo, mas também competitivo, comportando tantas racionalidades quantos forem os interesses existentes. Para entender a organização é fundamental analisar os interesses, os conflitos, o poder e a motivação intrínseca às pessoas que atribuem significados às situações organizacionais a partir de seus interesses.

A autora, a partir de Rivera, submete a teoria organizacional à luz do Paradigma Comunicativo de Habermas, contrapondo a abordagem estratégica à normativa. Sugere que a cultura organizacional de Matus se refere ao mundo da vida de Habermas. Esta cultura seria construída historicamente pelos diferentes atores. Aponta a potencialidade do Agir Comunicativo/cultural, através dos conceitos de “organização comunicante” e “gestão comunicativa em saúde” para a construção de sujeitos coletivos a partir de suas diferentes intencionalidades.

Weber (apud Minayo, 1993) também afirma que o elemento essencial na interpretação da ação é o dimensionamento do significado subjetivo daqueles que dela participam.

Gurvitch (apud Minayo, 1993) diferencia dois níveis de experiência em constante comunicação: a) o “ecológico, morfológico, concreto”, que admite expressão em cifras, equações, medidas, gráficos; e b) o das “camadas mais profundas”, que se refere ao mundo dos símbolos, dos significados, da subjetividade e da intencionalidade. Esse nível mais profundo se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana – objeto da abordagem qualitativa.

Foi neste sentido que pretendeu-se continuar esta pesquisa, contribuindo na construção de um processo avaliativo que ampliasse os limites positivista/cartesianos e reducionistas em direção à um paradigma mais abrangente em pesquisa avaliativa.

A intenção deste estudo foi analisar o contexto de implantação do PSF no município, quais as práticas desenvolvidas pelas equipes e como os fatores de implantação do PSF influenciam os seus efeitos, especialmente acesso e integralidade. Estas são algumas das perguntas, que orientam o estudo, cujos resultados podem também permitir, uma gradual institucionalização da prática avaliativa

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

- Avaliar a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Blumenau e o perfil das práticas em saúde desenvolvidas pelas equipes que o compõe.

### **Objetivos específicos**

- Descrever o processo de implantação do PSF no município;
- Identificar as ações de saúde desenvolvidas pelas ESF;
- Descrever a percepção dos profissionais das ESF sobre o processo de implantação do PSF e seus resultados.
- Identificar relações entre fatores de implantação e os efeitos da intervenção, especialmente no acesso e integralidade.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

A definição do objeto de estudo foi orientada por inquietações produzidas no cotidiano de trabalho da pesquisadora, enquanto responsável pela implantação e coordenação do PSF no município de Blumenau.

Definiu-se pela realização de um estudo de caso no município de Blumenau que foi cenário de implantação do PSF com a intenção de fazer uma análise da implantação dessa intervenção, avaliar os componentes de estrutura, processo e resultados da estratégia e sua influência no acesso e integralidade da atenção.

O estudo de caso único oferece elevado potencial de validade interna, pois permite aprofundar a análise, contemplando uma grande amplitude das ações do PSF, sendo que a validade externa se constrói com a concordância dos resultados de outros estudos ao longo do tempo.

Optou-se por uma abordagem quantitativa e qualitativa para, além de descrever os componentes da implantação da intervenção, também entender o seu significado a partir dos atores sociais em questão.

Utilizou-se a triangulação de dados, segundo classificação de Denzin (apud Polit & Hungler, 1995) buscando-se várias fontes de informação articuladas e acumuladas (Sistema de Informação de Atenção Básica /SIAB, documentos e relatórios, questionário e entrevista semi-estruturada) e triangulação de método (quantitativo e qualitativo) para a compreensão do objeto.

As etapas da investigação não obedeceram uma projeção linear, pois na prática sofreram alterações e concomitância na construção desse percurso. Delimitando o objeto

no campo das práticas em saúde como proposta de inovação institucional capaz de provocar mudanças no modelo assistencial sem perder a dimensão macro, isto é, o contexto de política pública no qual se insere o PSF.

Inicialmente trabalhou-se na construção de um questionário com um grupo de pesquisadores do Núcleo de Apoio à Municipalização em Santa Catarina / NAM / UFSC, a fim de se elaborar instrumentos reprodutíveis e complementares / complementáveis, objetivando contribuir com a instituição de práticas avaliativas em saúde.

Na mesma época, início de 1999, o Ministério da Saúde através da Coordenadoria de Atenção Básica (atual Departamento da Atenção Básica-DAB) constituiu um grupo de consultoria, coordenado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, trabalhando um instrumento na mesma linha, que seria aplicado a todas as Equipe de Saúde da Família do Brasil. O NAM se integrou a esse grupo técnico através da autora desta pesquisa no momento em que se fazia a revisão do instrumento que acabou sofrendo algumas modificações.

A autora optou pela utilização do mesmo questionário do Ministério da Saúde pelas seguintes razões: verificou-se poucas diferenças entre o instrumento construído pelo NAM e o do M Ministério da Saúde, a possibilidade de comparabilidade com os dados do Brasil; o instrumento do Ministério da Saúde já havia sido testado; as Equipe de Saúde da Família de Blumenau responderiam dois questionários praticamente iguais no mesmo período.

Assim, a pesquisadora distribuiu o questionário às ESF de Blumenau, recolheu-os preenchidos e encaminhou-os ao Ministério da Saúde para compor o banco de dados nacional, ficando com fotocópia para análise no nível de agregação municipal.

Para minimizar os erros de interpretação das perguntas, o questionário (em anexo) continha a definição dos termos utilizados, de forma a torná-los auto explicativos.

Após procedeu-se a distribuição em reunião com todos os membros de todas as equipes, fornecendo explicações, sobre o questionário auto-aplicável a ser respondido por todas as equipe . Nesta fase contava-se com 21 ESF e foram entregues 21 questionários. Como foram devolvidos 20 questionários, ao procurar-se a 21ª equipe constatou-se que a mesma estava desativada, mas continuava cadastrada no SIAB / Ministério da Saúde para fins óbvios de recebimento do incentivo (foi reativada 6 meses depois). Os resultados foram analisados através da descrição das frequências dos dados quantitativos das 20 ESF

que existiam efetivamente na época da coleta. Para esta descrição utilizou-se recursos do Excel.

O questionário continha perguntas relacionadas aos componentes e atividades do PSF. São eles: Território definido, população adscrita, mapa da área de abrangência, equipe básica, equipe ampliada, equipamentos, sala de vacina, material de consumo, material educativo, referência, contra-referência, ações de prevenção, ações de promoção, ações de recuperação e de reabilitação, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, educação em saúde, planejamento e programação, uso do SIAB, supervisão dos ACS e supervisão da coordenação municipal.

Como 70% das Equipe de Saúde da Família começaram a trabalhar em unidades novas, construídas em áreas desprovidas de equipamento de saúde, separou-se em dois grupos, a fim de verificar se havia diferenças de comportamento na distribuição das atividades ofertadas. O primeiro grupo ficou constituído pelas Unidades antigas que foram transformadas em Unidades de Saúde da Família e o outro pelas Unidades construídas e / ou alugadas novas que iniciaram suas atividades na modalidade de Saúde da Família.

Concomitantemente coletou-se dados do SIAB, outros documentos como Plano Municipal de saúde e relatórios da Secretaria Municipal de Saúde, relatórios das I, II e III Conferências Municipais de Saúde.

Os dados do SIAB foram coletados de relatórios emitidos pela Secretaria Municipal de Saúde, relativos ao período de janeiro à julho de 1999. Do relatório A2 (Consolidado anual das famílias cadastradas por área) utilizou-se dados demográficos e sócio-sanitários para caracterizar a situação das famílias cadastradas. O relatório PMA2 (Relatório de produção e de marcadores para avaliação) foi utilizado para verificar as atividades de encaminhamentos médicos por consulta, atendimento de médico e enfermeiro em puericultura, pré-natal, prevenção do câncer cervico-uterino, DST / AIDS, diabetes, hipertensão arterial, hanseníase e tuberculose e os procedimentos de atendimento específico para acidente de trabalho, visita de inspeção sanitária, atendimento individual pelo enfermeiro, curativos, inalações, injeções, retirada de pontos, terapia de reidratação oral, sutura, atendimento de grupos-educação em saúde.

Os problemas referentes a essas informações foram: sub-registro (SIAB), qualidade do preenchimento dos dados pelo nível local, não concordância de dados entre as fontes.

#### Operacionalização das variáveis constantes no questionário

**Quadro 4-**Variáveis das condições de implantação: características da pop. cadastrada

<b>Variável</b>	<b>Definição operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Instrumento de medida</b>
Características da Pop. cadastrada	Carac. demográficas, socio-econômicas e sanitárias da pop. cadastrada	Pop. moradores habituais dos domicílios da área de abrangência Energia elétrica Destino do lixo Abastecimento da água Destino de fezes e urina	Nº de habitantes cadastrados Tipo de coleta do lixo Rede pública Poço ou nascente Outros Esgoto Fossa Céu aberto
	Tipo de serviços de saúde, oficial ou não, demanda de eventos ou doenças, aos quais a pop recorre	Recursos que procura em caso de doença	Hospital Unidade de saúde Benzedeira Farmácia Outros
Plano de saúde	Pop cadastrada pela ESF que possui plano de saúde	Número de pessoas cadastradas cobertas por plano de saúde	Nº pessoas com plano de saúde dividido pelo nº de pessoas cadastradas X 100 (%)

**Quadro 5 -Variáveis das condições de implantação – estrutura**

<b>Variável</b>	<b>Definição operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Instrumento de medida</b>
Área de atuação da ESF	Área definida no cadastro da ESF	Urbana Rural	Nominal
Tempo de implantação do SF	Tempo de ESF na área, mudando a modalidade de atenção	Contratação dos profissionais e início do trabalho da 1 ESF nesta USF	Mês e ano
Recursos Humanos da Equipe de Saúde da Família	Categorias profissionais e pessoal que constituem a ESF	Quantidade de profissionais e de pessoal de cada categoria	Nº de : Médico Enfermeiro Aux de enfermagem ACS Odontólogo Assistente social Nutricionista Psicólogo Digitador Aux administrativo Aux de limpeza Motorista Vigia outros
Recursos materiais: Material de enfermagem, de curativo, seringas e agulhas. Material educativo para a população. Formulários e fichas de atendimento.	Situação de abastecimento de materiais nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário.	Suficiente: disponível para todas as situações pacientes necessários.  Insuficiente: disponível em quantidade não adequada para atender as necessidades.	Não há Insuficiente Suficiente



**Quadro 6 -Componentes da implantação / atividades / práticas**

Cobertura pop / Equipe de Saúde da Família	Pop cadastrada, vinculada (sob responsabilidade) à ESF para Atenção Básica / ABS	Pop cadastrada, <i>atendida</i> pela ESF	Nº de habitantes
Território definido	Atuação da ESF em território definido	Território geográfico definido	Sim / não / ignorado
Mapa de área de abrangência	Mapa do território sob responsabilidade da ESF para ABS	Existência do mapa	Sim / não / ignorado
Cadastro familiar	Cadastro das famílias residentes no território, já atendidas ou não pela ESF, com dados demográficos, sócio-econômicos e sanitários.	Cadastro familiar realizado	Sim / não / em execução
Organização do prontuário	Forma de prontuário usada para registro da atenção realizada pela ESF	Tipo de prontuário usado na USF	Não tem prontuário Prontuário individual Prontuário familiar
Atividades realizadas antes do SF  Atividades realizadas pela Equipe de Saúde da Família	Oferta da atividade em relação à pop. <i>Cadastrada</i> antes da implantação da Equipe de Saúde da Família  Atividades realizadas pela Equipe de Saúde da Família à população adscrita.	Pré-natal Atenção à Criança Coleta para exame de Papanicolau Planejamento Familiar Adulto – Consulta Médica e de enfermagem Consulta Ginecológica Controle de Hipertensão Controle de Diabetes Controle de DST Controle de Hanseníase	Não era realizada  Era realizada no município, fora da área de abrangência da ESF  Era realizada dentro da área de abrangência da atual ESF

		<b>Controle de Tuberculose</b> <b>Ações de Vigilância</b> <b>Ações de Vigilância Epidemiológica –</b> <b>Ações voltadas para o Idoso</b> <b>Ações voltadas para os Adolescentes</b> <b>Pequenas cirurgias (sutura, drenagem de abscesso, etc)</b>	
--	--	--	--

**Acesso:** refere-se às possibilidades concretas de consumo de um conjunto de recursos, técnicas e práticas, sob a forma de serviços de saúde (Brasil, 1990)

Quadro 7 – Variáveis de acesso

Variável	Definição operacional	Indicador	Instrumento de medida
Acesso	Consumo de recursos, técnicas e práticas		
Geográfica	porta de entrada localização da oferta X localização da demanda	localização da USF território	Mapa, relação de ruas?
Física e organizacional	volume e tipo de serviços X volume e tipo de necessidades	cadastro  composição da equipe  disponibilidade de: material: Vacinas Medicamentos  material educativo  medicamentos	número de pessoas cadastradas  equipe mínima  lista Sim / Não  não há suficiente insuficiente  lista básica/ quantidade: não tem ruim regular boa variação positiva

**Integralidade:** é considerado um dos princípios mais importantes porque qualifica o modelo assistencial. É o direito à atenção de saúde do nível mais simples ao mais complexo, da atenção curativa à prevenção e promoção, compreendendo o indivíduo em sua totalidade e os indivíduos/coletividades em suas singularidades (Brasil, 1990, p. 14-15).

Quadro 8 – Variáveis de integralidade

Variável	Definição operacional	Indicador	Instrumento de medida
Integralidade	Conjunto de operações de promoção, prevenção e recuperação articuladas pela vigilância à saúde assegurando a continuidade da atenção em todos os níveis	Realização de: a-atendimento individual/ curativo  b-prevenção e promoção  c-vigilância epidemiológica  d-vigilância sanitária  e-educação em saúde  f- serviços disponíveis para encaminhamento de pacientes  g-disponibilidade de exames de apoio-diagnóstico para pop. atendida pelo PSF  h-como é feito o encaminhamento	a-lista Sim / Não, relatório das atividades /agenda da última semana e dados do SIAB  b-, c-, d-,e- idem  f-lista dos serviços Sim / Não  g-lista com opções: nenhuma parcial total  e-lista de materiais disponíveis Sim / Não  h-uma das opções: orientação verbal formulário relatório completo central de marcação

Esta fase foi considerada exploratória e então opta-se por ampliar o presente estudo com metodologia de pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (1998, p. 10) é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos,

às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas’.

Assim, para maior aproximação do objeto, transitou-se da análise de implantação através da avaliação normativa para uma pesquisa avaliativa embasada por um paradigma que levasse em conta a complexidade da ação humana, a imprevisibilidade e subjetividade do sujeito.

Esta foi a intenção, entender o processo de implantação do PSF e os fatores que o influenciam, o seu funcionamento enquanto prática sanitária inovadora capaz de prover acesso à um cuidado integral num sistema integral.

Para a autora deste estudo era necessário expandir a perspectiva dos atores envolvidos e então realizou-se entrevistas semiestruturadas para complementação da base de dados. As entrevistas foram realizadas com profissionais das ESF de Blumenau, técnicos do nível central e membro do Conselho Municipal de Saúde. Iniciou-se com a escolha do primeiro entrevistado pelo critério de estar no Programa em uma equipe há mais de 3 anos e a pesquisadora solicitava que este sugerisse o próximo entrevistado. Na terceira entrevista percebeu-se a repetição dos temas, sendo realizada mais uma que apresentou o mesmo comportamento. Pela relevância de temas evidenciados nos discursos e sugestão dos profissionais das ESF, entrevistou-se um técnico do nível central e um membro do Conselho Municipal de Saúde. Novamente, os temas depreendidos destes dois últimos discursos não divergiam dos anteriores.

Os atores-falantes definidos no presente estudo foram médicos (2), auxiliares de enfermagem (1), enfermeiros (1) das equipes do programa saúde da família, técnicos do nível central (1) da secretaria municipal de saúde e membros do Conselho Municipal de saúde do segmento dos usuários(1).

Definiu-se por utilizar a análise de discurso para o tratamento dos dados empíricos resultantes das entrevistas, a partir da proposta de trabalhar a linguagem, de acordo com seu principal pensador Michel Pêcheux, fundador da Escola Francesa de Análise de Discurso na década de 60, integrando três campos do conhecimento: o Materialismo Histórico como teoria das formações sociais e suas transformações, incluindo a ideologia; a Lingüística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação e a

Teoria do Discurso como Teoria da determinação histórica dos processos semânticos (Minayo, 1998).

A análise do discurso, para Minayo (1998) tem o objetivo de apreender os significados dos textos articulados às condições de sua produção, sendo necessário identificar o contexto onde é produzido.

É através da linguagem que o discurso se efetiva e as representações ideológicas são materializadas (Fiorin, 1998) . A linguagem para Marx; Engels (1984 apud Car & Bertolozzi, 1999) expressa a consciência e a palavra é o símbolo da comunicação, representando o pensamento. Portanto, a fala revela condições estruturais, sistemas de valores, símbolos e normas e transmite as representações dos sujeitos, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (Bordieu,1972 apud Car& Bertolozzi, 1999).

Fiorin (1998) especifica que há no discurso dois campos, o da manipulação consciente que se refere a sintaxe discursiva e o da determinação inconsciente que é a visão de mundo de uma dada formação social e, pertencendo ao campo da determinação ideológica.

“ (...) se, do ponto de vista genérico, as formações ideológicas materializadas nas formações discursivas é que determinam o discurso, do ponto de vista da análise, é o discurso que vai revelar quem é o sujeito inscrito no discurso, qual é a sua visão de mundo” (Fiorin, 1998, p. 19).

Optou-se por analisar os discursos sem identificação dos atores individualmente, tratando as representações como expressão da consciência do coletivo dos sujeitos envolvidos no processo de construção de um novo modelo assistencial.

Baseada nas contribuições de Fiorin (1997), procedeu-se, a partir dos vários discursos de cada um dos atores entrevistados, à apreensão da configuração discursiva. Esta configuração discursiva constituiu-se em um texto único que foi analisado. Uma configuração discursiva, segundo Fiorin (1997, p. 76) engloba diversos percursos temáticos e /ou figurativos em torno de um núcleo sêmico comum. Analisando os textos produzidos por cada ator, percebeu-se que tratavam dos mesmos “temas”, porém cada “tema” era abordado de diferentes formas, isto é, vinha revestido de percursos temáticos e /ou figurativos variados.

Um percurso temático é o encadeamento de temas, tecendo uma rede relacional. Da mesma forma um percurso figurativo é um tecido de figuras relacionadas.

A figura é o termo que remete a algo do mundo natural, por exemplo, árvore, vagalume, correr, frio, vermelho. É usado para criar um efeito de realidade, representando o mundo e tem função descritiva. O tema é de natureza conceptual, é uma categoria que organiza, classifica e ordena a realidade significante, estabelecendo relações e dependências entre os elementos do mundo natural. Tem uma função predicativa ou interpretativa, por exemplo: orgulhoso, satisfação, motivação, raciocinar, abandono.

Roteiro da entrevista:

1. O que é o PSF para você?
2. Como você chegou no PSF?
3. Como está funcionando o PSF em Blumenau?
4. Como você vê o futuro do PSF em Blumenau?

A decomposição dos discursos dos sujeitos foi apoiada em Fiorin & Savioli (1999), seguindo as etapas:

As entrevistas foram feitas, gravadas e transcritas pela pesquisadora;

Após a transcrição literal dos discursos, procedeu-se a limpeza do texto, retirando-se as hesitações, as repetições da fala e vícios de linguagem como “né, né, ah, ta...”;

Foram sublinhados os verbos, substantivos e seus complementos, advérbios e adjetivos, separando-se as figuras e os temas;

Identificou-se os temas subjacentes às figuras de cada um dos discursos;

Em seguida, agrupou-se os temas de todos os discursos, procedendo-se a uma nova classificação dos temas com as diversas manifestações, negações, afirmações e conceitos;

Assim, emergiram as categorias de análise que foram relacionadas com os dados do questionário e das fontes secundárias.

As falas então foram analisadas e interpretadas para construção dos enunciados dos discursos. Estes enunciados foram discutidos à luz das abordagens teóricas tratadas até aqui (Reformas nas Políticas de Saúde, Atenção Primária em Saúde, Avaliação e Análise

de Implantação de Serviços de Saúde) e por novos referenciais que se fizeram necessários a partir dos temas revelados nos discursos.

Quanto às implicações éticas e administrativas, como os resultados poderiam trazer constrangimentos políticos em nível municipal, pois trata-se de um estudo de caso, foi encaminhada uma carta ao secretário municipal de saúde expondo os objetivos do estudo, solicitando autorização para realizar a coleta de dados e acesso ao instrumento enviado pela Coordenadoria da Atenção Básica (COAB) / Ministério da Saúde.

Aos entrevistados foi solicitado o consentimento livre e esclarecido de acordo com a resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Afim de aumentar a adesão dos profissionais, o anonimato das Equipe de Saúde da Família e dos profissionais entrevistados foi mantido.



“Acabou vendo Joan Brossa  
Que os verbos do catalão  
Tinham coisas por detrás,  
Eram só palavras, não.”  
João Cabral

#### 4 O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DO PSF

Em 1850, o filósofo alemão Dr. Hermann Bruno Otto Blumenau, obteve do governo Provincial uma área de terra de duas léguas, para nela estabelecer uma colônia agrícola, com migrantes europeus. Desembarcaram no Ribeirão da Velha, afluente do rio Itajaí-Açú. Começava o projeto de uma cidade industrial.

Inicialmente a região foi colonizada por alemães, seguidos por italianos e poloneses, com uma corrente de habitantes do Vale do Rio Tijucas (descendentes de portugueses). As cidades da região incorporaram principalmente a cultura alemã e italiana. A colônia foi elevada à condição de município em 1880 pelo Governo Imperial.

O município de Blumenau possui um território de 531Km<sup>2</sup>, situado na zona fisiográfica do Estado de Santa Catarina designada como “Bacia do Itajaí-Açú”. Localiza-se às margens do rio Itajaí-Açú, que a corta no sentido oeste-leste, com largura em torno de 200 a 300 metros. Está a 139 Km da capital do Estado – Florianópolis.

A economia de Blumenau está centrada na indústria têxtil e do vestuário, metalurgia, cristaleria, comércio, turismo e micro-empresas. O município é o segundo em arrecadação de ICMS no Estado e tem um centro bancário com mais de cinquenta bancos.

Pela sua localização, população e infra-estrutura, Blumenau é considerada a principal cidade na microrregião dos Municípios do Médio Vale do Itajaí- Açú, exercendo

assim grande influência nos demais municípios desta região, e concentrando serviços de referência, inclusive na área da saúde.

Como vem ocorrendo em outros grandes centros urbanos e mesmo em cidades de porte médio do país, Blumenau vem sofrendo um processo acelerado de urbanização e industrialização, gerando assim uma grande concentração de capital. A cidade então, transforma-se cada vez mais em um polo regional de desenvolvimento, com as funções de centro produtivo, comercial, cultural e de prestação de serviços em relação aos municípios vizinhos.

#### **4.1. Aspectos históricos, demográficos, sociais e econômicos do município**

A população total residente é, segundo o censo demográfico do IBGE-1991, formada por 212.025 mil habitantes, e para 1996, a estimativa é de cerca de 240.000 mil habitantes. Entre 1991 e 1996 o município apresentou um crescimento populacional de 2.7%. A densidade demográfica é de 416.22 hab/km<sup>2</sup>. A distribuição da população por sexo revela que tanto em 1991 quanto em 1996, os homens representam 49.1% e as mulheres 50.9%.

A indústria de transformação é o setor de atividade que possui a maior percentagem de pessoas ocupadas com 15 ou mais anos de idade, seguido do de comércio. No mesmo ano, 79.88% da população trabalhadora do município estava empregada com carteira assinada.

O rendimento nominal médio mensal em salários mínimos do chefe do domicílio, mostrou que 12.1% ganha até 1 salário mínimo; 23.2% de 1 a 2 salários mínimos; 38.7% de 2 a 5 salários mínimos; 14.1% ganha mais de 5 salários mínimos; e 11.7% não possui nenhum rendimento (Plano Municipal de Saúde-Secretaria de Blumenau Municipal de Saúde, 1997).

Em Blumenau ainda predomina a ocupação horizontal, sendo que a tendência à verticalização surgiu após as enchentes de 1983 e 84, restritas às áreas centrais da cidade. Com o processo acelerado e desordenado de urbanização e industrialização que a cidade

sofreu nos últimos anos, ocorreu uma expansão de atividades nos setores secundário e terciário, atraindo assim mão de obra desqualificada ou semi-especializada.

Esses migrantes acabam encontrando algum tipo de emprego ( as mulheres de doméstica e os homens na construção civil ), mas seu baixo poder aquisitivo, associado ao aumento de preços dos terrenos com infra-estrutura, leva-os à ocupações clandestinas em áreas de preservação ou de risco, sujeitas a enchentes, erosão e desabamentos.

Surgem assim, áreas de favelização penduradas e escondidas nos morros do vale. A Secretaria de Ação Comunitária cadastrou em 95, 13 áreas de “bolsões de pobreza“ no município. Posteriormente, em 95/96, as Unidades de Saúde da Família foram implantadas, inicialmente nestas áreas consideradas prioritárias.

Em relação aos aspectos de saneamento básico, 71.9% dos municípios particulares eram abastecidos com água tratada da rede geral de abastecimento, 87.0% possuem instalação sanitária ligada à rede geral e fossa séptica, e em 94% o lixo é coletado pelo serviço de coleta pública municipal (Secretaria Municipal de Saúde, Blumenau, 1997) .

