

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: POLÍTICAS E GESTÃO INSTITUCIONAL**

ALINE ROCHA ALVES DOS SANTOS

**PROGRAMA MÉDICO DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MANAUS:
PARADIGMA DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**FLORIANÓPOLIS
2002**

Aline Rocha Alves dos Santos

**PROGRAMA MÉDICO DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MANAUS:
PARADIGMA DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração, área de concentração em Políticas e Gestão Institucional.

Orientador: Nelson Colossi, Dr.

**Florianópolis
2002**

378.4 Santos, Aline Rocha Alves dos.
A25p Programa Médico da Família no Município de Manaus: um paradigma de gestão em saúde pública / Aline Rocha Alves dos Santos – Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. 79 p.

1. Programa médico da família 2. Saúde da família 3. Sistema Único de Saúde 4. Prefeitura Municipal de Manaus I. Título

Aline Rocha Alves dos Santos

**PROGRAMA MÉDICO DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MANAUS:
PARADIGMA DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Administração (Área de concentração: Políticas e Gestão Institucional) e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2 de abril de 2002.

Prof. Dr. Nelson Colossi
Coordenador

Apresentada à Comissão Examinadora integrada pelos Professores:

Prof. Dr. Nelson Colossi
Orientador

Prof. Dr. Francisco Nailson dos Santos Pinto
Membro

Prof. Dr. José Nilson Reinert
Membro

Dedico este trabalho

A meus filhos,
Adriano, Rodrigo e Thiago;

A meus pais,
Francisco Alves dos Santos (in memoriam) e Jacyra Alves dos Santos;

A José Carlos Sardinha,
Pela oportunidade de sua existência em minha vida;

À minha irmã Anita,
Pelo incentivo e apoio irrestrito;

Aos meus queridos amigos,
Eraldo Bandeira e Socorro Moraes;

A Enrique Galban,
Pelas informações referentes a Cuba;

A Jesuína,
Pela disponibilização bibliográfica;

À Secretaria Municipal de Saúde,
Por ter-me proporcionado a oportunidade de realização deste Mestrado.

Agradeço

Ao Prof. Dr. NELSON COLOSSI, meu orientador,
por ter-me incentivado nesta caminhada,
sem cujo apoio e paciência jamais teria chegado ao fim.

RESUMO

SANTOS, Aline Rocha Alves dos. **Programa Médico da Família no município de Manaus: paradigma de gestão em saúde pública**. 2002. 79 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

O objetivo desta pesquisa foi descrever e analisar o Programa Médico da Família, visando contribuir para a reorientação do Modelo Assistencial do Sistema Único de Saúde e subsidiar as Políticas Públicas na área de Saúde do Município de Manaus. O Programa Saúde da Família é uma estratégia de intervenção em saúde pública, normalizado pelo Ministério da Saúde do Brasil e implantado em todo território nacional. Na Cidade de Manaus, com o nome de “Programa Médico da Família”, foi instituído em março de 1999, pela Prefeitura de Manaus, através da Secretaria Municipal de Saúde, que buscava ampliar a cobertura das ações de saúde pública de modo a propiciar a melhoria da qualidade de vida da população de baixa renda. Implantado inicialmente nas zonas Norte e Leste da cidade, onde se localizam os maiores bolsões de pobreza, seqüencialmente estendeu-se para as demais zonas da cidade. As equipes do Programa são formadas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde, com um total de 167 equipes de trabalho que atuam em pontos estratégicos dos bairros, sendo que cada uma tem sob sua responsabilidade 1.050 famílias e contam com o apoio de cinco Centros de Referência e uma Casa de Saúde da Mulher para encaminhamentos de casos mais complexos. A fundamentação teórica desta pesquisa, baseou-se em revisão bibliográfica, recorrendo-se a livros, artigos e publicações específicas correlatas ao tema Programa Saúde da Família e pesquisa documental, principalmente no acervo da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Programa Médico da Família; Políticas Públicas na área de Saúde; Modelo Assistencial do Sistema Único de Saúde; Prefeitura Municipal de Manaus.

ABSTRACT

SANTOS, Aline Rocha Alves dos. **Programa Médico da Família no município de Manaus: paradigma de gestão em saúde pública.** 2002. 79 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

The objective of this research was to describe and to analyze the Family's Medical Program, trying to contribute for the reorientation of the Unique System of Health's Assistance Model and to subsidize the Public Politics in the health area of Manaus' City. The Health Family's Program is a strategy of intervention in public health, normalized by the Brazilian Health Department and implanted in all domestic territory. In Manaus city, the Family's Medical Program was instituted in March 1999, by City Hall of Manaus, through the Municipal Secretary of Health, to extend the covering of the actions of public health in order to