#### **4.2. O Programa Saúde da Família chega no município**

Em Blumenau , a I Conferência Municipal de Saúde , realizada em março de 1994 , delibera a implantação de um modelo assistencial baseado nos preceitos constitucionais e princípios e diretrizes de universalidade , equidade , integralidade , regionalização , e hierarquização , intersetorialidade e participação popular . As prioridades , as bases para o planejamento e programação e alocação de recursos deveriam ser instrumentalizados pela realidade epidemiológica e social da comunidade. Esta I Conferência foi realizada em seis etapas regionais com mais de mil participantes. (Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, 1994).

O PSF neste contexto, poderia ser a estratégia estruturante de novos métodos de trabalho possibilitando a materialização dos princípios e diretrizes do SUS .

Mais que preencher os critérios exigidos pelo Ministério da Saúde para adesão ao PSF era necessário muita ousadia para a construção deste novo modelo concretizando - o para além do seu arcabouço jurídico - legal , já aprovado .

O processo de implantação do novo modelo de atenção , no nível conceitual , estava legitimado pela população, através da conferência municipal de saúde e pelo conselho municipal de saúde.

“ O Plano Municipal de Saúde de 1994 , estabelece a necessidade de implantação de um novo modelo de saúde , que enfrente os determinantes dos problemas de saúde ligados às condições de vida dos grupos populacionais.” (Secretaria Municipal de Saúde, Blumenau, 1994 ).

O município já contava com Fundo municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, tendo como presidente o Secretário Municipal de Saúde.

Em outubro de 1994 o município foi habilitado na Gestão Semi - Plena , segundo a NOB - 93 , o que foi um elemento facilitador para a reorganização do SUS no município com o conseqüente repasse de recursos financeiros fundo a fundo, regular e automático. Em abril de 1994 foram assinados os primeiros convênios para a implantação do PSF em Santa Catarina entre os quais, o município de Blumenau. Em agosto de 1995 foi implantado o PSF em duas unidades com duas equipes de profissionais da própria rede que foram selecionados para o novo “modus operandi”.

A Norma Operacional Básica NOB- 01 / 96 traz alterações importantes na forma de financiamento que passa a ser feito em parte, pelo Piso de Atenção Básica – PAB e por incentivo por cobertura populacional, estabelecendo duas modalidades de habilitação para o município: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal.

Cada equipe era constituída por um enfermeiro , um médico , dois auxiliares de enfermagem e dezesseis agentes comunitários de saúde júnior ( adolescentes de 14 a 16 anos do Projeto FAISCA - Fórum de Atenção Integrada à Saúde da Criança e Adolescente) .

As Unidades de Saúde da Família foram implantadas inicialmente em áreas de ocupação clandestina e/ou com risco e sujeitas a enchentes, erosão e desabamentos cadastradas pela Secretaria de Ação Comunitária como “bolsões de pobreza“, constituída basicamente por migrantes.

A implantação do PSF no município se deu em agosto de 1995 com duas Equipes de Saúde da Família , sendo ampliado para 21 equipes em 19 unidades no início de 1996.

As 19 equipes foram contratadas em março de 1996, iniciaram capacitação, reconhecimento das áreas a serem implantadas e acompanhamento das outras equipes já em atividade (Itoupavazinha e Velha Grande I) durante 40 dias. Após, os profissionais médico e enfermeiro, junto com a coordenação constituíram as equipes e escolheram o local de trabalho de acordo com suas afinidades e conveniência (localização geográfica, tempo de deslocamento, conhecimento anterior da área, etc). As auxiliares de enfermagem em sua grande maioria eram funcionárias da secretaria de saúde e trabalhavam em unidades que seriam transformadas em Unidade de Saúde da Família ou em ambulatórios e creches no bairro onde estava se instalando uma Unidade de Saúde da Família. Assim, foram selecionadas para trabalhar na mesma unidade ou mesmo bairro.

A equipe de coordenação do PSF nesta época, era constituída por um coordenador geral e quatro técnicos supervisores, sendo cada um dos quatro responsável por uma região do município.

No ano de 1996 foram realizadas oficinas de territorialização, implantação do SIAB e desenvolvido programa de educação continuada em reuniões semanais com as Equipe de Saúde da Família.

A II Conferência Municipal de saúde realizada em 1996, precedida de dez Pré-conferências regionais reiterou a ampliação e consolidação do PSF no município como orientador do modelo assistencial. (Secretaria Municipal de Saúde, 1996).

Neste ano, o Ministro da saúde Adib Jatene esteve no município, lançando oficialmente o PSF.

Em dezembro do mesmo ano é realizada reunião de avaliação do PSF com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, coordenação e profissionais do PSF e Conselho Municipal de Saúde.

Porém, o programa mostrava avanços e fragilidades e a sua continuidade dependeria da nova gestão que assumiu em janeiro de 1997 após eleições municipais, mudando a composição político-partidária do governo.

Assume uma composição de centro-esquerda liderada pelo Partido dos Trabalhadores que tinha incluído no seu plano de campanha o fortalecimento do PSF em Blumenau.

Na III e IV Conferência Municipal de saúde realizadas em 1998 e 2000 respectivamente, é reafirmado pelos participantes que o modelo assistencial deve ser estruturado pela lógica do PSF e várias comunidades solicitam sua ampliação (Secretaria municipal de Saúde, 1998, 2000).

## **5 DA INTENÇÃO AO GESTO: O PSF EM BLUMENAU**

### **5.1 Dimensões conceituais: o que é o PSF**

Para os atores o PSF está em processo de construção, com avanços e retrocessos no interior do sistema de saúde. Revelam entendimentos que vão se transformando ao longo do “tempo / trabalho” tanto para o profissional quanto para a população. Evidenciam convicção de que deve ser o modelo de atenção à saúde para profissionais e população e uma posição do PSF como programa para o nível de gestão. São usados argumentos técnicos para justifica-lo como modelo, como por exemplo prestar assistencial integral mas não são explicitadas as razões para que continue sendo um programa.

O PSF nos enunciados, é qualificado em oposição às características “ruins” do serviço público, especialmente ao que concerne à qualidade da assistência, a inclusão de ações preventivas e a busca da integralidade no PSF.

É apresentado também como condição para a sua adoção como modelo assistencial que esteja inserido com organicidade nos vários níveis do sistema de saúde, municipal, estadual e federal, como pode-se observar nos enunciados abaixo:

*PSF é um programa, mas é para ser modelo.*

*O PSF é a possibilidade de transformação do modelo, mas o processo de mudança é gradual, deve ser flexível.*

*O PSF está estruturando um modelo que faz diferença, está se consagrando enquanto modelo de assistência.*

*PSF está sendo construído, crescendo, evoluindo. O PSF é integralidade, então o grande desafio é trabalhar em equipe com a interdisciplinaridade.*

*PSF é a integração dos programas, das políticas específicas de assistência.*

*As ESF e população estão pressionando a reorganização da atenção nos outros níveis do sistema (AG e serviços especializados), é uma questão de tempo para que isto ocorra.*

*PSF no início é pouco conhecido, é novo, é continuidade da proposta de atenção primária, é curativo também mas, mais preventivo que curativo.*

*No início o profissional não entendia o PSF, era uma incógnita, não via diferença da saúde pública*

*No início a população não sabe a diferença entre PSF e consulta de "postinho", mas com o tempo percebe que não é igual a qualquer serviço público de saúde, porque o PSF tem qualidade.*

*A população não entende como funciona PSF com médico "tapa buraco", pois percebe a diferença do atendimento do PSF.*

*Todas as unidades de saúde devem fazer o que a USF faz.*

*O resultado do trabalho é de longo prazo, por isso é importante a ESF gostar e acreditar na prevenção.*

*O PSF vai produzir um resultado positivo que não aparece agora como diminuição do lixo, diminuição das doenças, da necessidade de remédio e médico, diminuindo o gasto com médico e remédio*

*Os profissionais querem fazer do PSF um modelo e para o nível central da Secretaria Municipal de Saúde, o PSF é um programa.*

*As ESF, no município não sabem como o programa está no estado e no país.*

*O município, o estado e o país devem pensar o PSF como modelo.*

## **5.2 Dimensões estruturais**

### **5.2.1 Características da população cadastrada**

Situação da população coberta pelo PSF, segundo dados do SIAB (julho de 1999):

Famílias cadastradas ( SIAB ) 17.764 ou 66.380 mil habitantes.

Cobertura da população cadastrada: 31,30%

Mesmo tendo sido implantado prioritariamente em áreas consideradas de risco, percebe-se que a condição de acesso aos serviços de saneamento da população cadastrada não difere da situação do município, como demonstram as tabelas a seguir



**Tabela 1.** Situação de saneamento e escolaridade da população cadastrada no PSF, período 01/1999 a 07/1999, Blumenau.

<b>Equipe</b>	<b>15 anos e mais alfabetizados (%)</b>	<b>Água da rede pública (%)</b>	<b>Coleta pública do lixo (%)</b>	<b>Esgoto a céu aberto (%)</b>
1	95,70	27,51	99,39	63,08
2	93,82	51,74	99,23	34,55
3	93,26	89,20	96,01	10,45
4	90,21	62,75	95,42	64,73
5	88,07	91,19	97,93	61,92
6	92,58	98,48	99,30	10,98
7	89,60	94,40	95,66	22,89
8	92,93	78,81	98,34	51,97
9	93,58	89,06	99,38	3,57
10	97,41	13,14	74,21	32,95
11	94,48	97,56	99,86	2,30
12	92,74	66,12	96,56	51,88
13	93,00	96,30	99,29	1,99
14	96,32	82,05	99,38	24,32
15	96,96	62,24	98,03	9,34
16	94,98	56,87	98,65	45,95
17	95,42	53,08	99,37	41,07
18	95,90	88,73	99,71	16,57
19	95,30	93,49	99,76	1,07
20	95,59	96,07	98,97	5,56
21	95,28	96,42	99,52	3,94
<b>Todas</b>	<b>94,27</b>	<b>76,28</b>	<b>97,80</b>	<b>24,04</b>

Fonte: SIAB, Secretaria de saúde da Blumenau, 1999.

**Tabela 2.** Situação de saneamento da população cadastrada no PSF e Blumenau, período 01/1999 a 07/1999, Blumenau 1999

	Blumenau (%)	Pop cadastrada PSF (%)
Água da rede pública	71.9	76.3
Rede esgoto e fossa séptica	87.0	75.9
Lixo coletado	94.0	97.8

Fonte: SIAB, Secretaria de saúde da Blumenau, 1999.

Pessoas cadastradas com plano de saúde – 16.49%

### 5.2.2 Recursos humanos

#### Composição das equipes de saúde da família (ESF)

	Blumenau (%)	Brasil (%)
1 enfermeiro	100%	94,6
1 médico	85%	96,6
2 auxiliares de enfermagem	90%	89,9
1 auxiliar administrativo	65%	28,0
1 auxiliar de limpeza	70%	56,3
agente comunitário de saúde júnior (adolescente)	3 por equipe	94,7

Quanto a composição das equipes do PSF em Blumenau, o enfermeiro está presente em 100% das ESF, o médico em 85%, 100% delas têm um auxiliar de enfermagem (90% têm dois) e havendo em média 3 ACS juniores por equipe. Blumenau não conta com ACS adulto como preconizado pelo Ministério da Saúde. Nos enunciados dos atores é retratada a situação de composição das ESF e as conseqüências para o serviço de não operar nem com o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde.

*O PSF trabalha com 12 equipes (45%) incompletas, sem médico, de 1997 a 1999 que são recompostas de julho a dezembro de 99. Médico do PSF cobre 2 USF, fazendo só consulta. O PSF fica prejudicado sem médico do programa.*

*A USF sem médico, funciona com especialistas, um pediatra e um ginecologista, não fixos, 2 dias por semana, o que dificulta a integração e inviabiliza o planejamento da ESF. A população reclama e não entende como funciona PSF com*

*médico “tapa buraco”. Auxiliar de enfermagem trabalha no PSF e em outro serviço da SEMUS durante dois anos.*

Estes dados são confirmados pelo relatório de gestão de 1999 que acusa falta de enfermeiro, auxiliar de enfermagem e médico. Na época da pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde estava realizando processo seletivo para médico e auxiliar de enfermagem, recém aprovados em concurso público, em julho / agosto de 1999. Foi realizado processo seletivo interno a fim de preencher vagas para o PSF, recrutando-se profissionais já concursados que, se não aprovados na seleção para o PSF continuam ou iniciam exercendo suas funções nas outras unidades de saúde.

O total de ACS foi 61, média de 3 por equipe. Porém, esses ACS têm características diferentes do PACS, em nível nacional. São adolescentes de 14 a 17 anos, oriundos do Projeto FAISCA (Fórum de Atenção Integrada à Saúde da Criança e Adolescente), convênio entre várias secretarias municipais (Educação, Saúde e Ação Social) implantado junto com o PSF, em 1995. Os critérios foram morar na comunidade onde iria trabalhar, estar frequentando a escola e dentro desta faixa etária. Eram estagiários da PROMENOR (entidade municipal de proteção e assistência ao menor), trabalhando quatro horas no PSF, na sua comunidade e estudando quatro horas.

Os adolescentes fazem a ligação da comunidade com a ESF / Unidade, exercendo suas atividades fora desta, nos domicílios, escolas, na rua. Frequentam a unidade para sessões educativas com a população ou capacitações/ supervisão/ entrega de relatórios e fundamentalmente buscar e trazer informação, participam junto com a equipe de projetos que mobilizam a comunidade (feira de saúde, teatro, orientações nas escolas, destino e tratamento do lixo doméstico, controle da população de ratos, trabalho com a defesa civil para prevenção de danos em cheias, etc).

Recebiam meio salário mínimo e uma cesta básica de alimentos por mês. Eram em número de 16 por equipe devido a essas características, mas a medida que foram completando 18 anos saíam do projeto e não foram substituídos. As equipes têm solicitado o preenchimento dessas vagas, mas não têm sido atendidas. Houve tentativa da administração de acabar com os ACS e os mesmos se mobilizaram, discutiram com o Conselho Municipal de Saúde e apresentaram a proposta de serem contratados (como os do PACS) a medida que fossem completando 18 anos para continuar trabalhando na mesma equipe, desde que continuassem morando na comunidade. A proposta foi aprovada, mas

até o momento não foi implementada com a justificativa de falta de recursos. Após um ano eles continuam não sendo substituídos pela gestão municipal e hoje não somam 20 ACS júnior. A maior parte das ESF não têm ACS júnior. Nos últimos dois anos, vários profissionais começaram suas atividades em ESF nesta situação, portanto nunca trabalharam com ACS.

Os enunciados dos atores indicam a importância do ACS e as conseqüências de não tê-lo na ESF.

*O ACS júnior está desmantelado*

*O ACS faz a interligação entre equipe e território. Alimenta a equipe e a comunidade, instrumentalizando-os para ações.*

*O ACS é elemento-chave para o diagnóstico/conhecimento do território. A ESF faz o diagnóstico da área com dificuldade pela falta e baixo número de ACS.*

*Sem os ACS a ESF parou de atualizar o cadastro porque não tem tempo.*

*O trabalho do ACS é importante para efetivar o modelo de atenção.*

*Deve-se incentivar os ACS jr a continuar como adultos, já estão treinados e conhecem a comunidade.*

*O PSF necessita de ACS. É um nó crítico.*

Paralelamente foi elaborado projeto para implantação do PACS pela Secretaria Municipal de Saúde em 1998, já aprovado pelo MS. Seriam 300 ACS integrados às ESF e Ambulatórios Gerais que não têm ESF nem trabalham com base territorial definida. Mas as ESF e o CMS discordam da forma de encaminhamento proposta pela administração municipal, desde o recrutamento e seleção até questões salariais e contratuais para o ACS. O tratamento dado a implementação do PACS pela administração municipal ocorreu à revelia das ESF, do CMS e do que estava escrito no projeto aprovado pelo Ministério da Saúde.

*Alguns adultos se inscreveram para ACS*

*A SEMAS (Secretaria de Ação Social) elege para ACS pessoas inscritas no Programa de Renda Mínima.*

*A ESF não aceita lista que recebe com nome dos ACS que irão trabalhar na sua comunidade.*

*A ESF faz inscrição de candidatos à ACS*

*O processo de contratação é burocrático e indefinido. Os candidatos desistiram pela demora e indefinição da contratação. Os candidatos que fizeram entrevista não foram chamados, arrumaram outro emprego.*

*O Conselho Municipal de Saúde não aprova forma de seleção, contrato e salário proposto para ACS.*

*O ACS tem que ser bem qualificado e bem pago para trabalhar bem*

*O salário proposto para o ACS é muito baixo para 8 horas*

*Comissão de saúde do CMS revê e estuda alternativa para forma de contrato e salário do ACS.*

*O salário do ACS deve ser diferenciado como os outros profissionais da ESF*

*O ACS deve ter controle sobre o seu vínculo de trabalho*

*A entidade ou cooperativa para contratar ACS, deve ser coerente com a natureza e finalidades do trabalho em saúde (PSF). Não pode ser mera agenciadora de mão de obra.*

Não aparece a inclusão de outras categorias profissionais de saúde no PSF no município. Mas há uma situação favorável quanto ao pessoal de apoio, sendo identificada a presença de auxiliar de limpeza em 70% das equipes enquanto o auxiliar administrativo faz parte de 65% das equipes em Blumenau.

A ampliação da equipe básica faz parte do ideário e aparece como necessidade no discurso dos atores.

*O PSF necessita todas as categorias profissionais para garantir a integralidade. As ESF pedem apoio de outros profissionais. É necessário ampliar a equipe mínima e constituir rede de suporte com equipe multiprofissional para um conjunto de ESF. Assistente social, psicólogo, e nutricionista devem constituir essa equipe de apoio.*

Esse ideário é permeado de contradições, espaço de luta no qual os vários projetos dos atores sociais em situação convergem e divergem. Um conjunto de frases temáticas evidencia os conflitos decorrentes da posição dos atores nesta arena de construção do novo modelo de produção social da saúde.

*Grupos de trabalho do nível central divergem em relação à inclusão de outras categorias profissionais no PSF. Tem corporativismo no nível gerencial em relação à inclusão de outras categorias profissionais no PSF. O confronto corporativista de profissionais que ocupam cargos estratégicos é impedimento para incluir outras categorias no PSF.*

Além do corporativismo, são apontados motivos de natureza político –financeiros como entraves para a expansão da prática multiprofissional no PSF.

*A inclusão de outras categorias no PSF tem obstáculos administrativos, financeiros e falta de vontade política.*

*A necessidade de contrapartida financeira do município emperra a entrada de outras categorias no PSF.*

*A inclusão de outras categorias no PSF aumentaria muito a folha de pagamento.*

A entrada dos profissionais para o PSF ocorre através de processo seletivo aberto ou processo seletivo interno para profissionais efetivos concursados. O processo seletivo é realizado por uma comissão constituída por representantes da SRTS – RH (Superintendência das Relações de Trabalho em Saúde), da SAS (Superintendência da Atenção em Saúde), ESF e CMS (Conselho Municipal de Saúde). Na seleção é priorizado o profissional concursado, pois não há concurso específico para o cargo de médico,

enfermeiro e auxiliar de enfermagem do PSF. A seleção objetiva captar profissionais com perfil adequado as novas práticas sanitárias propostas pelo PSF. O conjunto de frases temáticas apreendidas apontam dificuldades nesta área devido inadequação da oferta e qualificação de profissionais para compor as ESF. Revelam também, problemas específicos de acordo com a categoria profissional.

*Não tem profissional para compor novas ESF. É difícil encontrar profissionais com perfil para PSF. O médico e o auxiliar de enfermagem concursado não tem perfil para PSF. A falta de perfil do médico é o maior nó crítico para PSF. O médico não tem disponibilidade de carga horária para o PSF, tem vários vínculos.*

*Médico é aprovado na seleção para PSF com restrições para não deixar equipe incompleta mais tempo. Médico é aprovado antes de concluir residência em medicina geral comunitária.*

*O enfermeiro tem preparo para saúde pública, visão de equipe e disponibilidade de carga horária para PSF.*

O recrutamento do profissional médico acontece em outro estado, principalmente Rio Grande do Sul. O enfermeiro, a maioria vem do próprio estado e o auxiliar de enfermagem é recrutado no município e região. A divisão de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde tem um banco de dados e currículos e mantém contato com instituições formadoras de residentes e especialistas na área de Saúde da Família e afins como Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre, por exemplo.

O preparo do profissional não é considerado simplesmente a qualificação técnica ou o plano cognitivo, mas atitude, opção e comprometimento com as transformações necessárias à construção de um modelo assistencial de produção social da saúde. A qualificação técnica é fundamental e confere resolutividade à atenção, porém é mais fácil para o serviço, oportunizar a sua aprendizagem.

*Muitos médicos não são clínicos generalistas nem fizeram medicina geral comunitária e não foram admitidos por concurso, mas tem o perfil necessário ao PSF.*

*Profissional sem experiência nem especialização em saúde pública se identifica com o trabalho do PSF.*

*O médico especialista (endocrinologista, psiquiatra) atende ginecologia e pediatria no PSF e gosta de atuar no programa.*

Há várias modalidades de contratação dos profissionais do PSF na mesma instituição: concursado com gratificação de lei específica para o PSF, ACT (admitido por contrato temporário) e concursado com duplo vínculo e extensão de jornada e gratificação por dedicação plena.

A renda é diferente para cada tipo de vínculo, o valor salarial da lei específica para o PSF é fixo, a gratificação por dedicação plena não é fixa nem específica para o PSF, é usada para outros cargos da instituição (todos os servidores municipais). A diferença na renda é pequena e o que preocupa os profissionais são questões relativas a instabilidade e plano de carreira, como podemos constatar nos enunciados.

*As equipes sentem-se inseguras com as formas de pagamento, pois a gratificação não incorpora ao salário. Preocupados com o futuro e com acidentes/doenças. Em caso de incapacidade (temporária ou permanente) ficarão só com o salário que é menos de um terço da sua renda.*

*O profissional do PSF está angustiado e inseguro com o vínculo empregatício.*

*O salário (a renda) do PSF é bom*

Os profissionais do PSF solicitam apoio do Conselho municipal de Saúde para rever e encaminhar alternativas de inserção dos profissionais no sistema de saúde que diminua a precarização dos contratos de trabalho.

Adriano (et ali,1999) consideram um avanço a modificação ocorrida em 1998 na forma dos contratos dos profissionais, que passaram do regime celetista mediante convênio com Fundação Hospitalar de Blumenau para contratação via concurso público (como qualquer servidor municipal) acrescido de processo seletivo para atuar no PSF. O salário do profissional do PSF é composto da remuneração pela carga básica de cada categoria da prefeitura (PMB) complementado por aumento de jornada (para 40 horas semanais) e de gratificação por dedicação plena ao serviço. O valor referente ao aumento de jornada e dedicação plena são custeados pelo Fundo Municipal de Saúde. Assim o profissional do PSF passa a ter estabilidade referente a parcela do contrato como concursado, igual a qualquer profissional da prefeitura, ou seja, o enfermeiro tem estabilidade como enfermeiro da prefeitura, mas não como enfermeiro do PSF, por exemplo.

O gestor municipal de saúde, após período de negociação, em setembro de 2000, encaminhou algumas propostas à administração, como alteração da Lei 4.393 que institui valor fixo como gratificação salarial para atuação no PSF (modificando o aspecto fixo, principalmente) e projeto de lei para criação do cargo de médico com jornada de 40 horas semanais. A primeira proposta já tramitando na PROGEM (Procuradoria Geral do Município), a segunda é mais complicada porque implica em modificações estruturais na administração municipal.

Cada gestor que assume a secretaria municipal de saúde questiona as formas de contratação do PSF e inicia novas negociações.

### **Desenvolvimento e qualificação**

O despreparo dos profissionais é revelado nos enunciados dos atores como tema de relevância, com contradições inerentes ao processo de construção de um novo paradigma sanitário. Entre o novo e o velho há um interregno que não descarta o velho, nem se trata de negá-lo, e o novo ainda está sendo construído. Tem-se algumas gerações de profissionais de saúde com uma prática informada pelo paradigma flexneriano e os próprios profissionais reconhecem as dificuldades de trabalhar sem ter sido preparado na graduação e / ou cursos de pós-graduação.

*Os profissionais não são formados e não estão preparados para este serviço*

*O profissional começa trabalhar sem experiência com saúde pública*

*A ESF encaminha bastante ginecologia e pediatria ao AG*

*O médico e o auxiliar de enfermagem concursado não tem perfil para PSF*

*A falta de perfil do médico é o maior nó crítico para PSF*

*O auxiliar de enfermagem tem uma visão parca do PSF, não tem preparo, tem dificuldade de se ambientar no PSF*

*O auxiliar de enfermagem com experiência em ambulatório geral e unidade avançada de saúde, tem dificuldade de atuar no PSF*

Pela falta de profissionais com perfil para PSF no mercado, a instituição de serviço admite os disponíveis, principalmente médicos especialistas e o auxiliar de enfermagem que tem sua formação historicamente centrada no hospital, mas se omite de promover o mínimo necessário para o desenvolvimento de suas atividades. Os profissionais admitidos para o PSF, pela Secretaria Municipal de Saúde nos últimos três anos não tiveram nem a Capacitação Introdutória, requisito do ministério da saúde, de responsabilidade do município, para implantação de novas equipes. Ressalta-se a participação da Secretaria Municipal de Saúde no Núcleo do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de pessoal para Saúde da Família sediado em Blumenau.

*O médico especialista (psiquiatra, endócrino) que está no PSF, sente falta de capacitação nas especialidades básicas (clínica, ginecologia e obstetrícia e pediatria) porque atende ginecologia e pediatria no PSF.*

*O auxiliar de enfermagem, o médico e o enfermeiro sentem falta de capacitação*



*As ESF solicitam reuniões específicas para capacitação, separadas de reuniões administrativas.*

*Profissionais do PSF precisam de atualização*

*Os profissionais novos não tiveram capacitação nenhuma.*

*Capacitação tem que começar do zero.*

*RH não conseguiu implantar perfil de cargo com planos de desenvolvimento individual e capacitações específicas*

As ESF manifestam o desejo, mas carecem de instrumental teórico-metodológico para operar as inovações pretendidas. Além de boa vontade para trabalhar com a saúde / qualidade de vida de pessoas e famílias, é necessário capacitação e competência apropriadas.

*A ESF não sabe como trabalhar com idoso, hipertenso e diabético no mesmo grupo*

*A ESF quer mas não sabe como fazer a integração das políticas específicas (saúde do idoso, do adolescente, da mulher, etc) ao PSF.*

*O ACS tem que ser bem qualificado para trabalhar bem.*

*O médico especialista (endocrinologista, psiquiatra) atende ginecologia e pediatria no PSF e gosta de atuar no programa.*

*O PSF é uma incógnita para profissional sem experiência em saúde pública nem especialização*

A Unidade de Saúde da Família aparece como um espaço de ensino-aprendizagem, aprender no trabalho e ensinar-fazendo é prática informal, não institucionalizada, valorizada pelos profissionais / atores nas suas falas.

*Trabalhar com a realidade difícil como o PSF adquire experiência rápido, aprende-se muito.*

*Falta espaço para troca de experiência entre as ESF*

*Deve haver troca de experiência entre as ESF porque uma pode estar fazendo o que outra ainda está tentando*

*O profissional que começa aprende a trabalhar com a ESF.*

*As ESF levantam temas para capacitação, mas não aceitam ser capacitados por especialista que não faz contra-referência. Querem ser capacitados por especialistas que fazem contra referências, entendem o PSF e tem compromisso com o paciente.*

Parece haver falta de definição e confusão quanto ao papel do médico generalista, tanto por parte do médico quanto da coordenação do PSF e gerentes / gestor.

*É necessário definir os limites dos conteúdos das especialidades para ESF*

*Capacitar o médico do PSF pode eximir o especialista do seu papel*

*É necessário definir quais as atribuições do médico de Saúde da Família*

*Pequena cirurgia não é atribuição do médico do PSF*

*Médico do PSF pode fazer a sua parte clínica com a formação da Universidade*

*O médico do PSF não precisa de capacitação para fazer pequena cirurgia*

Segundo os atores-falantes, a efetivação do PSF enquanto estratégia necessita o envolvimento dos profissionais no sistema de saúde, o PSF não pode ficar como apêndice. Assim, é insuficiente capacitar somente a ESF, mas estender-se aos profissionais de toda a rede de serviços de saúde. Pela sua inserção no sistema de saúde e compromisso com a mudança de concepção do modelo biomédico para o de produção da saúde, sugerem nos discursos, a inclusão daqueles em programas de capacitação.

*O profissional da rede precisa entender como funciona e a sua importância no PSF, precisa de capacitação*

*O Auxiliar de enfermagem da rede não sabe (receber/acolher) como agir com paciente encaminhado do PSF*

*Os profissionais do AG precisam de desenvolvimento, capacitação e investimento para se transformar em referência e apoio.*

Os atores visualizam resultados dos processos de formação e capacitação, com base em suas necessidades e transformações advindas de sua participação em cursos, como pode-se observar nas frases temáticas. Os cursos são realizados sob variadas formas de integração com diversas instituições: entre unidades da própria Secretaria Municipal de Saúde (Ambulatórios Gerais e Unidades de Saúde da Família); entre uma Universidade (UNISUL) e a Secretaria Municipal de Saúde como é o caso do Curso de Gerenciamento para Unidades Básicas de Saúde do qual participam todas as enfermeiras do PSF; e entre instituições do sistema de saúde no nível municipal (SEMUS), no nível estadual (9ª Regional de Saúde) e Universidade (FURB) que constituem o Pólo de Capacitação, formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família em Blumenau.

*A Capacitação qualifica o trabalho, aumenta possibilidade de intervenção e participação.*

*A capacitação do médico aumenta a resolutividade e diminui o encaminhamento para o Ambulatório Geral.*

*O Curso de Gerenciamento para Unidades Básicas de Saúde oportuniza o levantamento epidemiológico e divulgação de informações, instrumentalizando o processo de trabalho da ESF.*

*Capacitação introdutória com 9ª RS e Pólo de Capacitação, formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família está sendo positiva para ESF, resgatando trabalho de educação continuada estagnado.*

*O ginecologista do Ambulatório Geral capacita os médicos daquela região e melhora integração entre ESF e Ambulatório Geral.*

*Após especialização, o PSF é valorizado e entendido como modelo assistencial a ser perseguido e construído.*

Quanto ao papel e a integração com instituições formadoras os discursos possibilitam uma variedade de apreensões. Um aspecto acentuado é a inadequação das instituições formadoras e a ausência desses conteúdos orientados para mudanças conceituais do processo saúde-doença e da prática sanitária, nos currículos do ensino médio e de graduação.

*Os cursos de auxiliar de enfermagem, mesmo o da Escola Técnica de Saúde (da SEMUS) não preparam para PSF*

*Os cursos de formação, graduação e nível médio não preparam para PSF*

*Os cursos da saúde da (FURB e UNIVALI) tem disciplina de saúde pública, mas não trabalham conteúdos de PSF*

*Os estagiários não sabem os princípios e diretrizes do SUS*

Os discursos revelam também que têm ocorrido iniciativas para aproximar a academia do serviço com a finalidade de promover esta parceria. Reconhecem que a presença de novos atores (academia) enriquece o serviço com incorporação de tecnologias, contribuindo para concretização de novos fazeres sustentado pela interdisciplinaridade.

*A SEMUS / RH tem política de estágio e convênio com duas universidades.*

*Os acadêmicos faziam orientação na escola e creche, grupos de hipertensos, puericultura e gestantes e visita domiciliar facilitando o trabalho da ESF*

*Tem estagiários de enfermagem, serviço social, medicina e psicologia institucional em USF*

*Estagiários de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia no AG dão suporte para ESF.*

As limitações para superação das contradições nos espaços de articulação ensino-serviço também são expressas nos discursos.

*A universidade entra na unidade, ocupa espaço dos profissionais, sem integrar com a equipe*

*Tem preceptor que é funcionário da Secretaria Municipal de Saúde e não integra na USF*

*A universidade não segue as regras do convênio*

*Não tem acadêmico na USF.*

Mas acenam com medidas propositivas no sentido de ampliar as parcerias entre as instituições de ensino e as unidades de saúde.

*A Escola Técnica de Saúde tem que rever o currículo e incluir conteúdos de PSF, teoria e prática, no curso técnico de enfermagem*

*Profissional do PSF propõe incluir estagiários de arquitetura, administração e engenharia civil nas comunidades onde tem PSF. Visa projeto integrado para a questão de moradia, condições de habitação, educação popular*

*RH está negociando com coordenadores de curso da saúde e fora da saúde estágio integrado*

*O estágio multidisciplinar pode transformar a visão do aluno e do profissional*

*O estagiário é acompanhado pelo profissional da unidade ou professor /preceptor*

*Os cursos de formação (graduação e médio) devem trabalhar o PSF*

Os atores revelam que gostar e acreditar no que faz é suporte para enfrentar a carga de trabalho, estresse, a insatisfação, a desmotivação.

*Os profissionais novos no PSF estão desmotivados*

*Atender só demanda espontânea angustia e gera estresse no médico*

*Os profissionais estão abandonados, sem pai nem mãe*

*O trabalho é uma batalha, mas é gratificante*

*A ESF fica muito estressada*

*O profissional não quer sair do PSF, gosta do faz.*

### **5.2.3. Recursos físicos, materiais e insumos**

#### **Equipamentos/materiais**

As equipes referiram dispor os seguintes materiais/equipamentos em perfeitas condições de uso, nas unidades de saúde da família: termômetro, nebulizador, balança de adulto e material para retirada de pontos, 100% das as unidades os possui; estetoscópio, otoscópio e estetoscópio de Pinard (95%) tinham; foco e balança infantil tem em 90% das unidades; material para pequena cirurgia e sonar dopler tem 85% das unidades; medicamentos e soro para emergência, 75% das unidades apresentam; ambú tem em 70% das unidades; tensiômetro e lanterna tem em 60% das unidades, glicosímetro, somente 5% possui; oftalmoscópio e material para parto, nenhuma das unidades tem; 40% das equipes apontaram na opção outros: suporte para soroterapia (5%), estufa (20%), autoclave (25%), martelo de percussão e mesa ginecológica (10%), espéculos ginecológicos, material para coleta de papanicolau (10%), megastocópio (10%), laringoscópio, aspirador de secreções, cânula de guedel, mural (5%). Estes materiais/ equipamentos incluídos em “outros” não se pode afirmar que não estão disponíveis nas demais unidades. A oftalmologia é uma especialidade com bastante dificuldade para acesso/referência e boa parte da demanda é para avaliação do déficit visual, ação que poderia ser realizada pela equipe de saúde da família.

Entretanto, a fala dos atores em relação as suas condições de infra-estrutura / meios de trabalho é pautada pela inadequação e precariedade. Muitas situações vividas no seu dia a dia dificultam e impedem a consecução das finalidades do seu trabalho. Algumas atividades deixam de ser realizadas e outras têm que ser interrompidas por falta de material /equipamento ou espaço físico como podemos observar nos relatos:

*As ESF trabalham com condições físicas e materiais inadequadas.*

*Falta de recursos é uma dificuldade.*

*Não tem condições básicas para prevenção*

*É complicado fazer prevenção sem condições.*

*A qualidade do material é ruim, o esparadrapo não cola direito. Falta equipamento, não tem sonar, é uma vergonha atender uma criança sem otoscópio, falta material de limpeza.*

Desenvolvem os grupos de puericultura, planejamento familiar e hipertenso na sala de espera sem interromper as outras atividades da unidade. Outras ESF fazem grupos nas casas das famílias.

*O trabalho com grupo é interrompido pelas pessoas que vêm à unidade (para fazer curativo, vacina)*

*O grupo de puericultura está suspenso aguardando ampliação da unidade*

Uma grande dificuldade apontada é a manutenção dos equipamentos, cobrando do nível central mais agilidade nas solicitações que são encaminhadas várias vezes.

*Tem que fazer consulta sem sonar quando estraga, a manutenção é difícil, demorada. Fazem a lista das necessidades de manutenção repetidas vezes. Cobram do nível central agilidade na manutenção. No nível central, um empurra para o outro a responsabilidade da manutenção.*

*Condições precárias de trabalho descredencia o serviço junto à população e confere instabilidade ao PSF dificultando a sua consolidação.*

Algumas equipes tem suas atividades limitadas pelo espaço físico e trabalham em unidades pequenas e insalubres, causando desconforto e insegurança aos profissionais e à população.

*O ambiente é insalubre, tem mofo, cheiro terrível. Entra lama na unidade se chove muito. Já ficou fechada por causa da lama. Tem rachaduras no prédio, as paredes estão ocas, não é seguro. O prédio treme e nós e os pacientes corremos para fora. Corremos risco de vida, de desabamento. O prédio está condenado.*

Além de impedir o acesso da população a novos serviços.

*Na USF não tem consultório odontológico. A estrutura física condenada não comporta consultório odontológico.*

A estrutura física das USF é bem heterogênea e deve ser considerada no planejamento e organização do trabalho da equipe. Esta condição parece ser ignorada ao ser programada capacitação em pequena cirurgia solicitada pelos médicos do PSF, mas estendida a todos independente das condições do seu local de trabalho e da possibilidade de implantar a atividade proposta, manifestada pelo profissional.

*Para quê capacitação em pequena cirurgia? Eu faço, não tem problema, mas a unidade tem que ter condições. Sutura deve se feita em sala apropriada. A nossa unidade só tem sala de curativo, não tem sala para pequena cirurgia. Drenagem de abscesso não pode ser feita na sala de curativo.*

### **Material de enfermagem, expediente e educativo**

A situação de abastecimento de materiais foi pesquisada nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário, com as opções *suficiente, insuficiente e não há*. A situação em relação a material é precária, pois 50% refere não dispor de fichas e formulários em quantidade suficiente para atender suas necessidades (Brasil 21%), 70% diz ser insuficiente o material educativo e 35% não tem material de curativo e de enfermagem suficiente.

*A qualidade do material é ruim, o esparadrapo não cola direito. A manutenção dos equipamentos é difícil e demorada. Impressos sempre tem.*

Das equipes de saúde da família, 85% têm cartazes e folhetos educativos, nenhuma tem o Kit “Agentes em Ação” enquanto este está disponível para 66,3% das equipes de PSF no Brasil (BRASIL, 2000), apenas 15% possuem televisor e vídeo sendo que para uma ESF (5%) foi doação da comunidade e 75% tem álbum seriado. No Brasil 56% das ESF dispõem de álbuns seriados e 40,5% possuem televisor e vídeo (MS, 2000). Nos meses seguintes à coleta de dados, a situação do material educativo se agravou pois o IEC (Informação, Educação e Comunicação) ficou sem coordenação.

*O Setor de Informação, Educação e Comunicação (IEC) ajudava fazer apostila, mandava cartazes, folders. O material fornecido pelo IEC é aproveitado em grupos e sala de espera. O acesso a material educativo ficou deficitário com a saída da coordenação do IEC.*

*Atualmente a ESF desenvolve o tema, providencia a digitação em casa e solicita fotocópia ao nível central. O retorno do material à ESF é demorado porque máquina de fotocopiar da Secretaria Municipal de Saúde não está operando mais.*

Para os atores, a mobilização das ESF em busca de novas parcerias do serviço de saúde com a comunidade é prática a ser estimulada, mas não para substituir o dever do Estado em prover as condições básicas para operar serviços essenciais que lhe competem. A população não pode depender de amostra grátis para ter o medicamento ou da vontade e condições dos profissionais em elaborar todo o material educativo para desenvolver alguma atividade.

*Arrecadam brinquedos para grupo de puericultura. A ESF e os grupos de hipertensos e diabéticos buscam financiamento para fazer apostila com receitas e orientações.*

*A ESF e associação de moradores buscam patrocínio para iniciar grupos de Terapia Ocupacional com a comunidade.*

### **Medicamentos e vacinas**

O questionário solicitou que classificassem a disponibilidade de alguns medicamentos básicos para dispensação aos usuários no último mês em *boa* (disponível para todas as situações / pacientes necessários), *regular* (disponível para mais da metade dos pacientes que precisaram), *ruim* (quando menos da metade dos pacientes que precisaram, receberam) e *não tem* (quando os pacientes que precisaram, não receberam).

**Tabela 3.** Distribuição das ESF segundo disponibilidade de medicamentos nas USF, Blumenau, 1999.

Medicamentos	Boa (%)	Regular (%)	Ruim (%)	Não tem (%)
Antibióticos	10	65	25	0
Analgésico	15	65	20	0
Antitérmico	20	60	15	0
A-Hipertensivos	0	40	60	0
Hipoglicemiantes orais	10	45	40	0
P/ tuberculose	60	0	0	0
P/ hanseníase	50	0	0	0
Sulfato ferroso	45	40	10	5
Contraceptivo	50	35	15	0
Vitamina A	65	25	0	10
Antiparasitário	55	35	10	0
Antimicótico tópico	15	10	25	50

Fonte: questionário respondido pelas ESF, Blumenau, 1999

A situação apresentada é preocupante, mostrando uma disponibilidade *ruim* para anti-hipertensivos (60%) e hipoglicemiantes orais (40%), medicamentos de uso contínuo, comprometendo a resolutividade na atenção básica e antimicótico tópico (75%) somando *ruim* e *não tem*. A maior parte das unidades teve disponibilidade *regular* para antibióticos (65%), analgésico (65%) e antitérmico (60%) e hipoglicemiantes orais (45%). Esta situação é motivo de apreensão presente na fala dos profissionais / atores, agravada pela precária condição econômica da população com a qual trabalham. A ESF procura soluções viáveis e temporárias para minimizar o problema, conseguindo amostra grátis e fazendo uso de tratamentos alternativos.

*Todos os Postos tem dificuldade de conseguir a medicação. O médico consegue amostra grátis para paciente hipertenso que está em situação de risco, com dislipidemia, mas quando acabar o paciente vai ter que comprar a medicação para seguimento do tratamento. Paciente não tem dinheiro para medicação. Não basta dieta para evitar as complicações, tem que entrar com medicação. A princípio tem na lista, na farmácia básica, mas cansam de ligar e nunca tem para fornecer à Unidade. Fica complicado fazer prevenção porque não tem as condições básicas.*

*O médico orienta uso de chá e “coisas populares” para hipertensão e diabetes moderada, baseada em autor paranaense, mas quando complica não tem o que fazer. O chá não resolve para hipertensão e diabetes severa. Medicação para hipertensão não*



*falta, mas tem pouco tipo de medicamento.*

A disponibilidade *boa* apresentada para medicamentos contra tuberculose (60%) e hanseníase (50%) significa disponibilidade de 100% pois as ações desses programas, centralizadas em um Centro de Saúde até a implantação do PSF, é descentralizado para a Unidade de saúde da família a medida que é diagnosticado em usuário daquela área de abrangência. A ESF é capacitada pela enfermeira da vigilância epidemiológica e passa a ser responsabilizada pelo acompanhamento do paciente e família. Assim, 60% e 50% das ESF tinham pessoas portadoras de tuberculose e hanseníase respectivamente em seu território, e tem medicamento para todos que necessitam. Sulfato ferroso (45%), Contraceptivo (50%), Vitamina A (65%) e Antiparasitário (55%) apresentam disponibilidade *boa*, mas é enunciado como problema espontaneamente no discurso dos profissionais. Os métodos anticoncepcionais estão restritos ao preservativo condon e hormônio oral para as equipes de saúde da família, com inconstância na disponibilidade.

*É um problema fazer planejamento familiar sem oferta de método. As ESF trabalham alguns meses com falta de anticoncepcional oral. O controle e prevenção das DSTs / HIV / AIDS fica prejudicado, as ESF ficam muito tempo sem dispor de preservativo.*

O recorte na época da coleta dos dados pelo questionário e os enunciados dos profissionais em momento diferente daquele, nos mostra um processo de irregularidade na provisão por tipo e quantidade dos medicamentos constantes na lista da farmácia básica.

*A ESF prevê que o estoque de medicamento acaba em 3 meses e ficará mais alguns meses sem receber. A falta do medicamento desestimula o paciente a frequentar o grupo.*

As vacinas que constituem rotina em Blumenau são: BCG, antipólio, DPT, toxóide tetânico, anti-sarampo, anti-hepatite B, MMR, DT adulto, DT infantil e anti haemophylus influenza (HIB titer). Das 20 unidades do PSF, 14 (70%) possuem sala de vacina e 6 unidades (30%) ainda não têm por falta de espaço físico. Não obstante, as 20 (100%) unidades referem fazer toxóide tetânico nas gestantes. A equipe do PSF faz agendamento e trazem as vacinas na unidade mensalmente. No período da pesquisa, antipólio foi a única vacina disponível em todas as unidades com sala de vacina; anti-sarampo, anti hepatite e MMR foi encontrada em 92,9% das unidades que possuem sala de vacina; BCG e DT adulto tinha em 78,6% unidades; DPT e HIB-titer em 85,7% e toxóide tetânico em metade delas (50%). Estas faltas podem ser atribuídas à agenda de entrega e distribuição do nível

central para as unidades, não se constituindo em problema para as ESF. A ESF tem tranqüilidade em agendar o retorno do usuário, pois o fornecimento é realizado em um ou dois dias quando necessário, diferente de outros insumos.

### **5.3 Dimensões relacionadas ao sistema: referência e contra-referência**

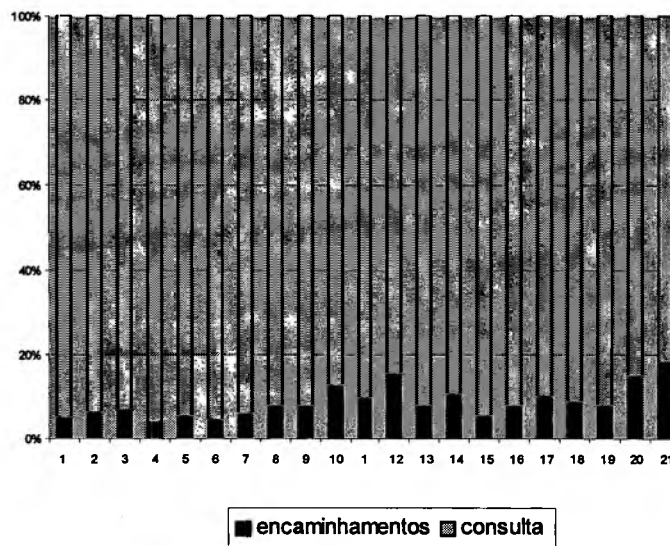
O nível de atenção primária tem uma suficiência resolutive de acordo com sua composição tecnológica, dependendo de um nível de atenção de maior densidade tecnológica que lhe sirva de referência, sendo este um princípio organizativo da estratégia de saúde da família apontado por MENDES (1996, p273)

Quanto aos exames laboratoriais foi solicitado que a equipe referisse a sua disponibilidade no último mês, considerando *disponibilidade total*, quando todos os exames solicitados são realizados e *disponibilidade parcial* quando nem todos os exames pedidos são realizados pelo SUS.

A disponibilidade de referência na rede SUS para realização dos seguintes exames de apoio diagnóstico solicitados (no último mês) pela equipe de saúde da família foi assegurada para todas as unidades: hemograma completo, tipagem sanguínea, dosagem de uréia, creatinina e ácido úrico, glicemia de jejum, VDRL, sumário de urina, cultura de urina, cultura de fezes, eletrocardiografia e parasitológico de fezes. Raio X de tórax, abdomen e extremidades e colposcopia foi assegurado *totalmente* para somente 35% das ESF e *parcialmente* para 65% delas, isto é, nem todos os solicitados foram atendidos. A ultrasonografia obstétrica foi realizada *totalmente* para 15% das ESF e para 85% nem todos os pedidos foram assegurados. A citopatologia de colo de útero foi *totalmente* atendida para 90% das ESF.

**Gráfico 1-** Distribuição das ESF segundo encaminhamento (especialidade, emergência e internação) por consulta médica, jan a julho de Blumenau, 1999.

**Encaminhamento (para especialidades, internação e emergência), por equipe, jan a jul 1999**



Fonte: SIAB – Secretaria de saúde de Blumenau, 1999.

Em relação a referência para os outros níveis de atenção os enunciados dos atores revelam facetas da suficiência e insuficiência tecnológica da ESF, encaminhando quando as situações transcendem sua capacidade resolutive. Ao identificar esta competência tecnológica recorreremos ao conceito de tecnologia utilizado por MERHY (1997:19) referido a temática do trabalho caracterizado por uma ação intencional sobre o mundo na busca da produção de “coisas” (bens/produtos) que funcionam como objetos, mas que não são necessariamente materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos que satisfaçam necessidades. As frases temáticas exemplificam esta questão, referindo-se a diferenças no nível de competência tecnológica.

*O médico do PSF encaminha por escrito com hipótese diagnóstica*

*O médico do PSF manda para especialista quando há indicação e para o hospital quando necessita de maior densidade tecnológica (equipamentos).*

*Encaminha o supra-sumo da ortopedia. Escoliose, lombalgia o médico do PSF resolve*

*A ESF resolve 90% dos problemas .*

*O médico do PSF usa todos os recursos que tem antes de encaminhar*

*O paciente leva a referência por escrito, é orientado sobre o atendimento do especialista e para trazer a contra-referência por escrito para a ESF*

*Encaminha para Ambulatório Geral, para Policlínica de especialidades e outros*

*serviços especializados como SAPS (serviço de atenção psicossocial)*

Mas mostram que o uso dessas tecnologias variam de uma ESF para outra, no mesmo nível de atenção.

*Alguns médicos do PSF podem estar encaminhando casos desnecessariamente.*

*O PSF tem mais acesso à marcação de consulta p especialista*

*A ESF encaminha bastante ginecologia e pediatria ao AG*

Há oposição à tentativas de modificações no modelo biomédico, centrado na excessiva especialização, que oferece atenção ocasional, valoriza a tecnificação, não reconhece e desautoriza a atuação do profissional generalista. Esse é outro nó crítico afirmado pelos atores em suas enunciações, comprometendo o fluxo e contrafluxo dos usuários e informações através dos diferentes níveis do sistema.

*O médico do PSF se angustia com falta de referência*

*O especialista não dá retorno e não faz contra referência para PSF*

*O especialista não está vinculado à causa do PSF*

*Raros médicos da Policlínica (referência) encaminham o paciente de volta ao PSF por escrito*

*O profissional da rede não sabe receber/acolher o paciente encaminhado pelo PSF, fazendo-o perder tempo e andar muito.*

*O Ambulatório Geral não está preparado para receber a demanda do PSF de forma diferenciada*

*dificuldade enorme de conseguir vaga para endocrinologia, pois tem um endócrino do SUS para a cidade inteira*

*Tem muitos diabéticos em Blumenau e muita criança com endocrinopatia*

A resistência é personificada pelos especialistas, mas pode estar refletindo a instituição do PSF como um programa a mais no cardápio de oferta dos serviços, como atenção primária seletiva. As ESF em seus territórios e unidades tentando organizar suas ações pela lógica da demanda, não guardam relação de intercomplementaridade com os outros níveis do sistema, que continuam organizados pela lógica da oferta.

*Há dificuldade de encaminhamento para o hospital, depende de relacionamento pessoal com médico, é informal.*

As Unidade de Saúde da Família não se constituem no primeiro contato da população com o sistema de saúde, posi os Ambulatórios Gerais atendem grande parcela da população não referida. O descompasso entre as ESF e as outras unidades de produção de serviços de saúde pressiona-as para uma nova forma de organização, seja ao gerar uma

demanda referida com novas exigências ou ao explicitar conflitos da racionalidade do paradigma da doença.

*O Ambulatório Geral atende a demanda espontânea e referida pelo PSF e pelas unidades avançadas de saúde.*

*As unidades avançadas de saúde e o AG não trabalham com base territorial definida.*

*O Ambulatório Geral está em processo de crise de identidade, tem que se transformar e rever o seu papel na hierarquia do sistema de saúde.*

*O usuário encaminhado da USF para Ambulatório Geral espera atenção e acompanhamento diferenciado, igual ao realizado pela ESF.*

*O Ambulatório Geral deve abrigar equipe multiprofissional de apoio que preste assessoria, estudo de caso e atuação conjunta às ESF*

*O profissional é lotado no Ambulatório Geral sem planejamento e a composição da equipe é diferente para cada Ambulatório Geral*

*A organização da assistência no Ambulatório Geral é determinada pela oferta*

As contradições dessa diversidade na forma de operar e gerir o trabalho em saúde provoca crises e pode ser indicativo de avanços, não lineares e, por isso de menor visibilidade, no sentido da reorganização do sistema de saúde tendo como eixo estruturante o proposto pelo saúde da família.

## **5.4 Dimensões territoriais**

### **5.4.1. Território, adstrição da população e co-responsabilidade**

Nas respostas das equipes, 40% referem ter iniciado as atividades em março/ 96, 15% em fevereiro, 10% em abril, 5% em maio, 10% em julho e 5% em agosto de 96.

Quanto a área de atuação, somente uma equipe está localizada na área rural. O território de atuação está definido para 85% das equipes. Todas as equipes referem ter mapa da sua área de atuação. Três equipes (15%) referem estar realizando o cadastro apesar de duas destas terem iniciado as atividades em março de 96 e em dezembro de 98 ter sido realizado o recadastramento de todas as famílias, seis meses antes deste questionário. Portanto, o cadastramento das famílias, neste caso, não apresentou relação com a data de implantação da equipe e poderia estar relacionado com a alta rotatividade dos profissionais e/ou grande movimento migratório da população e ainda com a falta do ACS na ESF.

Fica aparente nas falas dos atores que a ESF trabalha com território definido e população adstrita, que o cadastro é um instrumento e fonte de informação importantes havendo no entanto, dificuldades em mantê-lo atualizado. Mesmo não elaborado conceitualmente, é evidente o entendimento por parte dos profissionais, desse território-processo transcendendo um espaço geográfico, como um espaço social não acabado, em permanente construção. É esse movimento que a ESF tenta apreender e se inserir no cotidiano dos serviços.

*A ESF se responsabiliza, se dedica e acolhe determinado nº de pessoas de um território.*

*Sem os ACS a ESF parou de atualizar o cadastro porque não tem tempo. O recadastramento é lento, pois tem 2 ACS para toda a área.*

*A ESF trabalha com mais de mil famílias, porém a população que está cadastrada é pequena.*

*O cadastro foi feito de forma confusa, tem micro-área não contígua geograficamente. A ESF refaz a divisão das micro-áreas.*

*A população fixa da comunidade é pequena, a população móvel é grande e o número de famílias aumenta a cada dia. As famílias de migrantes passam por vários bairros até se fixar na cidade. A rotatividade de moradores inter-bairros é grande na comunidade.*

*A família cadastrada traz os parentes de fora para atendimento no PSF.*

*Entre uma Visita Domiciliar (V.D) e outra tem várias casas novas. A ESF cadastra a família que constrói casa, durante V.D. A ESF atende, mas não cadastra os "turistas".*

*A ESF tem mapa do seu território e faz acompanhamento epidemiológico das famílias.*

*O ACS é elemento-chave para o cadastramento das famílias e conhecimento do território.*

*A ESF não conhece todas as famílias da sua área de abrangência.*

*O cadastro está em dia.*

*A ESF aproveita a VD para atualizar o cadastro.*

Outras barreiras identificadas pela ESF:

*A população reclama da distância da unidade porque tem que pegar dois ônibus.*

*O ônibus não sobe o morro, a população mora em cima do morro e a unidade fica embaixo.*

Algumas características da comunidade e das famílias são salientadas pelos atores como impeditivos para a ESF desenvolver um bom trabalho. Essa visão mostra, de um lado, o conhecimento que a ESF tem do território, mas parece justificar a impotência do profissional diante de um quadro social. A falta de higiene é associada a pobreza e passividade devido ao assistencialismo do Estado, e por outro lado esta visão pode estar carregada de preconceitos ao destituir a realidade de sua determinação histórica, social e

econômica, culpabilizando o indivíduo por comportamentos considerados errados que, “de vítima passa a culpado pela pobreza, ocupação irregular, relaxamento...” . Por outro a ESF precisa transcender a esfera do comportamento individual / familiar para possibilitar uma abordagem adequada a esta realidade histórica e social concreta.

*O município tem comunidades com realidades diferentes.*

*A população adstrita é grande, precária, bastante carente, doente, muita criança desnutrida, com problemas básicos de saúde. A comunidade é muito carente.*

*Nas casas tem lixo espalhado, roupas pelo chão, muitas casas sem banheiro ou chuveiro. O banheiro é uma casinha lá fora.*

*O trabalho é difícil pelo nível de carência da comunidade.*

*De um dia para o outro muitas famílias estão limpando terreno, botando as casas, botando luz, não compram de ninguém, a ocupação é irregular, porque o bairro é no centro da cidade.*

*O pessoal que vem de fora (migrante) não lava roupa porque ganham e tem muita, não valorizam.*

*A ESF atende só os cadastrados. A ESF atende os turistas só em emergência.*

*A ESF conhece bem as famílias.*

#### **5.4.2. Humanização / Vínculo**

Resgatar a dimensão do humano na prática sanitária, estabelecer vínculo implica no conhecimento recíproco entre as famílias e ESF para que estas possam expor suas demandas, seus dramas e anseios afim de construir uma agenda em conjunto. Para Merhy (1997, p130) tecnologia leve nunca é escassa, pois ela é sempre em processo, em produção, diz respeito ao vínculo, ao acolhimento e parece estar presente no trabalho da ESF.

*A ESF responsabiliza-se em atender e fazer o acompanhamento de 800 a mil famílias.*

*A ESF conhece e chama as pessoas pelo nome. O ACS mora na área*

*A ESF tem grande aproximação com a comunidade. ESF conhece bem a família*

*Paciente sente a diferença e não abre mão do atendimento do PSF*

*As pessoas tratam o profissional como se fosse da sua família*

*Profissionais tem boa ligação com a comunidade, tem vínculo de confiança e afeto, as pessoas confiam na ESF.*

*Profissional não quer trocar de unidade, pois já conhece o funcionamento daquelas famílias e comunidade e não quer desfazer vínculo com a sua comunidade*

*Ficar mais tempo numa unidade permite conhecer a realidade da comunidade.*

*O melhor benefício do PSF é o acolhimento. A ESF está disponível para a comunidade*

A responsabilidade da ESF com a população adstrita não se restringe aos limites de sua atuação, na sua área de abrangência e o cuidado com o usuário se estende quando este necessita atendimento em outros serviços. Esta preocupação é visível nas suas falas, assim como o desejo de que o compromisso que carregam com a população sob sua responsabilidade fosse assumido pelos demais profissionais e serviços do sistema de saúde. É forte o sentimento de responsabilização e até cumplicidade entre ESF e usuário. O Acolhimento no PSF Qui referido, não se restringe às ações programáticas, sendo aberto orientado para a necessidade do usuário.

*Falta comprometimento com o paciente e a saúde, do profissional que não é do PSF Falta ética entre os profissionais.*

*O paciente, quando encaminhado, perde tempo, anda muito*

*O profissional do PSF tem atuação, comprometimento e vínculo com a população diferenciada das outras unidades*

*Especialista da rede encaminha paciente do SUS para consultório e vende medicamento*

*Especialista não está vinculado à causa do PSF*

*Especialista não assume responsabilidade por seus atos*

*O usuário encaminhado do PSF tem expectativa diferente, quer ser tratado com a mesma atenção que recebe no PSF.*

Quanto ao tipo de prontuário, todas as equipes (100%) usam o prontuário familiar com uma ficha para cada pessoa da família no seu interior e algumas específicas como a ficha para acompanhamento da gestante e a da criança.

## **5.5 Dimensões das práticas em saúde**

### **5.5.1. Atividades assistenciais**

O instrumento /questionário continha uma lista detalhada de atividades decomposta do processo de trabalho das ESF que referiram as ações realizadas antes e após a implantação do PSF. Esta comparação nos forneceu subsídios importantes mostrando a extensão de cobertura de todas as ações pesquisadas, sendo que somente as atividades de consulta médica para criança (40%) e adulto e tratamento de diabetes e hipertensão eram realizados em 35% das áreas de abrangência. Outro aspecto fundamental revelado por esta comparação diz respeito à maior aproximação à integralidade da atenção, pois as atividades eram concentradas na consulta médica e ações curativas, passando a ser

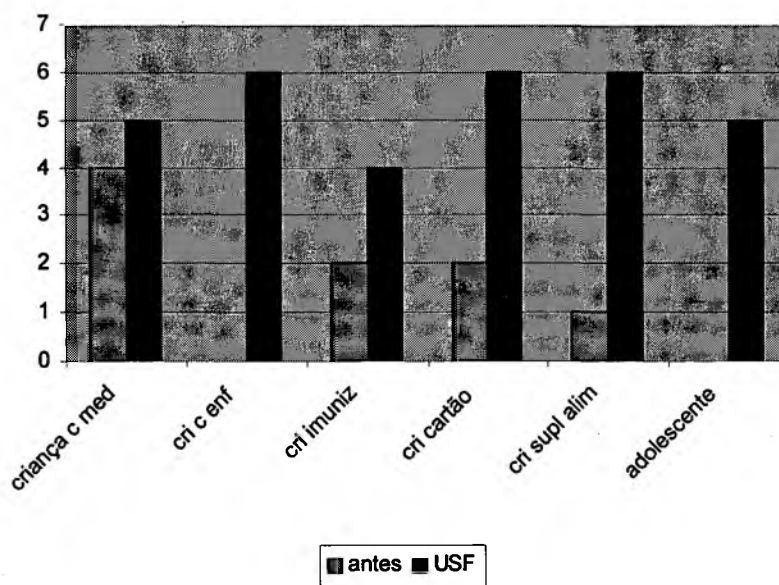


realizadas ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, concomitante ao aumento das ações de cura e reabilitação.

Analisando a distribuição das ESF instaladas em unidades avançadas de saúde (antigas) que foram transformadas em unidades de saúde da família, segundo as atividades realizadas, encontrou-se o mesmo comportamento que o apresentado para a totalidade das ESF. A representação gráfica facilita a demonstração.

**Gráfico 2-** Ações de atenção à saúde da criança, realizadas pelas unidades antigas e pelas ESF, antes e depois do PSF, Blumenau, 1999.

Ações de atenção à saúde da criança, realizadas pelas unidades antes e depois do PSF, 1999.



### Legenda

Criança c med – consulta médica à criança.

Cri c enf – consulta de enfermagem à criança.

Cri imuniz – criança imunização.

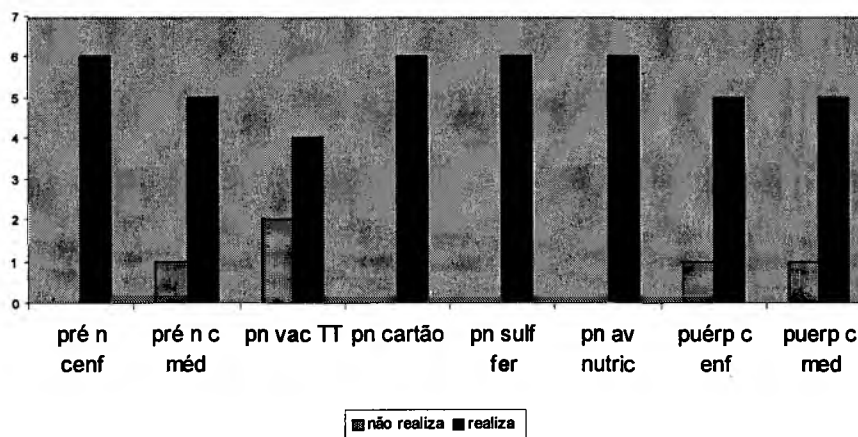
Cri cartão – uso de cartão da criança em puericultura.

Cri supl alim – suplementação alimentar para criança.

Adolescente – atividade voltada para o adolescente.

**Gráfico 3 – Ações de pré-natal e puerpério nas unidades antes e após serem transformadas em USF, Blumenau, 1999.**

**Ações pré-natal e puerpério nas unidades antes e após transformadas em saúde da família, Blumenau, 1999.**



### Legenda

Pré n cenf – consulta de enfermagem no pré-natal.

Pré n c med – consulta médica no pré-natal.

Pn vac TT – vacina toxóide tetânico para gestante.

Pn cartão – uso do cartão da gestante no pré-natal.

Pn av nutric – avaliação nutricional da gestante.

Puérp c enf – consulta de enfermagem à puérpera

Puerp c med – consulta médica à puérpera.

### Saúde da mulher

Em relação ao pré-natal, 15% das unidades não realizavam consulta médica. Em 85% das Unidades não estavam disponíveis consulta médica para gestante e puérpera, vacina Toxóide Tetânico (TT) e sulfato ferroso e em 90% não era realizado avaliação nutricional e uso do cartão para acompanhamento da gestante e consulta de enfermagem

para a puérpera. Nenhuma Unidade oferecia consulta de enfermagem para gestante. Eram realizadas fora daquela comunidade mas dentro do município, consulta médica e uso do cartão no pré-natal (70%), vacina TT e consulta médica para puérpera (75%) e sulfato ferroso (65%). Isto significa que esta população, hoje coberta pelo PSF, tinha que se deslocar para os ambulatórios ou centro da cidade para ser atendida.

As equipes referem como não realizadas avaliação nutricional da gestante (55%), consulta médica de pré-natal (15%), consulta de enfermagem para puérpera (45%), uso do cartão e sulfato ferroso no pré-natal (20%).

Com a implantação do PSF, 100% destas unidades referem realizar uso do cartão e sulfato ferroso no pré-natal, 95% fazem consulta médica e de enfermagem para gestante e puérpera e avaliação nutricional e 70% oferecem vacina TT para gestante. Não está claro a diferença entre o uso do cartão e sulfato ferroso (100%) e a consulta médica e de enfermagem (95%).

Antes do PSF a consulta ginecológica era realizada em 15% das Unidades e 70% em outros locais, passando para 85% nas Unidades do PSF. Entretanto, esta atividade ainda não é realizada em 15% das Unidades, sugerindo-nos buscar uma explicação já que está contemplada nas funções do médico e do enfermeiro de família. Essas Unidades estavam sem médico na época ou falta capacitação nesta área ou seria problema de estrutura como sala e equipamento. Parece que estrutura não é já que 100% dos enfermeiros e 45% dos médicos faz coleta para exame papanicolau nestas Unidades.

A situação também se modificou para as atividades de planejamento familiar: somente 20% faziam a consulta médica, e com o PSF, 95% referem realizá-la; a consulta de enfermagem e orientação sobre preservativo apenas 5% realizava, passam a ser realizadas em 100% das Unidades; a colocação de DIU não era realizada em nenhuma das unidades antes do PSF e hoje é ofertada em 15% das mesmas. Ainda é um procedimento restrito provavelmente devido a formação do profissional médico não ter sido específica em medicina geral-comunitária ou de família, sendo considerada atividade da especialidade ginecologia, o que aponta a necessidade de capacitação em serviço ou educação continuada. Antes da implantação do PSF, a colocação de DIU para o usuário do SUS era realizada em dois locais no município, num centro de referência e no ambulatório da universidade (FURB).

**Tabela 4:** Distribuição das ESF, segundo as atividades realizadas na área de abrangência antes e após a implantação do PSF, Blumenau, 1999.

Atividades	Antes do PSF %	Após PSF %
<b>Pré-natal</b>		
Consulta de enfermagem	0	95
consulta médica	15	95
Vacina com Toxóide Tetânico	15	70
Cartão da gestante	10	100
Dispensação de sulfato ferroso	15	100
avaliação nutricional	10	95
<b>Puérpera</b>		
Consulta de enfermagem	10	95
consulta médica	15	95
<b>Coleta para exame Papanicolau</b>		
Feito por médico	15	45
Feita por enfermeiro	0	100
<b>Planejamento familiar</b>		
Consulta médica	20	95
Consulta de enfermagem	5	100
Distribuição de preservativos	5	100
Inserção de DIU	0	15
Consulta ginecológica	15	85

A exceção é a inserção de DIU apresentando um percentual de realização por 28% das equipes do Brasil e somente 15% das equipes de Blumenau.

As frases temáticas construídas a partir dos discursos mostram uma situação, que não é exclusiva para a atividade de inserção de DIU.

*No PSF não existe rotina estabelecida para ginecologia. O médico encaminha bastante ginecologia e pediatria para o Ambulatório Geral.*

*Pequena cirurgia e inserção de DIU não são atribuições do médico do PSF.*

*É necessário estabelecer área de abrangência de atividades e definir os limites dos conteúdos das especialidades.*

*Capacitar o médico do PSF pode eximir o especialista do seu papel.*

*É necessário definir padrões de atendimento com flexibilidade para que o médico (do PSF) possa fazer a sua rotina dentro do recomendado.*

### **Atenção à Criança**

Antes do PSF a consulta de enfermagem era realizada por somente 10% e passou a ser feita em todas as unidades ; consulta médica 40% realizava no local, e atualmente é realizada em 95% das unidades; o uso do cartão era feito em 25% , e passa a ser usado em 100% das unidades; a imunização sofreu uma inversão positiva com o PSF, hoje é realizada em 70% das unidades e antes era feita em 25% e 75% encaminhado; somente 15% faziam suplementação alimentar para a criança, 30% encaminhava e em 55% não existia, atualmente 100% das unidades disponibilizam suplementação alimentar para a criança.

Essas ações básicas eram consideradas especialidades, o pré-natal era realizado pelo obstetra, papanicolau pelo ginecologista e o pediatra atendia as crianças. Ações que passaram a ser desenvolvidas pela equipe de SF. A atenção à saúde era concentrada na consulta médica, atendimento individual, curativo e parcial.

**Tabela 5:** Distribuição das ESF, segundo as atividades realizadas na área de abrangência antes e após a implantação do PSF, Blumenau, 1999.

<b>Atividade</b>	<b>Antes do PSF %</b>	<b>Após PSF %</b>
<b>Atenção à Criança</b>		
Consulta médica	40	95
consulta de enfermagem	10	100
imunização	25	70
Uso do cartão da criança	25	100
suplementação alimentar	15	100

### **Saúde do adulto**

Para ações de hipertensão e diabetes o comportamento é homogêneo: a busca ativa não era realizada em nenhuma unidade, o diagnóstico não era feito em 30% das unidades,

o tratamento também era realizado somente em 35% delas. Todas essas ações são referidas como realizadas em 100% das unidades do SF.

Para DST, o diagnóstico não era feito em nenhuma unidade, em 35% era encaminhado e 65% é referido como não realizado em parte alguma, passou a ser realizado em 90% das unidades do PSF; o tratamento era realizado em 25% das unidades e 75% em outro local; a investigação era realizada somente em 10% das unidades, O tratamento e a investigação foram referidos como realizados em 100% das unidades do PSF. Essas ações eram centralizadas em unidades de referência e sofreram desconcentração e ampliação com a operacionalização das unidades do SF.

**Tabela 6:** Distribuição das ESF, segundo as atividades realizadas na área de abrangência antes e após a implantação do PSF, Blumenau, 1999.

<b>Atividade</b>	<b>Antes do PSF %</b>	<b>Após PSF %</b>
<b>Adulto</b>		
Consulta médica	35	100
Consulta de enfermagem	0	100
<b>Controle de Hipertensão</b>		
busca ativa de casos	0	100
diagnóstico	30	100
tratamento	35	100
<b>Controle de Diabetes</b>		
busca ativa de casos	0	100
diagnóstico	30	100
tratamento	35	100
<b>Controle de DST</b>		
diagnóstico	0	90
tratamento	25	100
Investigação de contatos e aconselhamento	10	100

As ações dos programas de tuberculose e hanseníase, centralizados em uma única unidade no município, parecem ter iniciado um processo de descentralização com o PSF. Nenhuma unidade fazia busca ativa, o diagnóstico de tuberculose e o tratamento de

tuberculose e hanseníase foi referido como feito por 5% das unidades, porém o usuário tinha que ser encaminhado e atendido pela unidade de referência para ser confirmado como caso e receber o tratamento. Todas as unidades referem fazer busca ativa de hanseníase e diagnóstico de tuberculose; 95% fazem busca ativa de tuberculose; 85% e 50% dizem realizar tratamento de tuberculose e hanseníase respectivamente; 60% referem fazer diagnóstico de hanseníase. Segundo informação do serviço de vigilância epidemiológica, o diagnóstico continua tendo que ser confirmado pelo médico da unidade de referência. No caso da hanseníase, o usuário toma a dose supervisionada mensalmente nesta unidade central; o tratamento de tuberculose já está sendo feito e acompanhado pela unidade do PSF na qual o usuário é cadastrado.

**Tabela 7: Distribuição das ESF, segundo as atividades realizadas na área de abrangência antes e após a implantação do PSF, Blumenau, 1999.**

	Antes do PSF %	Após PSF %
<b>Controle de Hanseníase</b>		
Busca ativa de casos	0	100
diagnóstico	0	60
tratamento	5	50
<b>Controle de Tuberculose</b>		
Busca ativa de casos	0	95
diagnóstico	5	100
Tratamento	5	85
<b>Vigilância epidemiológica</b>		
Notificação compulsória	30	100
Investigação epidemiológica	5	100
Bloqueio e quimioprofilaxia	10	100
Ações para o Idoso	5	85
Ações para os adolescentes	5	85
Pequena cirurgia	20	85

Ações voltadas para o idoso e adolescente, somente 5% das unidades realizavam, passando para 85% das ESF.

Procedimentos de pequena cirurgia eram realizados por 20% das unidades antes do PSF e após passou a ser executado por 85% destas.

## Vigilância epidemiológica e sanitária

Em relação a vigilância epidemiológica, somente 30% das unidades faziam notificação de agravos, 5% investigação e 10% bloqueio, ações que 100% das ESF referem realizar. A investigação e bloqueio eram centralizadas, porém as unidades deveriam sempre ter sido fonte de notificação, independente da modalidade de organização da atenção – saúde da família ou outra.

### 5.5.2 O cotidiano integra as atividades

É um equívoco falar em Programa de saúde da família ao lado de programas ou políticas de saúde do idoso, da mulher, da criança, etc, se não obedecerem esta lógica de reorganização do modelo assistencial sustentado pela produção social da saúde e reiterativo da prática de vigilância da saúde.

Mas é na construção das frases temáticas dos discursos em análise que os atores revelam as contradições e desafios na construção dessa nova prática e reconhecem as suas vantagens e potencialidades.

*A Operação dessas políticas específicas Programa de Saúde do Idoso, Saúde Mental, Planejamento Familiar, Educação em Saúde, Saúde do Trabalhador, etc, integradas ao PSF é a grande novidade e um desafio porque ainda não se sabe como implementar.*

*A ESF faz algumas ações de cada um daqueles “programas”.*

*Interdisciplinaridade é desejo, é o caminho mas a prática é preciso inventar...*

*A ESF está pensando como juntar os diabéticos, idosos e hipertensos no mesmo grupo de forma interessante para todos.*

Os enunciados evidenciam que a integralidade é muito mais abrangente e complexa do que aquelas atividades bem estruturadas que o questionário apresentava.

*A ESF acolhe as pessoas de sua área*

*A ESF traça estratégias para combater epidemias e melhorar a qualidade de vida da comunidade*

*O médico e o enfermeiro explicam, na consulta, causa, evolução e complicações da doença.*

*A ESF organiza pré-conferência de saúde na sua área*



*O médico do PSF faz retirada de névus, sutura, drenagem de abscesso, assiste caso de óbito .*

*A ESF faz planejamento familiar, prevenção e controle de DST/AIDS com usuários profissionais do sexo e usuários de drogas.*

*Fazem controle do foco de diarreia na creche, orientações na escola, cadastram as famílias, fazem visita e atendimento domiciliar.*

*A ESF trabalha com grupos de idoso, adolescente, de gestante, de hipertenso, puericultura*

*A ESF faz de tudo, pré-natal, palestra, reunião com grupos*

*A enfermagem pesa e mede a criança, faz acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, usa o cartão, no dia do grupo, o médico atende as crianças que têm intercorrência*

*Enquanto a enfermeira e/ou o médico conversa com as mães, a auxiliar de enfermagem brinca com as crianças e estimula a sua atividade motora.*

*Percebe-se um alargamento das ações de promoção, a busca da co-responsabilidade e o compromisso com a autonomia dos usuários no seu “modo de andar a vida” (Mendes,1996) nos enunciados abaixo.*

*A consulta médica e de enfermagem inclui educação e toma muito tempo para educar.*

*A ESF está estruturando um grupo de terapia ocupacional, promove cursos de acordo com interesse das pessoas e a enfermeira pode ajudar a comunidade ensinando pintura*

*Conversam sobre saúde enquanto brincam e aprendem artesanato no grupo*

*Com o tempo, as mães aprendem a hora de procurar a unidade e o que fazer em casa ante de chegar na Unidade.*

*Terapia ocupacional serve para socialização, fazer artesanato para uso próprio e vender...sair de casa, encontrar pessoas porque tem muitas pessoas com depressão.*

*A ESF orienta pacientes sobre direitos trabalhistas*

*O profissional do PSF é agente social, trabalha com a cidadania.*

*Elaboram livro de receitas com pacientes hipertensos, coletando as receitas dos mesmos.*

*A ESF muda faixa etária e os temas do grupo de puericultura por solicitação das mães que propõem temas diferentes daqueles planejados pela equipe.*

*Arrecadam brinquedos para grupo de puericultura para que as crianças brinquem enquanto as mães participam do grupo.*

Os enunciados indicam um movimento, ainda que incipiente de mudança nas práticas sanitárias no cotidiano das ESF. Aparecem, além das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, ações pouco comuns dentro da ótica do modelo da prática da atenção médica como: *orientar paciente sobre direitos trabalhistas, ensinar pintura e artesanato, elaborar livro de receitas junto com pacientes hipertensos.*

Para os atores, as ações de educação para a saúde apresentam importante participação no conjunto das atividades desenvolvidas pela ESF e não estão restritas aos

espaços habitualmente utilizados para sessões educativas como reuniões em grupo ou sala de espera, acontecendo em situações e espaços diversos na sua área de abrangência. A necessidade de orientar/ informar a população sobre saúde/doença e sobre o funcionamento (o que é emergência, cuidados em casa) do serviço também são revelados nos enunciados.

*A ESF faz orientações na escola e creche, nas casas, na reunião da AM, no pátio da Unidade*

*O médico explica, na consulta, causa, evolução e complicações da doença.*

*A consulta médica e de enfermagem inclui educação e toma muito tempo para educar.*

*As mães aprendem a hora de procurar a unidade e o que fazer em casa*

*Conversam sobre saúde enquanto brincam com as crianças e com os adultos no curso de artesanato e pintura.*

*O grupo de hipertensos e diabéticos é rotativo, cada dia acontece na casa de um dos moradores da área.*

*Conversa sobre planejamento familiar na sala de espera, desenvolvem os grupos na sala de espera*

*Distribuem material educativo nos grupos para ser discutido.*

Sob uma aparente incoerência com o movimento de autonomização dos usuários, os atores trazem à tona fragilidades nesse processo de educação relacionadas à concepção de saúde / doença, ao paradigma sanitário e características culturais, não menos importantes que os avanços revelados.

*A ESF tem que explicar muitas vezes sobre a causa das doenças para a comunidade captar o programa.*

*A ESF distribui medicamento para o hipertenso no dia do grupo, o que faz aumentar a sua participação.*

*O paciente hipertenso adere ao retorno, cuidados, tratamento, orientações, é fácil de trabalhar*

*É difícil a pessoa aceitar vir no grupo. É difícil a comunidade aceitar a prevenção.*

*O diabético é difícil de lidar, de educar para prevenção, só colabora quando apresenta complicações. O que envolve mudança de hábitos alimentares é muito difícil o paciente aceitar e realizar.*

*A população é dependente do médico, ainda pensa que tudo tem que ser resolvido com consulta.*

*A população tem cultura de medicina curativa.*

*As crianças acompanham o trabalho, podem mudar o comportamento quando crescer.*

*O médico pode demorar fazendo orientações, mas no final é pressionado a receitar medicamento.*

As atividades de vigilância sanitária e saneamento básico também foram pesquisadas e estão presente no trabalho de 70% das ESF. As atividades de vigilância

sanitária desenvolvidas referem-se ao controle da qualidade de alimentos (condições de armazenamento e avaliação dos alimentos das escolas e creches, orientação e exames às cozinheiras da creche); controle da qualidade de medicamentos (conservação e controle da qualidade, validade e eficácia dos medicamentos); Inspeção da qualidade de higiene das casas, orientação à famílias e grupos, supervisão do ambiente da creche, alerta aos moradores e vigilância sanitária sobre esgoto, insetos e ratos, apoio à vigilância sanitária, controle da qualidade de material, orientação na escola e creche sobre hepatite e cólera.

As atividades de vigilância sanitária desenvolvidas pelas ESF são incipientes e concentradas em ações educativas e orientações apesar de algumas equipes terem referido atividades de controle e inspeção. O controle e inspeção são atribuições do fiscal da vigilância sanitária. Mesmo assim, 15% das ESF referem fazer controle de qualidade de medicamentos e material, o que nos faz pensar que se trata de controle de estoque dentro da unidade de saúde, atividade geralmente desenvolvida pela enfermagem. Tanto para atividades de vigilância sanitária como de saneamento básico, três equipes responderam que realizam mas não especificaram que tipo de ação.

As atividades de vigilância sanitária são centralizadas no nível municipal com uma equipe de “fiscais do poder público” lotados na secretaria de saúde que atuam em todo o município, de forma não planejada. Eventualmente uma ESF solicita seu auxílio para desenvolver um trabalho pontual naquele território.

Dentre as ações relacionadas ao saneamento básico descritas pelas ESF encontram-se: controle do destino dos dejetos; controle do destino do lixo com orientação e incentivo à separação e coleta do lixo reciclável; controle da qualidade da água, orientações sobre o tratamento da água e uso de hipoclorito no domicílio, orientações em grupos, orientações quanto a limpeza da caixa de água. Ainda relatam a realização de ações junto à defesa civil na identificação de áreas de risco de alagamento e desmoronamento, ações educativas e de apoio à vigilância sanitária.

### **5.5.3. Operando o SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica**

O SIAB foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde através da Coordenação de Atenção Básica (COAB) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) como instrumento de planejamento, avaliação e acompanhamento do PSF.

Foi pesquisado o funcionamento do SIAB em relação ao treinamento dos profissionais para o seu preenchimento, análise e utilização das informações geradas pelo sistema. Em 90% das ESF pelo menos um de seus membros foi treinado para o preenchimento das fichas de coleta de dados do sistema, apresentando o mesmo comportamento que na pesquisa realizada no Brasil no qual 87,6% das ESF foram treinadas para o preenchimento das fichas de coleta de dados (BRASIL, 2000).

Mas somente em 55% das ESF tinha pelo menos um dos membros treinado para analisar os dados porém, 70% delas referiram ter feito este procedimento no último mês. No nível nacional estas taxas foram de 65,0% e 66,8 % respectivamente, guardando maior coerência entre a quantidade de ESF treinadas para análise e as que efetivamente analisaram os dados, do que em Blumenau. Em 10% das equipes foi referido não ter nenhum profissional treinado para preencher nem analisar as fichas do SIAB, que é a base do PSF. Pois os dados do SIAB produzidos e coletados são remetidos mensalmente à secretaria municipal de saúde por todas as ESF em Blumenau, enquanto no Brasil é realizado por 94,7 % das ESF.

A consolidação mensal dos dados do SIAB é realizada em conjunto pela equipe em 60% delas (na pesquisa nacional foi 30,2%). Em 25% das equipes a consolidação é feita individualmente pelo enfermeiro ao receber os instrumentos dos ACS (nacional 20,9%). Dividindo o número de habitantes pelo de ACS encontramos uma relação de responsabilidade que cada agente deveria acompanhar e informar de 723, 1.998, 1.590, 1.512, 3.258 habitantes/ACS respectivamente. Considerando que é o ACS adolescente com jornada de 4 horas, esta relação está bem acima da recomendada pelo MS, 700 habitantes para cada ACS adulto com jornada de 8 horas diárias de trabalho, exceto para uma ESF (723 habitantes /ACS). Este achado corrobora a dificuldade relatada pelos profissionais de manter o cadastro atualizado pela falta do ACS na ESF.

Nos enunciados, a única identificada é a ficha de cadastro (ficha A), não como integrante do SIAB, mas relacionada ao trabalho do ACS, como pode-se observar.

*A equipe não tem tempo para fazer o cadastro. O cadastro está desatualizado porque não tem ACS.*

*Trabalhar com população maior que a estipulada pelo PSF, inviabiliza o planejamento*

*O ACS e a informatização da rede são elementos-chave para o diagnóstico/conhecimento do território.*

As informações do SIAB são geradas a partir do trabalho diário de todos os profissionais e não só do ACS. O preenchimento da respectiva ficha por cada profissional ocorre de forma separada e a enfermeira consolida e encaminha os relatórios ao Centro de Processamento de Dados (CPD) no nível central. O CPD fornece alguns relatórios ao Planejamento, Controle e Avaliação que são encaminhados mensalmente à 9ª Regional de Saúde.

As frases construídas a partir dos enunciados são assertivas e confirmam a incoerência das afirmações anteriores captadas no questionário. Porém, não se trata de julgar se uma ou outra informação está correta mas de apreender no cerne dessas contradições, a totalidade, mais próxima da representação da realidade. É precisamente esse conjunto de afirmações e negações que traduz a relação da ESF com o SIAB, a sua função, as dificuldades do seu uso/não uso no dia a dia do serviço.

*O relatório de gestão não traduz a realidade. Parte da produção do trabalho não é registrada nem informada. Falta muita informação do PSF. Informações do SIAB não são fidedignas.*

*Coordenação, gerente regional e superintendente de assistência não acompanha, não avalia e não devolve informações do SIAB às ESF.*

*As ESF não repassam informações do SIAB mensalmente atualizadas.*

*Não tem gerenciamento das informações produzidas.*

*O planejamento, controle e avaliação não usa informações recebidas e produzidas, não se comunica com gerente regional.*

*Uso das informações do SIAB não ocorre formal nem informalmente.*

Somente 30% das equipes de Blumenau explicitaram as ações que realizam a partir do sistema de informação. As ações relatadas como decorrente da análise das informações disponíveis do SIAB estão mais relacionadas com organização da demanda, busca ativa de faltosos e “educação para a saúde” (informação para a população) de aspectos específicos como orientações sobre determinada patologia (hepatite B, diarreia, por exemplo).

A divulgação da informação é relatada com o objetivo de “tornar público os dados”, como um fim em si e não meio/instrumento de comunicação e planejamento entre a equipe e a população.

Nenhum tipo de informação retorna à ESF, contribuindo para a não visibilidade de um sistema de informação (SIAB) constituído pelo encadeamento dos instrumentos preenchidos separadamente pelos profissionais.

Resultados ou impacto das ações acompanhados através do sistema não são citados e, para as ESF não guardam relação com o SIAB, que possui uma ficha de acompanhamento de marcadores, enviada mensalmente pelas mesmas ao nível central.

A discussão dos dados do SIAB com pessoas de fora ocorreu em 70% das equipes. Outras 25% só discutiram os dados entre a própria equipe e 5% não respondeu. Discutiram com profissionais de outras equipes (70%), a população (50%), coordenação municipal do PSF (45%), Conselho Municipal de Saúde (10%), Secretário municipal de saúde (10%), associação de moradores (5%), vigilância sanitária e epidemiológica (5%) e consultor da secretaria municipal de saúde (5%).

#### **5.5.4. Planejamento, programação e avaliação**

O PSF propõe a reorganização do trabalho na área de abrangência da ESF através da realização do diagnóstico, identificação, descrição e priorização de problemas e a programação e planejamento das ações a serem desenvolvidas de forma pactuada com a comunidade. O planejamento deve ser flexível de modo a contemplar a dinâmica da vida no território e ser periodicamente avaliado, reorientando as ações, monitorando os resultados (Brasil,2000)

Foi solicitado no questionário, que a ESF informasse sobre a prática de se reunir e programar o seu trabalho, com que regularidade, o que orienta a programação de suas atividades e quem participa das reuniões.

A ESF refere se reunir semanalmente para discutir e programar o seu trabalho em 65% dos casos. Para 10% das equipes essa periodicidade é quinzenal, para 20% não existe regularidade determinada e 5% não respondeu.

Em relação aos subsídios para programar as ações da equipe, 90% delas refere se orientar pelos dados do SIAB (somente em 55% das ESF tinha pelo menos um dos membros treinado para analisar os dados do SIAB), 80% por orientações da Secretaria Municipal de Saúde, 95% pela observação da realidade local, 35% por outros sistemas de informação, e 15% pela associação de moradores e comunidade, vigilância epidemiológica, solicitação de ações por entidades e escolas.

Chama a atenção a quase totalidade das ESF (95%) ter referido se orientar pela observação da realidade local para programar suas atividades

Todos os profissionais participam das reuniões de programação, com variação na frequência predominando o enfermeiro e auxiliar de enfermagem (95%), médico (75%) e ACS (70%). Outros profissionais como auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, gerente regional, coordenador do PSF e regional de saúde também integram as reuniões de programação das ESF.

O enfermeiro e o auxiliar de enfermagem são os profissionais que participam de reunião regularmente para programação das atividades da equipe.

### **Avaliação**

A maioria (95%) das equipes dizem avaliar o trabalho que desenvolvem apenas internamente. Do total, 65% e 70% avaliam também com a participação da comunidade e da coordenação municipal respectivamente. Menos da metade delas (40%) partilha a avaliação com as outras equipes do PSF. Uma das dificuldades identificadas para o desenvolvimento do trabalho por 55% das ESF foi o “desconhecimento da população sobre a proposta do PSF” e 35% das equipes está deixando de usar o recurso/estratégia de avaliar esse trabalho com a comunidade.

Para programar suas ações somente 15% das ESF usa, além dos sistemas de informação implantados (SIAB e outros), orientações e/ou dados da associação de moradores e comunidade. Apesar de apresentar bons percentuais de avaliação e da participação da comunidade, poder-se-ia pensar que esta avaliação era informal e eventual, sendo impulsionada com a participação dos enfermeiros da ESF no GERUS no qual os

processos de trabalho da Unidade são dissecados afim de subsidiar a construção de propostas para o gerenciamento local, como pode ser observado nos enunciados.

*Os levantamentos epidemiológico, demográfico, administrativo começam a ser feito com o Curso de Gerência para Unidades Básicas de Saúde, a partir dele tem-se um diagnóstico completo da área e do funcionamento da Unidade.*

*As pré-conferências municipais de saúde, relatório de gestão e GERUS são usados para avaliação.*

Foram investigadas as atividades realizadas pelos profissionais na semana anterior ao preenchimento do questionário em cada turno de trabalho, para identificar a distribuição das atividades no tempo disponível do profissional. As atividades solicitadas foram: atendimento clínico; visita domiciliar; reunião com a comunidade; reunião de equipe; sessão educativa; atividade administrativa; supervisão; capacitação e outros.

A avaliação da agenda de trabalho mostrou predomínio da atividade clínica para o médico em relação as outras atividades e uma distribuição mais homogênea entre as atividades clínica e administrativa gerencial, para o enfermeiro, enquanto o auxiliar de enfermagem se ocupa igualmente com atividade clínica e visita domiciliar. Em relação a organização do seu processo de trabalho, os enunciados dos atores revelam conflitos de um dilema vivido entre o desejo e consenso da necessidade de reordenar as suas ações e o sufoco de atender a demanda espontânea. Para algumas ESF a organização da demanda como agendamento de consultas específicas, coleta de material para exames, trabalho com grupos, reuniões, é uma questão de tempo para que a equipe possa se entender e discutir esse arranjo com a população.

*O acolhimento é útil para o paciente não perder tempo*

*A ESF trabalha em conjunto, faz diagnóstico e o planejamento das ações*

*A priorização de problemas é discutida com a comunidade.*

*A ESF atua de acordo com as ações planejadas*

*A equipe trabalha com demanda organizada*

*O médico trabalhando dia inteiro (8 horas) com a equipe possibilita a organização da demanda e planejamento das ações.*

*Todos os profissionais da ESF trabalhando no mesmo horário facilita a integração da equipe e o planejamento.*

*É necessário garantir espaço na agenda para a ESF se reunir.*

*A comunidade já sabe (após 6 meses) o horário de funcionamento da unidade e das atividades (consultas, grupos, exames, reuniões).*

*A comunidade entende agenda de trabalho da USF.*



Para outras se constitui em grande dificuldade, sentindo-se sufocadas pela demanda, principalmente por consulta médica e impossibilitadas de tomar qualquer iniciativa para mudar essa situação, mesmo afirmando que é importante. O tamanho da população adstrita também aparece como fator limitante para que a ESF possa organizar a demanda e o seu trabalho.

*Trabalhar com população maior que a estipulada pelo PSF, inviabiliza o planejamento*

*O médico não consegue conciliar trabalho de grupo e demanda espontânea.*

*A demanda por consulta médica é muito grande.*

*A ESF não tem tempo para reunião e isso angustia os profissionais*

*Não tem espaço na agenda para conversar sobre a dinâmica do trabalho, pois a equipe é pressionada pela demanda.*

*O médico faz só consulta porque tem que cobrir 2 USF e fica insatisfeito e estressado.*

*Atender só a demanda espontânea não qualifica o PSF, mesmo que a qualidade da consulta seja melhor.*

*A ESF não tem tempo de organizar grupos de hipertenso e diabético*

*O médico tem que resolver problemas banais (na consulta), não sobrando tempo para fazer ações além da consulta*

A extensão da jornada de trabalho (8 horas/dia) e a coincidência de horário entre os membros da equipe facilita a programação das atividades, enquanto a permanência reduzida do médico na USF (4horas/dia) é apontado como determinante para o não planejamento das ações.

Há sobrecarga do médico em relação a responsabilidade com a demanda por consulta, e do enfermeiro para frear a demanda através da triagem. A ESF não trabalha com rotinas e/ou protocolos de atendimento.

*Não tem rotinas de atendimento estabelecidas no PSF.*

A enfermagem é responsabilizada para fazer o primeiro contato com o usuário, identificar a sua necessidade e encaminhá-lo para os serviços disponíveis, tentando desafogar a demanda por consulta médica.

*É papel da enfermeira fazer bem a triagem para frear a demanda, colocar limites para os pacientes. O enfermeiro tem que ser um bom leão de chácara.*

### 5.5.5. Intersetorialidade

O questionário perguntava se a ESF participava de atividades voltadas para solução de problemas relacionados à educação, moradia, agricultura, geração de renda e outros. Ainda solicitava que especificasse as atividades realizadas em caso positivo.

Das equipes 75% referiram ter participação nestas atividades. A atividade mais citada, 20% das equipes, ainda é pouco específica, “palestra, curso, reunião com associação de moradores”. O orçamento participativo e o programa de renda mínima é referido por 15% das equipes. São programas implantados em 1998 pela administração municipal nos quais uma parte do orçamento é discutida pela população que define as prioridades de investimento por região administrativa e o outro, é dirigido para a população desempregada ou subempregada, garantindo uma renda mínima mensal para a família.

Ainda apareceram especificadas pelas equipes: Encaminhamento de aposentadoria por invalidez; arrecadação de alimentos, materiais e roupas para população carente ; SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), defesa civil, Conselho Tutelar, delegacia da mulher; indicação de trabalhadores para qualificação técnica; encaminhamento para instituições competentes de casos de desemprego, baixa renda, dificuldade de moradia e abandono escolar; trabalho com a SEMAS (Secretaria Municipal de Ação Social) no programa “alinhavando cidadania”; educação, moradia, higienização, prevenção; Conselho Municipal de Saúde; comissão da terceira idade; comissão de fitoterapia .

Nos discursos a intersectorialidade é revelada como objeto de desejo, uma novidade ainda por acontecer para os atores apesar dos depoimentos (no questionário e na entrevista) já terem demonstrado várias ações neste sentido. Pode haver ainda uma confusão conceitual nos termos utilizados como intersectorialidade, multiprofissional, interdisciplinaridade, multidisciplinar, etc.

*A ESF traça estratégias para combater epidemias, mas também desenvolve ações para melhorar a qualidade de vida da comunidade.*

*É necessário uma equipe multidisciplinar para dar suporte técnico e ético ao PSF, discutindo o processo de trabalho e articular a interdisciplinaridade.*

*Intersetorialidade é desejo, é o caminho mas a prática é preciso inventar.*

*A ESF trabalha muito com saneamento, com a questão do lixo e com o plantio de árvores na comunidade.*

### **5.5.6. Controle social, participação popular e o PSF.**

O questionário levantou a participação dos profissionais do PSF no Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Somente em duas equipes há algum profissional inserido no CMS na qualidade de membro, mas 55% das equipes participa das reuniões do Conselho.

Pode-se apreender nos discursos dos atores algumas linhas de atuação da ESF relativas à participação popular e sua ligação com o CMS.

Os enunciados revelam uma proximidade entre as ESF e o CMS ancorada numa relação de confiança e aliança tanto para reivindicações salariais e revisão das formas contratuais quanto para defender a manutenção e ampliação do Programa.

*A implantação do PSF teve aprovação pelo Conselho (CMS).*

*O PSF é a menina dos olhos e a bandeira do CMS*

*O CMS e o pessoal do PSF são bem próximos, sabem que podem contar com o CMS.*

*O CMS briga pelo PSF, por salário melhor, para aumentar as ESF e por condições de trabalho.*

*As ESF procuram o CMS, solicitando apoio em suas reivindicações para não terem seus salários diminuídos e mediar a negociação com o gestor.*

*O CMS é um aliado dos profissionais do PSF que se sentem seguros com o presidente do CMS.*

*A ESF apresenta trabalho na 1ª Mostra de Saúde da Família, em Brasília, com apoio do CMS*

*O CMS quer definição na forma de pagamento dos profissionais do PSF e que incentivo financeiro do PSF não seja usado para outros fins*

*O CMS denuncia ao ministério público o pagamento de pessoas que não são do PSF, recebendo como se fossem.*

*O CMS vê necessidade de discutir plano de cargos e salário dos profissionais do PSF.*

*O CMS pede ao prefeito recomposição das ESF em maio de 99, ameaçando denunciar ao Ministério da Saúde, sob pena do município perder o incentivo das equipes que não estão completas.*

*O CMS usa relatório de gestão para avaliação do PSF.*

*O PSF estava aprovado no PPA (Plano Pluri Anual), pelo CMS e incluído na LDO (Lei de Diretrizes Orçamentária).*

*A adesão do gestor ao PSF não se deu por convicção, mas por esgotamento das possibilidades de resistência devido ao controle social exercido pela população.*

Este canal de comunicação parece se fortalecer com o desenvolvimento de ações em parceria num movimento sinérgico, isto é, a ESF aparece como aliada nos mecanismos de efetivação do controle social e o Conselho Municipal de Saúde é visto pelos atores como defensor do PSF. Para os atores o desempenho da ESF parece ter sido fundamental para a realização das Pré-conferências municipais de saúde.

*Os usuários têm representatividade na comissão e participaram da seleção dos novos profissionais para completar as ESF.*

*PSF é a menina dos olhos para usuário e conselheiro.*

*A população sente necessidade da ESF e briga pela continuidade e ampliação do PSF.*

*Os segmentos dos usuários e profissionais sugeriram e o CMS aprovou a realização de pré-conferências de saúde por área de abrangência das USF.*

*As ESF participaram, junto com o CMS, diretamente da organização e realização das Pré-conferências municipais de saúde na sua área de abrangência.*

*As pré-conferências de saúde descentralizadas por USF possibilitou o acesso do CMS (usuários e profissionais) à informações do processo de trabalho das ESF como condições de trabalho, atividades que realizam, dificuldades. Estas informações sobre as condições de trabalho das ESF não chegavam no CMS antes das pré-conferências.*

*Acredita-se nas instâncias legais de participação (conselhos de saúde) e na efetivação do controle social.*

Um outro âmbito de atuação, no campo da participação popular, refere-se ao trabalho da ESF com a população de sua área de abrangência que emerge com mais contradições nos seus enunciados, revelando a existência de vários atores cada qual com seu projeto em disputa, tendo como arena o território nas suas dimensões social, política e econômica. Alguns atores em cena como representantes da Associação de Moradores, candidatos a cargo eletivo, pessoas da comunidade, profissionais da ESF, lideranças religiosas e ocupantes de cargos no governo municipal foram os identificados pelos atores inscritos no discurso como influentes no processo de participação popular.

*O profissional do PSF é um agente social e se propõe a trabalhar com a cidadania, transparência e coerência ideológica. Mas quando mobiliza a comunidade contra algum interesse do poder instituído, é castrado e tolhido pelo governo que se diz transparente.*

*ESF entra em atrito com alguns membros da Associação de Moradores discordando de práticas eleitoreiras, em relação ao uso de recursos da comunidade.*

*A comunidade convida ESF para participar de reunião da Associação de Moradores. Comunidade e ESF cobram prestação de contas da AM e equipe é pressionada para se afastar dos trabalhos conduzidos pela Associação de Moradores.*

*Profissional é ameaçado de transferência pela gestão e comunidade se mobiliza para manter a ESF*

*O poder público castra as iniciativas dos profissionais do PSF que não têm autonomia para trabalhar com a comunidade*

*Igrejas têm poder e influência na comunidade e na Associação de Moradores  
Quem sabe o que é importante é quem vive as dificuldades, portanto a ESF e lideranças políticas não podem decidir sobre as prioridades da comunidade sem a participação da mesma.*

*As pré-conferências de saúde tiveram ampla participação da comunidade e foram muito produtivas, a população está entendendo melhor o PSF, no contexto do sistema de saúde*

Os enunciados ainda mostram uma outra ordem de dificuldades e limitações na relação entre o PSF e a população no contexto das práticas de educação popular. Aparecem conflitos gerados pela insuficiência do serviço causando “revolta / não resignação” bem como atitudes de acomodação / resignação da mesma população, segundo a ótica dos atores.

*Em determinadas situações a ESF tem que fazer a “cabeça” da população para participar.*

*A comunidade se acomoda com as facilidades do PSF e a população espera pela iniciativa da ESF*

*A população espera ser atendida em todas as suas necessidades e quando isto não acontece, reclamam, a equipe deixa de ser boa. Algumas pessoas não valorizam o trabalho e o esforço diário da ESF só porque naquele dia não tem o medicamento ou o exame.*

*A população não é capaz de resolver nada sozinha porque tem muito auxílio da prefeitura, é muito dependente, quer tudo na mão, nem faz uma horta.*

### **5.5.7. Relação com a coordenação e gestão municipal**

Inicialmente , o questionário indagava sobre a freqüência de visitas da coordenação municipal do PSF à equipe nos 3 meses anteriores ao seu preenchimento.

A quantidade de visitas relatada pelas equipes no período foi bem diversa, sendo nenhuma (25%), 3 visitas- uma visita ao mês (25%), uma vez (15%), duas visitas (10%) 4 vezes (5%), 6 vezes (5%), 10 vezes (5%) e 12 visitas-uma por semana (10%).

O total de visitas realizadas pela coordenação municipal para supervisão às equipes do PSF foi de 66 em três meses, isto é, todos os dias úteis do período mais 62 reuniões que esta mesma coordenação realizou com algum membro da equipe.

Essas duas questões precisavam ser esclarecidas, pois além desses números, a disparidade entre as equipes (de 0 a 12 visitas) nos chama a atenção.

A superintendente de saúde havia assumido recentemente e acumulava a coordenação do PSF (na época da aplicação do questionário) e as equipes se mostraram confusas quanto a definição desse cargo/função. O contato direto com as equipes é feito através das Gerentes Regionais (6 regiões no município) da rede de Unidades de saúde e não somente do PSF, as quais estão subordinadas. Portanto, as equipes devem ter se referido a visita da Gerente de sua área. Mesmo assim, seria estranho a diferença encontrada do número de visitas entre as gerentes.

Nos enunciados os atores confirmam esta confusão quanto a identidade da coordenação municipal do PSF, o papel do gerente regional, a superintendência de saúde e a relação destes com as ESF.

*Há confusão de papéis entre coordenação do PSF e gerências regionais.*

*As ESF não recebem visita do nível central, a gerente vai raramente à unidade e a ESF não sabe o papel da gerência.*

*A GR (Gerente Regional) não é atuante, a ESF já precisou e solicitou apoio da gerente e não teve respaldo. A ESF pediu ajuda da gerente em situações críticas e não teve colaboração.*

*A gerente não faz reunião com a equipe na unidade, às vezes passa na Unidade, dá uma olhada e vai embora.*

*A coordenação do PSF é figurativa, só para cumprir norma do Ministério da Saúde, não é efetiva.*

*As equipes passaram por período de abandono, de confusão do seu lugar sem saber a quem se dirigir.*

*As ESF não sabem o lugar do PSF na hierarquia central da Ssecretaria de Saúde, se a coordenação do PSF se reporta à gerência ou está diretamente vinculado ao superintendente (SAS) ou ao secretário.*

*A comunicação entre gerências e coordenação do PSF é difícil*

Os atores revelam expectativas importantes em relação ao papel da coordenação e gerência regional no PSF. Essas são expectativas no campo técnico, político e ético.

*A Gerente Regional deve integrar as ESF às outras da mesma região. Gestores, gerentes e coordenação deveriam ser cuidadores dos profissionais do PSF.*

*É papel da coordenação dar as diretrizes do programa. A falta de diretrizes tem impacto negativo e impede as ESF de crescer.*

*O gerente deve, com base em informações produzidas, ajudar a ESF a reorganizar os processos de trabalho.*

*A coordenação, gerente e superintendência não acompanham, não avaliam as informações produzidas pelas ESF.*

*A SAS, gerentes, coordenação do PSF e secretário deveriam brigar pelo PSF.*

*A gerência não tem preparo para lidar com conflitos de equipe.*

As frases temáticas construídas a partir dos enunciados são reveladoras de relações conflituosas entre as ESF e o nível central denominado como coordenador, gerente, supervisor, superintendente, gestor. Para os atores, estas relações estão sendo permeadas pelo distanciamento, falta de apoio, desconfiança, falta de transparência, autoritarismo e poder, falta de informação, centralização, dificuldades de comunicação e abandono e foram intensa e extensivamente enunciadas. Indicam também abordagens diferenciadas de acordo com estilos de gestão.

*A ESF tinha acesso à Secretaria MS na gestão passada e início da atual, quando o secretário e coordenador eram pessoas ligadas ao PSF. As equipes eram valorizadas na gestão que implantou o Programa. Tinha uma coordenação geral e 4 coordenações regionalizadas presentes e atuantes com as ESF.*

*As ESF não tem acesso ao nível central/secretaria. A cada mudança de secretário muda a abordagem com as equipes.*

*As necessidades das ESF são traduzidas para o nível central pela gerência regional que diverge da ESF.*

*O fluxo de informação entre ESF, a gerente e RH é um nó crítico que precisa ser mudado.*

*As ESF se sentem inseguras e abandonadas pelos gestores, coordenador e gerentes.*

*Tem menos reunião do PSF e só para tratar assuntos administrativos, os profissionais não têm oportunidade de se conhecerem e trocar experiências.*

*A rotatividade da coordenação do PSF atrapalha o trabalho, mudou 4 vezes em um ano, deixa as ESF sem direção.*

*A coordenação do PSF não acompanha e não responde tecnicamente pelo programa, a coordenação está ausente e o Programa solto.*

*A gerência e cargos estratégicos têm forte resistência às mudanças que o PSF significa, prejudicando o trabalho da ESF.*

*A resistência muito forte é nociva à ação inovadora*

O desconhecimento dos processos de gestão, avaliação e acompanhamento do trabalho das ESF aparecem nos enunciados constituindo-se em sérios entraves para o seu desenvolvimento sendo motivo de instabilidade e desorientação dos profissionais.

*Profissionais do PSF passam por avaliação de desempenho elaborado pelo setor de RH e realizado pela gerência regional.*

*Avaliação de desempenho deveria ser embasada no acompanhamento das ações no cotidiano do profissional e da equipe, precisava dados de produtividade e outras informações. As ESF não conhecem os critérios utilizados na avaliação.*

*A avaliação de desempenho foi como uma seleção interna, resultando em demissões e transferências de vários profissionais que têm dúvidas se esse processo foi justo e adequado. Muitos profissionais são trocados de ESF e de Unidade sob a justificativa, pela superintendência, de "quando a máquina está andando muito tem que azeitar e mudar a engrenagem, para evitar atitudes viciosas".*

*Profissionais ficam atônitos e desesperados com a possibilidade de transferência, se sentem arrancados de sua comunidade, que já conhecem, rompendo vínculo que construíram. O vínculo é o princípio básico do PSF. Alguns profissionais resignam-se com a transferência com medo de demissão.*

*Algumas equipes não receberam resultado de sua avaliação.*

*O desempenho da gerente também deveria ser avaliado, porque influencia o trabalho da ESF. O desenvolvimento do profissional depende de acompanhamento gerencial adequado.*

#### **5.5.8. Dificuldades para o trabalho das ESF**

Falta de transporte para deslocamento da equipe (75%) foi o problema de maior frequência apontado pelas equipes, seguido de desconhecimento da população sobre a proposta do PSF (55%) e capacitação insuficiente para o trabalho comunitário com a mesma frequência de atraso de salário, 50% das equipes, interferência política (35%) e outros (40%)

Os outros problemas referidos foram: poucos agentes e ACS com perfil inadequado, horário inadequado do médico; falta de medicamentos, falta de apoio da SEMUS com demora no atendimento das solicitações de compra e /ou manutenção; alto desemprego na localidade, área muito populosa, dificuldade de acesso às casas devido ao território físico íngreme; visão paternalista da intervenção governamental; dificuldade de internação para o médico.

Em relação ao desconhecimento da população sobre o PSF (55%) pode estar mostrando a dificuldade da equipe em estabelecer mecanismos eficazes de comunicação com a população com a qual trabalha.

Os problemas relacionados à estrutura (meios e instrumentos de trabalho) foram referidos espontaneamente por 25% das equipes na categoria outros nos aspectos quantitativo e qualitativo como falta e inadequação de materiais, equipamentos, instalação física e equipamento de informática. A falta de médico do programa foi citada por 10% das equipes. Esta parece não ser uma dificuldade para a terceira equipe que não contava com médico no momento.



A média de “itens” relatados como entraves para o desenvolvimento do trabalho é de 3.5 por equipe incluindo “outros”. A diversidade de problemas em outros e sua frequência nos fez pensar que esta questão deveria ser melhor investigada.

No discurso as dificuldades apareceram em vários momentos, coincidindo com os relatados no questionário, já descritos anteriormente neste trabalho.

Poder-se-ia sintetizar os maiores “nós críticos” evidenciados pelos atores sendo dessa ordem: precariedade das condições de trabalho (físicas, materiais e medicamento), a dificuldade de referência e ausência de contra-referência, a falta do ACS, a falta de disponibilidade de profissionais com preparo adequado ao PSF, a relação das ESF com o nível gerencial e falta de apoio político da gestão para manter o Programa..

*Muda a gestão e o governo democrático popular desmantela o programa, ficando só com 9 ESF (das 22) completas de 1997 até 1999... em dezembro de 99 as ESF foram recompostas.*

#### **5.5.9. Benefícios do PSF para a população**

Na opinião das equipes, o principal benefício do PSF para a comunidade atendida foi a “possibilidade de assistência integral e contínua” (65%) seguido da “redução das internações hospitalares” (40%) e “melhoria do acesso a atenção básica à saúde” (15%). Ainda foi citado com menor e igual frequência (5%) a “melhoria da relação da equipe de saúde com a clientela” e “diagnóstico precoce de doenças”. Para 10% das ESF o PSF trouxe “outros” benefícios como “melhoria das condições sócio-econômicas da população”.

#### **5.5.10. Perspectivas do PSF no município**

Os enunciados dos atores revelam otimismo e incertezas quanto ao futuro do PSF. Este programa é promissor na medida em que conta com forte adesão da população e das instâncias reconhecidas de participação como o CMS e é identificado como o modelo assistencial necessário. Porém, essa convicção, de que “tecnicamente” este é o melhor

modelo, é abalada com igual convicção de que a sua consolidação passa por determinações políticas. Mostram que os vários atores estão em cena para resistir, negociar, construir.

*A estrutura do PSF está firmando raízes e se consagrando enquanto modelo, é impossível acabar com o PSF*

*A estrutura do PSF vai se estabelecer, vai melhorar, não tem ameaça eminente de fechar*

*O fortalecimento do PSF e a sua consolidação como modelo de assistência é irreversível, independe do governo.*

*A implantação de novas equipes e continuidade dos ACS, está aprovado pelo CMS e incluído na LDO para consolidar o PSF.*

*Os profissionais estão inseguros com o futuro do PSF (acabar ou continuar)*

*A adesão do gestor ao PSF não se deu por convicção, mas por esgotamento das possibilidades de resistência*

*O futuro depende do resultado da eleição, do gestor.*

*Politicamente pode ter decisão de acabar, o governo pode acabar com o PSF pois politicamente tudo é possível, mas vai ser muito difícil.*

*A população sente necessidade da ESF e briga pela continuidade do PSF, porque percebe a diferença entre o PSF e o antigo modelo*

*A população ficará muito descontente se acabar o PSF e reage à esta possibilidade.*

*A clientela coberta não abre mão do atendimento do PSF e recusa a ser atendido em outro lugar.*

*Os profissionais de saúde e usuários estão sensibilizados e defendem o PSF como modelo de atenção.*

*A população quer ampliação do PSF.*

*O futuro do PSF é um desafio ao controle social e às ESF.*

*O futuro é um jogo entre os que apostam na irreversibilidade do processo de consolidação do PSF como modelo e aqueles que apostam na não politização do usuário para permitir que acabe.*

*O gestor tem que ter muita coragem para acabar o PSF, para tirar esse mínimo da população, é o mínimo a que ela tem direito.*

## 6 DISCUSSÃO

A área de recursos humanos no PSF apresenta alguns problemas em relação à composição e manutenção das ESF, semelhantes aos encontrados no município de Florianópolis (Conill, 2000) e no Brasil (Viana & Dal Poz, 1998). Blumenau apresentou maior número de ESF sem médico e uma presença mais significativa do auxiliar administrativo e auxiliar de limpeza que na medida brasileira (BRASIL, 2000). A falta do médico na equipe acarretou problemas, descaracterizando o programa para a população, atrasando a sua compreensão sobre a proposta do PSF. O ACS foi pouco encontrado, sendo que eram adolescentes com características diferentes do ACS preconizado pelo PSF em nível nacional.

O município de Blumenau não apresentou a inclusão de outras categorias profissionais nas ESF enquanto a pesquisa nacional revela que 27,6% das equipes contam com cirurgião dentista e 7,1% com assistente social (BRASIL, 2000).

Os principais nós críticos apontados nesta área foram a ausência de profissionais com perfil adequado para operar as práticas sanitárias na construção do modelo da produção social da saúde, a precariedade das modalidades contratuais gerando insegurança nos profissionais, a falta do ACS e ausência de capacitações.

Mesmo tendo ocorrido avanços na modalidade de contratação, conferindo estabilidade para a parte do contrato como funcionário concursado (relativo a um terço da remuneração aproximadamente), ainda foi referido como problema para os profissionais, ameaçando a continuidade do programa. Isso se deu devido a tentativa do gestor de diminuir a remuneração, cortando parte da gratificação que é custeada pelo Fundo Municipal de Saúde, dos profissionais do PSF. Essa proposta foi amplamente debatida no

CMS, estendendo-se às comunidades das áreas de abrangência das USF, sendo a sua participação decisiva para a não implementação da medida proposta.

Para Viana & Dal Poz (1998) a possibilidade de novas modalidades de contratação de recursos humanos e de combinar formas de remuneração se constituem em elementos inovadores que estão sendo testados a fim de contribuir no desenho futuro de operação de políticas sociais. Se, de um lado este aspecto (combinação de formas de remuneração) mostrou-se como fator desestabilizador do programa, de outro, essas limitações fizeram com que os profissionais buscassem a parceria da população exercendo o controle social e fazendo o contra-ponto para a sua continuidade. Esta perspectiva da situação é consensual com Viana & Dal Poz (1998) e com Adriano et al. (1999) que apontam esses como mecanismos de indução de organização da comunidade e melhor controle social.

O rendimento aparece como satisfatório, mas há uma significativa desvalorização dos recursos humanos quanto ao plano de cargos e carreira, ao serem contratados com restrições na estabilidade, garantia dos direitos e sem política de desenvolvimento para maior qualificação em seu desempenho funcional.

Ainda foram referidos problemas de confusão quanto as atribuições dos profissionais no PSF e resistência dos médicos, sobretudo especialistas como limitante para a construção do novo modelo.

Em relação às capacitações, referem problemas específicos por categoria profissional, principalmente médico e auxiliar de enfermagem. O enfermeiro parece ser o profissional que mais facilmente se adapta às transformações exigidas.

A pesquisa de avaliação da participação da enfermagem no Projeto de Inovação na Preparação de Profissionais na área de Saúde (Rede Unida) corrobora esta afirmação "A enfermagem não apresenta resistência ideológica aos modelos de reprodução social da saúde e não tem dificuldade para incorporar novos modelos tecnológicos de trabalho" (Chompré & Egry, 1998:163).

Também para Souza (2000) a insuficiência de recursos humanos preparados para o PSF é um problema crítico que deve ser enfrentado de forma permanente.

O desenvolvimento de recursos humanos é uma das linhas estratégicas do Plano do Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde para o quadriênio 1999-

2002, entendendo que, para dar concretude às mudanças desejadas na organização dos serviços é imprescindível reorientar a formação e capacitação dos profissionais de saúde (Brasil, 2000).

Mas, para efetivar-se enquanto estratégia o PSF necessita a adesão dos profissionais e capilaridade no sistema de saúde, correndo o risco de se consolidar como marginal ao sistema de saúde. Assim, é insuficiente capacitar somente a ESF, sendo necessário estender-se aos profissionais de toda a rede de serviços de saúde. Pela sua inserção no sistema de saúde e compromisso com a mudança de concepção do modelo biomédico para o de produção da saúde, sugerem nos discursos, a inclusão daqueles em programas de capacitação.

A busca de integração entre Universidade e serviço é apontada pelos atores como fator positivo, mas que precisa ser melhorado, na qual cada instituição transforma e é transformada pela outra. O processo de trabalho da ESF é modificado e o processo pedagógico é influenciado pela inserção do aluno no mundo do trabalho.

Segundo Souza (2000) o “estabelecimento de parcerias com instituições de ensino superior e a pactuação com estados e municípios são os movimentos táticos definidos para, através de uma ação renovada no espaço da articulação ensino-serviços, induzir as transformações necessárias na direção de novos modelos de ensino-aprendizagem mais consentâneos com a construção do SUS, a partir da constituição de Pólos de Capacitação.” (Brasil, 2000, p.19).

A articulação da Secretaria Municipal de Saúde com o Pólo de Capacitação formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, a despeito de ter oficialmente representantes no Núcleo de Blumenau só acontece no final do ano 2000, para o desenvolvimento de curso ou treinamento para as ESF.

Blumenau mostrou uma alta adesão aos princípios organizativos para implantação do PSF como trabalhar com definição territorial, mapa da área de abrangência, cadastramento das famílias, prontuário familiar e adstrição da clientela `ESF, assim como o apresentado no inquérito nacional (BRASIL,2000).

O território de atuação está definido para 85% das equipes, mesma proporção encontrada na pesquisa nacional, no Brasil 85,6% trabalham com área definida. Porém, todas as equipes referem ter mapa da sua área de atuação, enquanto no Brasil, 84,4% delas

têm mapa de sua área (BRASIL,2000). No Brasil, o prontuário familiar é utilizado por 70,8% da equipes de saúde da família (BRASIL,2000).

A dificuldade para a atualização do cadastro em Blumenau apareceu relacionada a falta do ACS na equipe.

O estudo mostrou que as ESF ainda não estão abordando a família como unidade do cuidado. Falam na família para cadastrar e usam prontuário familiar. É referida “ a gente conhece bem as famílias”, faz visita domiciliar, mas para atendimentos a algum de seus membro desta de forma individual ou coletiva quando se trata de doenças transmissíveis, bloqueios, etc, mas não é abordado a família enquanto objeto de atenção.

A pesquisa mostrou que as ESF trabalham com a vida que acontece no território, as relações sociais, políticas, os dramas, as conquistas e conflitos da população sob sua responsabilidade.

Santos (1991) define este espaço (território) “como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento (SANTOS, 1991:18).

Parece ser forte o sentimento de responsabilização e até cumplicidade entre ESF e usuário que MENDES (1996:275) define como o reconhecimento pela população de que aquele serviço de saúde é seu e por parte da Equipe de Saúde Familiar que aquela população determinada está sob sua responsabilidade, criando-se um sentimento de parceria entre ambos, em busca da melhoria da saúde.

Souza (1999) afirma que a Saúde da Família, como estratégia estruturante do modelo de atenção, precisa necessariamente representar uma prática que garanta o **vínculo** entre o serviço e a população. De outro modo não se pode dizer que a atenção básica está sendo estruturada a partir dos princípios de Saúde da Família.

Confiança, afeto, compromisso, responsabilização são atributos que marcam a relação das ESF com a “sua” população. Mas vínculo permeia a vida, então não está livre de contradições, sendo muitas vezes difícil entender a lógica e a atitude do outro e as dificuldades aparecem no terreno fértil das carências.

Questões relacionadas a abordagem familiar e de educação para a saúde com populações urbanas marginalizadas, como é o caso das famílias atendidas pelo PSF em Blumenau, precisam de um aprofundamento teórico-metodológico que, neste estudo não cabe. Apenas foi salientado porque emergiu como significativo a partir dos enunciados dos atores.

Vasconcelos (1999) aprofundou este tema e acena alguns caminhos através da pesquisa-ação para o trabalho de educação popular em seu livro “Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família” que poderá ser de grande valia para ajudar as equipes nesse aspecto.

Para o autor Vasconcelos (1999, p. 54) “alguns profissionais oscilam, ora assumindo discurso que os culpa, ora visão em que aparecem como vítimas. São coitados porque são vítimas de uma sociedade injusta. É uma visão aparentemente condescendente com os pobres urbanos, mas que igualmente os desqualifica.”

Segundo tal percepção, eles são carentes, sua cultura é insuficiente, arcaica e deformada. Se não são mais vistos como culpados, continuam sendo vistos como incapazes de iniciativas significativas. Dependeriam de instituições e técnicos externos para resgatar a sua dignidade. Desse ponto de vista, os hábitos e as falas da população deixam de ser entendidas como um saber diverso ou como demandas diferentes daquelas a que o serviço tem para oferecer ou está acostumado.”

Pode-se também, aproveitar a proposta de Neder (2000) de lançar um novo olhar sobre a organização das famílias brasileiras, ampliando para a compreensão da organização do espaço-território e buscar nessas diferenças a identidade desse território. Isto significa abandonar os rótulos, estar aberto para conhecer e acolher.

Para o autor, “o conjunto de atributos ideológicos, políticos e psicológicos que circundam a idéia de família irregular (e carente) desfaz, na essência, qualquer tentativa de valorização das famílias das classes populares, por maiores e mais sinceras que possam ser as intenções de ajuda (e valorização) dessas. Isto porque já se parte de uma desqualificação *a priori*. Quando é proposto um novo olhar, com especial atenção aos aspectos históricos e culturais, está-se buscando uma saída para essa armadilha ideológica. Uma boa política social para as famílias das classes populares (geralmente pobres) deve, portanto, respeitar política e ideologicamente as diferenças, se almeja alguma eficácia.” (NEDER, 2000, p.

45). “O enfoque dado à questão das famílias deve valorizar os núcleos familiares enquanto locus de construção da identidade. Deve-se desprender de uma conotação moralista, preocupada em atitudes e comportamentos, para trabalhar as identidades (étnico-cultural, sexual, nacional, etc). (NEDER, 2000, p. 44)

Outro fator limitante é a precariedade dos recursos físicos, materiais, especialmente medicamentos e manutenção dos equipamentos, para responder às demandas geradas com a implementação de um novo modelo assistencial.

Contudo, a disponibilidade de equipamentos básicos necessários ao funcionamento de um ambulatório de atenção primária foi considerada boa para estetoscópios, termômetro, balanças, nebulizador, otoscópio, sonar Doppler e foco. Os equipamentos estavam em perfeitas condições de uso no momento que as equipes responderam ao questionário.

Comparando com a disponibilidade desses materiais / equipamentos com as USF do Brasil, Blumenau apresenta situação melhor para os itens termômetro, balança de adulto, material para retirada de pontos, estetoscópio de Pinard, nebulizador, tensiômetro, foco, otoscópio, medicamento e soro para emergência, material para pequena cirurgia, lanterna, sonar Doppler e ambu. Os itens, oftalmoscópio, material para parto e glicosímetro estão menos disponíveis em Blumenau, sendo que balança infantil e estetoscópio não apresentam diferença significativa.

Porém, o recorte na época da coleta dos dados pelo questionário e os enunciados dos profissionais em momento diferente daquele, nos mostra um processo de irregularidade na provisão por tipo e quantidade dos medicamentos constantes na lista da farmácia básica, que pode estar relacionado a questão administrativa e /ou financeira.

Além disso, a falta dos anti-hipertensivos (60%) e hipoglicemiantes orais (40%) para mais da metade dos pacientes que necessitavam coincidiu com a preocupação enunciada nos discursos dos profissionais, comprometendo a qualidade e resolutividade no nível da atenção básica.

No entanto, este é um problema crônico do SUS que o PSF herdou e, a despeito de ter garantia ao atendimento (consulta ou orientação), o usuário continua sem acesso aos medicamentos básicos.



Merece destaque a situação do material educativo. Foi referido como um ponto fraco considerando-se a importância do trabalho educativo que propõe o PSF para contribuir na construção da consciência sanitária, autonomia e co-responsabilidade da população na vigilância da saúde. A falta desse material não impossibilita totalmente as ações educativas das equipes do PSF, mas pode ser um poderoso instrumento de trabalho, principalmente no caso de materiais existentes, já utilizados em outros locais e de comprovada eficiência e eficácia. Segundo os profissionais a situação era melhor quando o IEC funcionava, restando agora a boa vontade e o improviso.

Dificuldades na referência e contra-referência para especialidades ambulatoriais, para os serviços da própria Secretaria Municipal de Saúde bem como para a internação ou serviço de emergência hospitalar que foram apontados como estranguladores no sistema, prejudicando o acesso a cuidados integrais quando necessita desses outros níveis. Algumas especialidades foram consideradas mais críticas pelos atores como endocrinologia, ortopedia, oftalmologia.

Os dados do SIAB mostraram um percentual de encaminhamento para especialidades, internação e emergência em torno de 10% para 75% das equipes, sendo que as outras não alcançaram 20% de encaminhamentos, demonstrando um bom nível de resolutividade na USF.

Essas diferenças entre as ESF foram reveladas nas suas enunciações como possibilidade.

MERHY (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: “leve (são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo) e dura (que são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).”

Nos discursos fica evidente que as tecnologias ditas “leves” e “leve-duras” não são pré-determinadas e variam de uma ESF para outra, no mesmo nível de atenção. A incorporação dessas tecnologias não depende da existência / compra de equipamentos, mas de aquisição de saberes e fazeres que podem ser viabilizados por processos pedagógicos e de gestão.

Adotou-se a definição de prática sanitária referenciada por MENDES (1996) como a forma que determinada sociedade, fundamentada numa concepção de saúde e no paradigma sanitário vigente, organiza socialmente as respostas para fazer frente aos problemas de saúde.

Nesta pesquisa identificou-se uma variedade de ações desenvolvidas pelas ESF, com a população na sua área de abrangência. São atividades bem estruturadas e conhecidas com certas rotinas e / ou protocolos estabelecidos como assistência pré-natal, imunização, controle da hipertensão, etc, realizadas individualmente ou em grupo e atividades mais coletivas e abrangentes como educação para a saúde, saneamento e outras. A diversidade e peculiaridade dessas últimas não são apresentadas de forma prescritiva e parecem resultar de uma construção da ESF para responder à singularidades de seu território.

Enquanto as respostas ao questionário homogeneizaram as atividades realizadas pelas ESF, os discursos possibilitaram a comunicação do singular, os princípios da heterogeneidade e realidade (MENDES, 1996) como prática da ESF, em Blumenau. Os atores mostraram que estão buscando seu jeito próprio de fazer sem receita pronta, organizando as ações de acordo com as necessidades e os recursos da realidade social onde está inserida a população adstrita.

Para MENDES (1996), o princípio da integralidade exige a superação da organização da atenção primária por meio de programas verticais impostos à população a priori, independente de suas necessidades. O PSF é a horizontalização desses programas, englobando o conjunto de ações que, em um território e diante dos problemas priorizados, devem ser realizadas no âmbito da atenção primária, relativos à atenção integral à saúde da mulher, da criança e do adolescente, do trabalhador e do idoso, à alimentação e nutrição, à hanseníase, à tuberculose, ao controle das doenças sexualmente transmissíveis, ao controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

Todos esses conteúdos apareceram incorporados à rotina de trabalho dos profissionais que compõem a ESF que no entanto, continuam falando em programas ou políticas específicas como o programa de saúde do idoso, por exemplo.

Após a implantação do PSF em Blumenau, foi observado uma ampliação geral do acesso. Antes da implantação as atividades eram disponíveis em poucas unidades (de 15 a 40%), passando para uma oferta de 95 a 100% em sua grande maioria.

No Brasil, a situação da oferta de serviços de saúde na área de abrangência, antes e após a implantação das USF, revela a ampliação da oferta para todas as atividades.

Apenas as ações relativas à vacinação e consulta médica eram realizadas em mais de 40% das áreas antes da implantação do PSF (BRASIL, 2000:45). A maioria absoluta das atividades passam a ser realizadas por mais de 75% das equipes de saúde da família.

A exceção, é a inserção de DIU apresentando um percentual de realização por 28% das equipes do Brasil e somente 15% das equipes de Blumenau (onde cresceu de nenhuma para 15%, mas ainda continua baixo). No nível nacional, essa situação é atribuída a dificuldade de disponibilização dos insumos e materiais necessários à atividade (BRASIL, 2000). Em Blumenau parece estar relacionado à indefinição das atribuições do médico da Saúde da Família pelo nível gerencial, sendo encarada ainda de competência exclusiva do especialista (ginecologista) e falta de capacitação para que o médico possa desenvolver esta habilidade.

Outro aspecto observado é a descentralização de ações tradicionalmente centralizadas como controle da hanseníase, tuberculose e vigilância epidemiológica

Dentre as ações básicas, muitas eram consideradas especialidades, o pré-natal era realizado pelo obstetra, Papanicolau pelo ginecologista e o pediatra atendia as crianças. São ações que passaram a ser desenvolvidas pela ESF. A atenção à saúde era concentrada na consulta médica, atendimento individual, curativo e parcial. O PSF ampliou o tipo e a quantidade de ações, possibilitando o desenvolvimento de atenção integral à saúde através do trabalho multiprofissional e em equipe.

Um grande avanço possibilitado pela implantação do PSF foi a extensão de cobertura das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, no aspecto da descentralização, poupando o cidadão da maratona de ir de uma Unidade para outra, longe da sua casa em busca de atenção. E no outro aspecto, da atenção integral, aumentando a resolutividade, elevando sua qualidade de vida e diminuindo as filas nos ambulatórios e hospitais.

Em estudo recente no município de Blumenau, Ortiga (1999) encontrou discreta diminuição das internações hospitalares no período de 1994 a 1998 o que foi relacionado ao aumento da resolutividade na rede básica e ao PSF diminuição da internação de

pacientes crônicos e apontada pelos gestores como a ação capaz de aplicar o princípio da integralidade na prática.

Adriano et al (1999) atribuem ao PSF, uma redução de 76% nas internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças de zero a cinco anos de idade e aumento da cobertura vacinal, no município de Blumenau.

Em relação às atividades coletivas, foi constatado que as ESF trabalham com agenda pré-definida e reordenação das práticas através da organização da demanda, grupos, agenda, reuniões, havendo no entanto diferenças entre as equipes. Alguns atores evidenciaram dificuldades nesta questão, sentindo-se sufocados pela demanda espontânea. Uma outra explicação apontada é a população da área de abrangência que extrapola o preconizado pelo programa, sobrecarregando os profissionais.

Quanto as atividades intersetoriais, os atores reconhecem a insuficiência do setor para enfrentar os complexos problemas de saúde e que estes requerem uma prática intersetorial, apresentando no entanto, poucas iniciativas nesta área. Um número maior de ESF poderia estar articulada, buscando reciprocidade e complementaridade com outros programas existentes no município para ações intersetoriais como prática da vigilância da saúde. Mesmo incipiente, percebeu-se movimento da equipe para fora da unidade de saúde da família.

Segundo Mendes (1996) o nível local tem limitações para efetivar ações intersetoriais, pois exigem articulações em instâncias macro (entre setores).

O componente de co-responsabilidade e participação da população nos processos de vida, doença e morte e na gestão dos serviços de saúde são diretrizes operacionais da estratégia Saúde da Família que apareceram na prática das ESF em Blumenau.

A aliança entre o Conselho Municipal de Saúde e as ESF foi uma característica ressaltada na investigação. Esta parceria foi um movimento sinérgico e determinante para a continuidade do PSF. Parece que o fortalecimento dessa relação pode ser explicado em pelo menos duas direções que se potencializaram.

Uma, foi a crescente participação do Conselho nas decisões da política de saúde desde 1996, a partir da conquista do direito de qualquer membro ser eleito presidente, até então prerrogativa exclusiva do Secretário Municipal de Saúde. Assim, nas duas últimas

gestões o conselho Municipal de Saúde foi presidido por um representante do segmento dos usuários que, segundo os atores, é defensor do SUS e viu no PSF a capacidade de aumentar, num primeiro momento, o acesso da população à atenção básica de saúde, desde a sua implantação.

Outra explicação, seria a aproximação que as ESF tiveram quando apresentaram em 1999, para o CMS, todas as atividades que desenvolviam, fazendo aumentar a convicção do segmento dos usuários da necessidade do PSF, culminando com a acolhida que receberam quando se sentiram abandonados pelo gestor e com possibilidade de redução da remuneração. O Conselho foi um aliado do movimento reivindicatório dos profissionais que, por sua vez, alimentam aquele com informações (epidemiológicas, gerenciais) que podem instrumentalizar a discussão sobre a política de saúde, fortalecendo o controle social.

Já no ano 2000, as ESF participaram junto ao Conselho da organização das Pré-conferências municipais de saúde que foram realizadas por área de abrangência da USF, nas quais o PSF foi amplamente debatido.

A prática de planejamento, programação e avaliação para acompanhar o trabalho se mostrou contraditória com diferenças entre as ESF, começando a ser impulsionada pela participação dos enfermeiros do PSF no Curso de Gerenciamento para Unidades Básicas de Saúde, que trabalha com a realidade local.

O uso do SIAB não pareceu estar incorporado à prática como instrumento para embasar o planejamento da ESF. Apesar do encaminhamento mensal dos relatórios do SIAB ao nível central, nenhum tipo de informação retorna à ESF, contribuindo para a não visibilidade de um sistema de informação (SIAB) constituído pelo encadeamento dos instrumentos preenchidos separadamente pelos profissionais.

O SIAB é um sistema de informação territorializado, subordinado à lógica do PSF, que permite a desagregação dos indicadores em microáreas, possibilitando a identificação de desigualdades nas condições de saúde da população através da espacialização das necessidades e respostas sociais (AQUINO, 1997). Assim, a microlocalização dos problemas de saúde ou situações de risco permitida pelo SIAB, poderia contribuir para orientar as intervenções da ESF na sua área de abrangência com a especificidade que a realidade da microárea requer. Se os problemas se distribuem assimetricamente no

território, exigem ações de vigilância da saúde discriminadas positivamente para o seu enfrentamento, segundo o princípio da equidade.

O tratamento e o uso (ou não) das informações nos fez observar a inexistência de práticas de avaliação, atribuindo-se pouco valor à consolidação e análise dos dados de morbi-mortalidade, produção do serviço e de acompanhamento das ações de forma sistematizada, e a sua não utilização para orientar o processo de trabalho da ESF.

Em trabalho de avaliação de unidades básicas de saúde em um distrito sanitário de Belo Horizonte em relação aos sistemas de informação, Santos Filho & Costa (1999) observam um círculo vicioso de subregistro, ausência de avaliação e utilização efetiva das informações nas Unidades de Saúde, onde as mesmas são produzidas e deveriam estar subsidiando a programação dos profissionais.

Os principais benefícios para a população apontados pelos atores foram possibilidade de assistência integral e contínua, seguido da redução das internações hospitalares e melhoria do acesso à atenção básica à saúde, além de resultados a médio e longo prazo impactando positivamente os níveis de saúde.

A relação das ESF com nível central, coordenação e gerência, foi um ponto crítico realçado pelos atores com características de centralização, distanciamento e falta de comunicação, gerando desmotivação e sentimento de abandono nos profissionais. São apontadas dificuldades de comunicação também entre os diversos serviços do nível central influenciando o trabalho das ESF.

Outro aspecto relacionado aos processos de gestão foi a falta de apoio técnico às ESF, o desconhecimento do papel do nível gerencial e do projeto institucional.

Na visão dos atores, a gerência e cargos estratégicos foram identificados como forte opositores às mudanças que o PSF significa, prejudicando o trabalho da ESF.

A teoria organizacional à luz do Paradigma Comunicativo de Habermas é trabalhada por Rivera que propõe instrumentalizar a gerência estruturada pela comunicação (apud Kopf, 1998).

Para Rivera (apud Kopf 1998) é fundamental que os profissionais conheçam a missão da instituição sendo necessário investir na gerência descentralizadora que favoreça

a participação, as decisões compartilhadas, a formação de consensos, a cooperação interdisciplinar e uma responsabilização crescente com os objetivos organizacionais.

O autor apresenta os princípios mais viáveis da “Gestão pela Qualidade”: uma coordenação do trabalho que objetive a integração dos trabalhadores em torno da missão, sustentado pela priorização de objetivos, um sistema de informações e a interdependência entre as unidades organizacionais (apud Kopf, 1998).

Essa práxis deve ser pautada por uma nova ética nas relações sociais, no plano das microrrelações e na gestão do cotidiano.

Para ele, “Gerir é comunicar, negociar, problematizar coletivamente e, essencialmente, produzir e acompanhar compromissos lingüisticamente mediados (apud Kopf, 1998).

Passar do agir estratégico para o agir comunicativo em saúde como sugere o autor poderia ser um caminho para minimizar os problemas enunciados na área da gestão.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No contexto das políticas de reforma racionalizadoras impulsionadas pelas sucessivas crises do setor saúde, o Programa Saúde da Família é implantado no Brasil como Programa em 1994, se expandindo e passando a ser estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir de 1998, através de mudanças gradativas no desenho da operação das políticas de saúde.

Essa trajetória é caracterizado por Viana & Dal Poz (1998) como um processo de reforma incremental que se consolidou ao preencher um momento de vazio programático no plano das práticas sanitárias, requeridas para a construção dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

No município de Blumenau foi assinado convênio para implantação de duas equipes do PSF, após a sua adesão à modalidade de gestão semiplena, entre os pioneiros em Santa Catarina. As duas equipes iniciaram as atividades em 1995 e no início de 1996 foi ampliado para 21 equipes. Mas a rápida adesão e expansão do primeiro ano não teve prosseguimento, permanecendo com esta cobertura pelos próximos quatro anos.

No período em que o programa se expandiu no nível nacional (83% dos municípios implantaram o PSF entre 1997-98) verificou-se um desaceleramento da sua atividade no município (BRASIL,1999).

A avaliação após o primeiro ano mostrava uma cobertura populacional de 33%, base territorial definida, percentual de resolutividade em torno de 10%, capacitação introdutória e educação permanente das equipes, coordenação municipal estável, catorze a



dezesseis ACS juniores por equipe e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, com projeto de ampliação (SEMUS, relatório, 1996).

Esta avaliação mostrou que o programa continua com igual cobertura da população, mesmo percentual de resolutividade e trabalha com adstrição de clientela, permanecendo entretanto, dois anos com mais da metade das equipes incompletas, ausência de capacitações, alta rotatividade da coordenação municipal, número muito reduzido de ACS (a maioria das ESF sem o ACS).

Na percepção dos atores a explicação para essa desativação se encontra no campo político, identificando a gestão como opositora`a adoção do PSF como estratégia estruturante do modelo assistencial.

*Os profissionais querem fazer do PSF um modelo e para o nível central, o PSF é um programa.*

Na pesquisa “Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC,1994-1998” Ortiga constatou que o perfil do gestor, sua capacidade de articulação e a modalidade de gestão semi-plena foram importantes para a rápida adesão e expansão do PSF (Ortiga,1999).

Este aspecto foi corroborado por Conill (2000) em estudo de avaliação do PSF no município de Florianópolis, observando relação de influência entre a dimensão política-ideológica e a situação de atraso na implantação do programa.

A autora refere que esse resultado “pode ser útil para validade externa de elementos analíticos oriundos de estudos qualitativos”.

Porém, se a gestão semi-plena por conferir maior autonomia política-administrativa-financeira, facilitou a adesão naquele momento (1994), conferiu igual autonomia (agora como gestão plena do sistema) para que fosse freada a sua ampliação em outra conjuntura (1997-2000).

Assim, estes aspectos podem se potencializar em interação, mas não são determinantes isoladamente, observando-se que, em Blumenau, na ótica dos atores – falantes a questão política-ideológica foi mais importante que a administrativa- financeira.

Mas, este estudo mostrou que teve melhora na **integralidade da atenção** pelo aumento das ações de promoção e prevenção e manutenção das de reabilitação e cura.

Conseqüentemente, aumentou o acesso da população às ações de saúde decorrente da descentralização e da introdução de práticas inovadoras pelas ESF como relações de acolhimento, responsabilização e produção de vínculo com a população.

Acrescidos da parceria e forte aliança estabelecidas com o Conselho Municipal de saúde, estes parecem ter sido os elementos fundamentais para a continuidade do PSF, no município.

Analisando o processo de implantação e desenvolvimento do PSF no município de Blumenau, baseado na tipologia de Viana & Dal Poz, pode-se observar um início com características (apontadas acima) do modelo singular que parecia caminhar para a substituição do modelo assistencial, passando para o modelo incipiente com participação coadjuvante no sistema de saúde. Porém resistente. O PSF resistiu e sobreviveu.

A pesquisa revelou que esta arena comporta muitos atores em movimento, num jogo de mudanças e resistências, entre intenções sonhadas e gestos possíveis que a construção do SUS se faz, sendo....

Os maiores desafios apresentados para impulsionar essa construção, em processo do PSF como modelo assistencial sustentado pela produção social da saúde, estão na área de desenvolvimento de recursos humanos e nas dimensões técnica e política de gerência e gestão a serem enfrentados para sua superação.

Para os atores-falantes, o PSF em Blumenau, está consolidado com a força da utopia de um modelo resolutivo, acessível e universal para a população.

A tecnologia indispensável para realizá-lo revelou-se abundante: convicção, confiança, afeto, compromisso, responsabilização.

Esta pesquisa não teve a pretensão de esgotar o tema, mas desvelar parte dessa totalidade complexa que é o agir em saúde.

Aprofundar as questões parcialmente reveladas no campo das políticas inovadoras bem como avaliar a qualidade de cada uma dessas práticas deverá ser objeto das próximas investigações.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRIANO, J. E. et al. Blumenau (1993-1998): da municipalização à gestão plena da saúde. **Revista Saúde & Cidade em Debate**, Rio de Janeiro, número inaugural, p. 43-51, ago. 1999.
- ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à saúde, bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N., RIBEIRO, J. M.. **Política de saúde e inovação institucional, uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: Escola Superior de Saúde Pública, 1996. p. 69-98.
- AQUINO, R. et al. Informação para gestão de sistemas locais de saúde: o sistema de informação do programa de agentes comunitários de saúde. **Informe epidemiológico do SUS**. Ministério da Saúde, v.4, out/dez,1997, p. 47-56.
- BASTOS, A. C. S., TRAD, L., BROMBERG, M. H. P. F.. **Práticas de Atenção no Contexto da Família: Uma Proposta para Diagnóstico e Intervenção**. Relatório da Rede Unida. Bahia, 1997.
- BRASIL. **Lei 8.142**. Gráfica do Congresso Nacional. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa**. Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Informação Educação e Comunicação, Promoção da Saúde, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá**. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/1742 de 30/08/96. Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. **Diário Oficial da União**, 30/08/96. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/1329 de 12/11/99. Estabelece incentivos e forma de cálculo para o programa de saúde da família. **Diário Oficial da União**, 12/11/99. Brasília, 1999.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica SUS 01/1993. **Diário Oficial da União**, 24/05/93. Brasília, 1993.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A implantação da unidade de saúde da família. **Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família**, vol. 1, Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Treinamento introdutório. **Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família**, vol. 2, Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Educação permanente, **Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família**, vol. 3, Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do idoso – instabilidade postural e queda. **Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família**, vol. 4, Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no SUS**, Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS. **Descentralização das Ação de Saúde : a ousadia de fazer cumprir a Lei**. Brasília, 1993.
- CAR, M. R. & BERTOLUZZI, M. R. O procedimento da análise de discurso. In: CHIANCA, T. C. M. & ANTUNES, M. J. (org.). **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.
- CARVALHO G. de C. M. **Avaliação das condições de saúde e dos serviços de saúde em São José dos Campos**. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 1995.
- CHOMPRÉ, R. R. S. & EGRY, E. Y. **A enfermagem nos projetos uni: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- CONILL, Eleonor M. **Analyse d'une nouvelle alternative pour le secteur santé. Observations d'une experience en santé communautaire au Brésil**. Dissertação defendida junto ao Diplôme d'Études Approfondies/DEA, Institut du Développement Economique et Social/ IEDES, SORBONNE. França, 1980.
- CONILL, Eleonor M. **Les implications de la santé communautaire en tant que nouvelle politique de santé. Analyse du cas du Québec**. Tese de doutoramento

- apresentada ao Développement, Institut du Développement Economique et Social/ IEDS, SORBONNE. França, 1982.
- CONILL, E. M. . **Análise da implantação e perfil das práticas do programa de saúde da família no município de Florianópolis, Santa Catarina, 1994-2000.** Relatório de pesquisa ao CNPq. UFSC, 2000.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araujo (org). **Avaliação em saúde, dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996. p. 29-48.
- DONABEDIAN. A. **La calidad de la atención médica definición y método de evaluación. enfoque básicos para la evaluación.** Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- FAVERET Filho, P., OLIVEIRA, P. J.. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 3, p. 139-62, 1990.
- FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia.** São Paulo: Editora Ática, 1998.
- FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso** 6. ed.. São Paulo: Contexto, 1997.
- FIORIN, J. L. & SAVIOLI, F. P. **Para entender o texto: leitura e redação.** 14. ed. São Paulo: Editora Ática, 1999.
- FLEURY, S., CARVALHO, A. Municipalização da Saúde e o Poder Local no Brasil. **Jornal do CONASEMS**, v. 3, n. 34, p. 10-12, ago. 1997.
- HALAL, I., SPARRENBERGER, BERTONI, A., CIACIACOMET, C., SEIBEL, C., LAHUDE, F., MAGALHÃES, G., BARRETO, L., LIRA, R. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública.**, v. 28, n.2, p. 131-6, 1994.
- HARTZ . Z. et al . Avaliação do programa Materno Infantil : análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: **Avaliação em saúde, dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1997. p. 89-131.
- HORTALE.V. , CONILL, E. M. , PEDROZA, M. Desafios na construção de um método para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro : Fiocruz , 1998 (no prelo).
- JUCAS, Mattio M. **Estudo dos encaminhamentos realizados pelo Internato em Saúde Coletiva 98/1 – UFSC.** Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.
- KOPF, A. W. **Gestão comunicativa: uma análise do planejamento estratégico-situacional e da gestão pela qualidade referida ao setor público de serviços de**

saúde. Rio de Janeiro, 1998. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz.

LIMA, P. G. A., SILVA, M. A. D. **Programa Médico da Família e a Reorganização de um Modelo Assistencial.** Niterói: Rede Unida, 1997.

MENDES, Eugênio V. et al. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1993.

\_\_\_\_\_, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. (org) **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (org.) **A organização de saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 1998.

MERHY, Emerson E. **A perda da dimensão cuidadosa na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** São Paulo, 1998 ( mimeo ).

\_\_\_\_\_ et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: **Práxis em salud um desafio para lo público.** MERHY, E. E. (org.). São Paulo: Hucitec. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 113-150.

\_\_\_\_\_ et al. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Práxis em salud um desafio para lo público.** MERHY, E. E. (org.). São Paulo: Hucitec. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set., 1993.

\_\_\_\_\_, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 5ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1998.

NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (org). **Família , a base de tudo.** 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2000. p. 44-45.

ORTIGA, A.M.B. **Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC, 1994-1998.** Tese de mestrado apresentada ao Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

QUIXADÁ, CAMARAGIBE. **Análise do perfil de utilização de autorizações de internações hospitalares - AIHs nos municípios (0-4 anos, causas evitáveis), 1996.** Modelo assistencial brasileiro: sistema único ou sistema múltiplo de saúde?

- Considerações sobre a emergência e a evolução do seguro saúde privado no Brasil, 1993.
- REIS, Eduardo J. B. et al. Avaliação da qualidade e dos serviços de Saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar., 1990.
- SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1991.
- SANTOS FILHO, S. B. & COSTA, S. M. B. Avaliação e planejamento local: perspectivas gerenciais no âmbito dos distritos sanitários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 43-53, set./dez., 1999.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Relatório de trabalho do PSF**. Blumenau, 1996.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Plano Municipal de Saúde 1997-2000**. Blumenau, 1997.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Projeto para implantação do Programa de Saúde da Família**. Blumenau, 1994.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Relatório da Iª Conferência Municipal de Saúde**. Blumenau, 1994.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Relatório da IIª Conferência Municipal de Saúde**. Blumenau, 1996.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU. **Relatório da IIIª Conferência Municipal de Saúde**. Blumenau, 1998.
- SCHRAIBER, Lilia B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SCOCHI M. J. **Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde : uma análise localizada**. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1996.
- SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde : limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-89, jan./mar. 1994.
- SILVER Lynn. **Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Dumará, 1992.
- STARFIELD, Barbara. Measuring the attainment of Primary Care. **Journal of Medical Education**, v. 54, p. 361-369, may 1979.
- \_\_\_\_\_, Barbara. The future of primary care in a Managed Care Era. **Internacional Journal of Health Services**, v. 27, n. 4, p. 687-696, 1997.

SOUZA, H. M. Estratégias para a organização da atenção básica no Brasil. In: BRASIL. **Anais da reunião técnica dos Pólos de Capacitação, formação e educação permanente em saúde da família**, Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 13-17.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e à atenção saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANA, A.L.D. DAL POZ, M.R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2. ,1998.



## **ANEXOS**

## **ANEXOS**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE**

**AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF**

**ANEXO III - Cor amarelo  
QUESTIONÁRIO A SER RESPONDIDO PELA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF**

**Identificação do Município (a ser preenchido pela Coordenação Estadual)**

UF:	Código da UF
MUNICÍPIO (código do IBGE):	Código do Município

**Implantação da Equipe de Saúde da Família**

Data do preenchimento deste questionário	Dia	Mês	Ano
Mês/Ano da Implantação desta Equipe de Saúde da Família (ESF) (considere a data da contratação dos profissionais para atuar na equipe)	Mês	Ano	
A ESF atua na Zona: (considere a predominante e/ou a definida no cadastro da equipe no SIAB)	1 - Urbana 2 - Rural		
População coberta por esta ESF em dezembro/98 (utilizar os dados do cadastramento familiar caso já esteja concluído. Não estando disponível empregar a estimativa utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde para população da área)	Nº de habitantes		
Existia PACS implantado nesta área de abrangência antes do início das atividades desta ESF?	0 - Não 1 - Sim		

<p>1) Indique o número de profissionais de cada categoria membros desta ESF:</p>     <p>Se possui outra categoria profissional especifique:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Número de profissionais</p> <p>a) Médico      b) Enfermeiro</p> <p>c) Auxiliar / Técnico de enfermagem</p> <p>d) Agentes comunitários de saúde (ACS)</p> <p>e) Odontólogo      f) Ass. Social</p> <p>g) Nutricionista      h) Psicólogo</p> <p>i) Digitador</p> <p>j) Auxiliar Administrativo</p> <p>l) Auxiliar de limpeza / Serviços Gerais</p> <p>m) Motorista      n) Vigilante</p> <p>o) Outros</p>
<p>3 A) A área de atuação da ESF está territorialmente definida?</p>	<p>0 – Não    1 – Sim    9 – Não Sabe / Ignorado</p>
<p>3 B) Existe mapa da área de abrangência construído pela ESF?</p>	<p>0 – Não    1 – Sim    9 – Não Sabe / Ignorado</p>
<p>4) O cadastramento familiar foi realizado?</p> <p>Considere positivo se o cadastro incluir as informações contidas na Ficha A do SIAB ou se tiver sido feito com esta ficha</p>	<p>0 – Não    1 – Sim</p> <p>2 – Encontra-se em execução</p>
<p>5) Assinalar a forma de organização do prontuário na Unidade de Saúde da Família:</p>	<p>0 – Não tem prontuário</p> <p>1 – Prontuário Individual</p> <p>2 – Prontuário Familiar</p>

6 A) Assinale a alternativa adequada para cada atividade listada conforme a situação da população cadastrada pela ESF em relação a realização da atividade antes da implantação da equipe:

0 – não era realizada

1 – era realizada no município, **fora** da área de abrangência da ESF

2 – era realizada **dentro** da área de abrangência da ESF

- a) **P ré-natal** – Consulta de Enfermagem
- b) **P ré-natal** – Consulta Médica
- c) **P ré-natal** – Vacinação com Toxóide Tetânico
- d) **P ré-natal** – Utilização do Cartão da Gestante
- e) **P ré-natal** – Dispensação de Sulfato Ferroso
- f) **P ré-natal** – Avaliação do Estado Nutricional
- g) **A ssistência à Puérpera** – Consulta de Enfermagem
- h) **A ssistência à Puérpera** – Consulta Médica
- i) **A tenção à Criança** – Consulta Médica
- j) **A tenção à Criança** – Consulta de Enfermagem
- k) **A tenção à Criança** – Imunização
- l) **A tenção à Criança** – Utilização do Cartão da Criança
- m) **A tenção à Criança** – Suplementação Alimentar
- n) **C oleta para exame de Papanicolau**, feita por Médico
- o) **C oleta para exame de Papanicolau**, feita por Enfermeiro
- p) **P lanejamento Familiar** – Consulta Médica
- q) **P lanejamento Familiar** – Consulta de Enfermagem

<p>6 A) Assinale a alternativa adequada para cada atividade listada conforme a situação da população cadastrada pela ESF em relação a realização da atividade antes da implantação da equipe:</p> <p><b>(continuação)</b></p>	<p>0 – não era realizada</p> <p>1 – era realizada no município, <b>fora</b> da área de abrangência da ESF</p> <p>2 – era realizada <b>dentro</b> da área de abrangência da ESF</p> <p>r) <b>P lanejamento Familiar</b> – Distribuição de Preservativos</p> <p>s) <b>P lanejamento Familiar</b> – Inserção de DIU</p> <p>t) <b>A dulto</b> – Consulta Médica</p> <p>u) <b>A dulto</b> – Consulta de Enfermagem</p> <p>v) <b>C onsulta Ginecológica</b></p> <p>w) <b>C ontrole de Hipertensão</b> – Busca Ativa de Casos</p> <p>x) <b>C ontrole de Hipertensão</b> – Diagnóstico</p> <p>y) <b>C ontrole de Hipertensão</b> – Tratamento</p> <p>z) <b>C ontrole de Diabetes</b> – Busca Ativa de Casos</p> <p>aa) <b>C ontrole de Diabetes</b> – Diagnóstico</p> <p>bb) <b>C ontrole de Diabetes</b> – Tratamento</p> <p>cc) <b>C ontrole de DST</b> – Busca Ativa de Casos</p> <p>dd) <b>C ontrole de DST</b> – Diagnóstico</p> <p>ee) <b>C ontrole de DST</b> – Tratamento</p> <p>ff) <b>C ontrole de DST</b> – Investigação de contatos e aconselhamento de pacientes de risco</p>
---	--

<p>6 A) Assinale a alternativa adequada para cada atividade listada conforme a situação da população cadastrada pela ESF em relação a realização da atividade antes da implantação da equipe:</p> <p><b>(continuação)</b></p>	<p>0 – não era realizada</p> <p>1 – era realizada no município, <b>fora</b> da área de abrangência da ESF</p> <p>2 – era realizada <b>dentro</b> da área de abrangência da ESF</p> <p>gg) <b>C ontrole de Hanseníase – Busca ativa de casos</b></p> <p>hh) <b>C ontrole de Hanseníase – Diagnóstico</b></p> <p>ii) <b>C ontrole de Hanseníase – Tratamento</b></p> <p>jj) <b>C ontrole de Tuberculose – Busca ativa de casos</b></p> <p>kk) <b>C ontrole de Tuberculose – Diagnóstico</b></p> <p>ll) <b>C ontrole de Tuberculose – Tratamento</b></p> <p>mm) <b>A ções de Vigilância Epidemiológica – Notificação Compulsória de Doenças</b></p> <p>nn) <b>A ções de Vigilância Epidemiológica – Investigação</b></p> <p>oo) <b>A ções de Vigilância Epidemiológica – Ações de bloqueio (bloqueio vacinal, quimioprofilaxia)</b></p> <p>pp) <b>A ções voltadas para o Idoso</b></p> <p>qq) <b>A ções voltadas para os Adolescentes</b></p> <p>rr) <b>P equenas cirurgias (sutura, drenagem de abcesso, etc)</b></p>
---	---

<p>6 B) Assinale a alternativa adequada para cada atividade em relação a realização da mesma para a população cadastrada pela ESF:</p>	<p>0 – Não 1 – Sim</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>P ré-natal</b> – Consulta de Enfermagem</li><li>b) <b>P ré-natal</b> – Consulta Médica</li><li>c) <b>P ré-natal</b> – Vacinação com Toxóide Tetânico</li><li>d) <b>P ré-natal</b> – Utilização do Cartão da Gestante</li><li>e) <b>P ré-natal</b> – Dispensação de Sulfato Ferroso</li><li>f) <b>P ré-natal</b> – Avaliação do Estado Nutricional</li><li>g) <b>A ssistência à Puérpera</b> – Consulta de Enfermagem</li><li>h) <b>A ssistência à Puérpera</b> – Consulta Médica</li><li>i) <b>A tenção à Criança</b> – Consulta Médica</li><li>j) <b>A tenção à Criança</b> – Consulta de Enfermagem</li><li>k) <b>A tenção à Criança</b> – Imunização</li><li>l) <b>A tenção à Criança</b> – Utilização do Cartão da Criança</li><li>m) <b>A tenção à Criança</b> – Suplementação Alimentar</li><li>n) <b>C oleta para exame de Papanicolau</b>, feita por Médico</li><li>o) <b>C oleta para exame de Papanicolau</b>, feita por Enfermeiro</li><li>p) <b>P lanejamento Familiar</b> – Consulta Médica</li><li>q) <b>P lanejamento Familiar</b> – Consulta de Enfermagem</li></ul>
--	---



<p>6 B) Assinale a alternativa adequada para cada atividade em relação a realização da mesma para a população cadastrada pela ESF:</p> <p><b>(continuação)</b></p>	<p>0 – Não 1 – Sim</p> <p>r) <b>P</b>lanejamento Familiar – Distribuição de Preservativos</p> <p>s) <b>P</b>lanejamento Familiar – Inserção de DIU</p> <p>t) <b>A</b>dulto – Consulta Médica</p> <p>u) <b>A</b>dulto – Consulta de Enfermagem</p> <p>v) <b>C</b>onsulta Ginecológica</p> <p>w) <b>C</b>ontrol e de Hipertensão – Busca Ativa de Casos</p> <p>x) <b>C</b>ontrol e de Hipertensão – Diagnóstico</p> <p>y) <b>C</b>ontrol e de Hipertensão – Tratamento</p> <p>z) <b>C</b>ontrol e de Diabetes – Busca Ativa de Casos</p> <p>aa) <b>C</b>ontrol e de Diabetes – Diagnóstico</p> <p>bb) <b>C</b>ontrol e de Diabetes – Tratamento</p> <p>cc) <b>C</b>ontrol e de DST – Busca Ativa de Casos</p> <p>dd) <b>C</b>ontrol e de DST – Diagnóstico</p> <p>ee) <b>C</b>ontrol e de DST – Tratamento</p> <p>ff) <b>C</b>ontrol e de DST – Investigação de contatos e aconselhamento de pacientes de risco</p>
--	---

6 B) Assinale a alternativa adequada para cada atividade em relação a realização da mesma para a população cadastrada pela ESF:

(continuação)

0 – Não 1 – Sim

- gg) **C ontrole de Hanseníase – Busca ativa de casos**
- hh) **C ontrole de Hanseníase – Diagnóstico**
- ii) **C ontrole de Hanseníase – Tratamento**
- jj) **C ontrole de Tuberculose – Busca ativa de casos**
- kk) **C ontrole de Tuberculose – Diagnóstico**
- ll) **C ontrole de Tuberculose – Tratamento**
- mm) **A ções de Vigilância Epidemiológica – Notificação Compulsória de Doenças**
- nn) **A ções de Vigilância Epidemiológica – Investigação**
- oo) **A ções de Vigilância Epidemiológica – Ações de bloqueio (bloqueio vacinal, quimioprofilaxia)**
- pp) **A ções voltadas para o Idoso**
- qq) **A ções voltadas para os Adolescentes**
- rr) **P equenas cirurgias (sutura, drenagem de abscesso, etc)**

7) Esta ESF tem agenda de trabalho pré-definida?		0 – Não 1 – Sim				
8) Registre, utilizando a codificação a seguir, as atividades realizadas na semana anterior ao preenchimento deste questionário, em cada turno, pelos membros da ESF:						
1 = Atendimento clínico		5 = Sessão educativa				
2 = Visita Domiciliar		6 = Atividade administrativa / gerencial				
3 = Reunião com a comunidade		7 = Atividade de supervisão em campo				
4 = Reunião da equipe		8 = Atividade de capacitação				
		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Médico	Manhã					
	Tarde					
Enfermeiro	Manhã					
	Tarde					
Agentes Comunitários de Saúde	Manhã					
	Tarde					
Auxiliar de Enfermagem	Manhã					
	Tarde					
Outro Nível Superior Especificar: _____	Manhã					
	Tarde					
Outro Nível Superior Especificar: _____	Manhã					
	Tarde					
Registre outras atividades que sejam realizadas em outros horários:						
_____						
_____						

<p>9) Esta equipe está localizada em uma unidade de saúde específica para Saúde da Família?</p> <p>(Unidade de Saúde onde atuam apenas equipes de Saúde da Família)</p> <p>Considere positivo os casos em que na unidade de saúde exista além das ESF serviços de laboratório e/ou odontologia</p>	<p>0 – Não 1 – Sim</p>
<p>10) Em caso negativo na questão anterior informe o local onde a equipe está sediada:</p> <hr/> <hr/>	
<p>11) Quantas ESF existem na unidade de saúde em que sua equipe está localizada?</p>	<p>0 – A ESF não está localizada em uma unidade de saúde</p> <p>1 a 9 – Número de ESF nesta unidade</p>

<p>12) A ESF dispõe em sua unidade de saúde para atendimento da população os seguintes materiais/equipamentos?</p> <p>(Marque SIM somente quando estiver em perfeitas condições de uso no momento)</p>	<p>0 - Não 1 - Sim</p> <p>a) Estetoscópio      b) T e n s i ô m e t r o</p> <p>c) Otoscópio      d) O f t a l m o s c ó p i o</p> <p>e) Termômetro      f) A m b ú</p> <p>g) Lanterna      h) F o c o</p> <p>i) M a t e r i a l p a r a p a r t o</p> <p>j) A p a r e l h o d e a e r o s o l / N e b u l i z a d o r</p> <p>k) B a l a n ç a d e a d u l t o</p> <p>l) B a l a n ç a i n f a n t i l</p> <p>m) M a t e r i a l p a r a p e q u e n a c i r u r g i a</p> <p>n) M a t e r i a l p a r a r e t i r a d a d e p o n t o s</p> <p>o) M e d i c a m e n t o s e s o r o p a r a e m e r g ê n c i a</p> <p>p) E s t e t o s c ó p i o d e P i n a r d</p>
<p>Se assinalar SIM na opção <b>Outros</b>, especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>q) S o n a r D o p l e r</p> <p>r) G l i c o s í m e t r o</p> <p>s) O u t r o s</p>

<p>13) Quais das vacinas a seguir estão disponíveis em sua unidade de saúde da família no momento? (Considere apenas as hoje existentes na USF)</p> <p>Se assinalar SIM na opção <b>Outras</b>, especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não 1 - Sim</p> <p>a) BCG      b) Anti-Pólio</p> <p>c) Tríplice/DPT</p> <p>d) Toxóide Tetânico</p> <p>e) Anti-Sarampo</p> <p>f) Anti-Hepatite B</p> <p>g) Tríplice Viral/MMR</p> <p>h) DT Adulto</p> <p>i) DT Infantil</p> <p>j) Outras</p>
<p>14) Assinale a situação de abastecimento de materiais/insumos relacionados (nas últimas duas semanas) conforme as definições a seguir:</p> <p>SUFICIENTE: disponível para todas as situações / pacientes quando foram necessários (as)</p> <p>INSUFICIENTE: disponível em quantidade não adequada para atender as necessidades</p>	<p>0 – Não Há    1 - Insuficiente    2 – Suficiente</p> <p>a) Material de curativo / Penso / Seringas / Material de enfermagem</p> <p>b) Material educativo para a população</p> <p>c) Formulários e fichas de atendimento</p>
<p>15) A ESF dispõe dos seguintes materiais / equipamentos para sessões educativas?</p> <p>Se assinalar SIM na opção <b>Outros</b>, especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não    1 - Sim</p> <p>a) Cartazes e Folhetos</p> <p>b) Kit Agentes em Ação</p> <p>c) Álbum Seriado</p> <p>d) TV e Vídeos</p> <p>e) Outros</p>

<p>16) Qual a disponibilidade de referência assegurada na rede SUS para realização dos seguintes exames de apoio diagnóstico solicitados pela ESF (no último mês), conforme as definições a seguir?</p> <p>TOTAL – todos os exames solicitados são realizados  PARCIAL – a rede SUS não tem capacidade para realizar todos os exames solicitados  NENHUMA – os pacientes não conseguem realizar os exames solicitados através da rede SUS</p> <p>Se assinalar SIM na opção <b>Outros</b>, especifique:</p> <p>-----  -----  -----</p>	<p>0 – Nenhuma 1 - Parcial 2 – Total</p> <p>a) Hemograma Completo</p> <p>b) Tipagem Sanguínea</p> <p>c) Dosagem de uréia, creatinina e ácido úrico</p> <p>d) Glicemia de jejum</p> <p>e) VDRL</p> <p>f) Sumário de Urina</p> <p>g) Cultura de Urina</p> <p>h) Cultura de Fezes</p> <p>i) Eletrocardiografia</p> <p>j) Exame Parasitológico de Fezes</p> <p>k) Raios X (tórax, abdômem e extremidades)</p> <p>l) Ultrasonografia Obstétrica</p> <p>m) Citopatologia de colo do útero</p> <p>n) Colposcopia</p> <p>o) Outros</p>
---	--

<p>17) Qual a disponibilidade (no último mês) de medicamentos essenciais para dispensação às famílias que a ESF atende, conforme as definições a seguir?</p> <p>(tome como referência em cada caso os medicamentos utilizados pela ESF e considere positivo situações em que a dispensação for feita na USF ou fora dela)</p> <p>BOA – disponível para todas as situações / pacientes quando foram necessários (as)</p> <p>REGULAR – em quantidade inadequada contudo, mais da metade dos pacientes que precisaram receberam</p> <p>RUIM – em quantidade inadequada para as necessidades – menos da metade dos pacientes que precisaram receberam</p> <p>NÃO TEM – os pacientes que precisaram não receberam</p>	<p>0 – Não Tem 1 – Ruim 2 – Regular 3 – Boa</p> <p>a) Antibióticos</p> <p>b) Sulfato Ferroso</p> <p>c) Contraceptivos</p> <p>d) Anti-Hipertensivos</p> <p>e) Vitamina A</p> <p>f) Antitérmicos</p> <p>g) Analgésicos</p> <p>h) Antiparasitários</p> <p>i) Hipoglicemiantes orais</p> <p>j) Antimicótico tópico</p> <p>k) Tuberculostáticos</p> <p>l) Medicamentos contra Hanseníase</p>
<p>18) A ESF desenvolve alguma atividade de vigilância sanitária (controle da qualidade de alimentos, medicamentos, serviços, outros)?</p> <p>Se assinalar SIM, especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não 1 - Sim</p>



<p>19) A ESF desenvolve alguma atividade relacionada com saneamento básico (controle da qualidade da água, do destino de dejetos e do lixo)?</p> <p>Se assinalar SIM, especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não    1 - Sim</p>
<p>20) A ESF (pelo menos um dos membros) foi treinada para o preenchimento das fichas de coleta de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB?</p> <p>(Considere treinada os casos em que o treinamento trabalhou todos os instrumentos do SIAB e aqueles em que o treinamento foi iniciado mas, ainda não trabalhou com todos os instrumentos)</p>	<p>0 – Não    1 - Sim</p>
<p>21) A ESF (pelo menos um dos membros) foi treinada para analisar os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB?</p>	<p>0 – Não    1 - Sim</p>
<p>22) Os dados do SIAB coletados pela ESF são remetidos mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde? (Para o nível central, nível distrital ou nível regional dentro do município)</p>	<p>0 – Não    1 - Sim</p>
<p>23 A) A ESF analisou os dados do SIAB do mês anterior ao preenchimento deste questionário e realizou alguma ação em função dessa análise?</p> <p>Se assinalar a opção 2 (Analisou e agiu), especifique a ação realizada: -----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não analisou</p> <p>1 - Analisou, mas não realizou qualquer ação</p> <p>2 – Analisou e agiu</p>
<p>23 B) Como é feita a consolidação mensal de dados do SIAB por esta ESF?</p> <p>Se assinalar a opção 4 (Outra), especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não realiza consolidação de dados do SIAB</p> <p>1 - O enfermeiro recebe os instrumentos preenchidos pelos ACS e consolida sozinho</p> <p>2 – O enfermeiro consolida os dados do SIAB junto com os ACS</p> <p>3 – Toda a equipe reúne para consolidação dos dados em conjunto</p> <p>4 - Outra</p>

<p>24) A ESF (pelo menos um dos membros) discutiu os dados do SIAB fora da equipe? (Com pessoas que não fazem parte da equipe)</p>	<p>0 – Não 1 - Sim</p>
<p>25) Em caso positivo na questão anterior, identifique os participantes da discussão: (assinale todas as opções que se aplicarem)</p> <p>POPULAÇÃO – considere grupos comunitários, lideranças comunitárias, grupos de moradores, grupos de pacientes, qualquer grupo organizado.</p> <p>Se assinalar SIM na opção <b>Outros</b>, especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não 1 – Sim</p> <p>a) P opulação</p> <p>b) C onselho Municipal de Saúde</p> <p>c) S ecretário Municipal de Saúde</p> <p>d) C oordenação Municipal do PSF</p> <p>e) P rofissionais de outras ESF</p> <p>f) O utros</p>
<p>26) Quais os serviços disponíveis para encaminhamento de pacientes atendidos pela ESF: (assinale todas as opções que se aplicarem)</p> <p>Considere serviços existentes no município ou fora dele</p> <p><b><u>Falta definições de média e alta complexidade</u></b></p>	<p>0 – Não 1 – Sim</p> <p>a) A mbulatoriais de Média Complexidade</p> <p>b) A mbulatoriais de Alta Complexidade</p> <p>c) S erviços Hospitalares</p> <p>d) Maternidade</p>
<p>27 A) Como a ESF faz o encaminhamento de pacientes que precisam de atendimento especializado? (Marque a situação mais frequente)</p> <p>Se assinalar a opção 4 (Outra forma), especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Orienta verbalmente o paciente onde procurar o atendimento</p> <p>1 – Encaminha o paciente com uma solicitação escrita para atendimento (formulário para encaminhamento)</p> <p>2 – Encaminha o paciente com relatório completo do caso</p> <p>3 – Agendamento através de Centrais de Atendimento (Centrais de Marcação)</p> <p>4 – Outra forma</p>

<p>27 B) Como a ESF faz o encaminhamento de pacientes que precisam de atendimento internamento?</p> <p>(Marque a situação mais frequente)</p> <p>Se assinalar a opção 4 (Outra forma), especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Orienta verbalmente o paciente onde procurar o atendimento</p> <p>1 – Encaminha o paciente com uma solicitação escrita para atendimento (formulário para encaminhamento)</p> <p>2 – Encaminha o paciente com relatório completo do caso (formulário para referência e contra-referência)</p> <p>3 – Agendamento através de Centrais de Internamento (Centrais de Leitos)</p> <p>4 – Outra forma</p>
<p>28) Dos pacientes que a ESF encaminha, que informações são recebidas como contra-referência do atendimento?</p> <p>(Marque a situação mais frequente)</p> <p>Se assinalar a opção 3 (Outra forma), especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não recebe nenhuma informação do serviço referido</p> <p>1 – Informações relatadas verbalmente pelo paciente</p> <p>2 – Recebe relatório escrito do atendimento e das providências tomadas</p> <p>3 – Outra forma</p>
<p>29) A ESF realiza reuniões para discutir e programar seu trabalho?</p>	<p>0 – A ESF não se reúne</p> <p>1 – A ESF se reúne, mas sem regularidade</p> <p>2 – A ESF se reúne mensalmente</p> <p>3 – A ESF se reúne quinzenalmente</p> <p>4 – A ESF se reúne semanalmente</p>

<p>30)O que orienta a programação das ações desenvolvidas pela ESF? (assinale todas as opções que se aplicarem)</p> <p>Se assinalar SIM na opção <b>Outros</b>, especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não 1 – Sim</p> <p>a) Dados do SIAB</p> <p>b) Orientações da Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>c) Decisão da ESF a partir da realidade local observada</p> <p>d) Dados de outros Sistemas de Informação</p> <p>e) Outros</p>
<p>31)Quem participa regularmente de reunião para programação das ações desenvolvidas pela ESF? (assinale todas as opções que se aplicarem)</p> <p>Se assinalar SIM na opção <b>Outros Profissionais da ESF</b>, especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não 1 – Sim</p> <p>a) Agentes Comunitários de Saúde (ACS)</p> <p>b) Enfermeiro</p> <p>c) Médico</p> <p>d) Auxiliar / Técnico de Enfermagem</p> <p>e) Outros Profissionais da ESF</p>
<p>32)O enfermeiro dessa ESF supervisiona o trabalho dos agentes comunitários de saúde - ACS integrantes da equipe?</p>	<p>0 – Não 1 – Sim</p> <p>2 – Não há ACS integrando esta ESF</p>
<p>33)Em caso positivo na questão anterior, assinale a situação mais frequente:</p>	<p>1 – Há programação prévia da supervisão do trabalho dos ACS nos domicílios e na comunidade</p> <p>2 – Os ACS são supervisionados apenas nos seguintes casos: treinamento em serviço, suspeita de irregularidades no trabalho, ocorrência de situações de alto risco à saúde da comunidade</p> <p>3 – O trabalho do ACS é acompanhado apenas através do registro dos dados do SIAB</p>

<p>32)Na opinião dessa ESF, qual o <u>principal benefício</u> do PSF para a comunidade atendida?</p> <p>(assinale apenas uma das alternativas)</p> <p>Se assinalar a opção 6 (Outros), especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>1 – Melhoria do acesso a atenção básica à saúde</p> <p>2 – Melhoria da relação da equipe de saúde com a clientela</p> <p>3 – Redução das internações hospitalares</p> <p>4 – Diagnóstico precoce de doenças</p> <p>5 – Possibilidade de assistência integral e contínua</p> <p>6 – Outros</p>
<p>33)Na opinião dessa ESF qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) encontrada(s) para o desenvolvimento do trabalho?</p> <p>(assinale todas as opções que se aplicarem)</p> <p>Se assinalar SIM na opção <b>Outros</b>, especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não 1 – Sim</p> <p>a) A traso de salário</p> <p>b) Interferência política</p> <p>c) Falta de transporte para deslocamento da equipe</p> <p>d) Capacitação insuficiente para o trabalho comunitário</p> <p>e) Desconhecimento da população sobre a proposta do PSF</p> <p>f) Outros</p>
<p>34)A ESF participa de atividades voltadas para a solução de problemas relacionados à educação, moradia, agricultura, geração de renda e outros?</p> <p>Se assinalar SIM, especifique:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>0 – Não 1 - Sim</p>

<p>35)A ESF avalia os serviços por ela prestados à população? (assinale todas as opções que se aplicarem)</p>	<p>0 – Não 1 – Sim</p> <p>a) A valia internamente</p> <p>b) A valia com a participação da comunidade</p> <p>c) A valia com a participação da Coordenação Municipal</p> <p>d) A valia com a participação de outras ESF do município</p>
<p>36)Nos últimos 3 meses quantas vezes a ESF recebeu visita de supervisão da Coordenação Municipal do PSF?</p>	<p>Número de visitas de supervisão</p>
<p>37)Nos últimos 3 meses quantas vezes a ESF (pelo menos um de seus membros) participou de reunião com a Coordenação Municipal do PSF?</p>	<p>Número de reuniões com a Coord. Municipal</p>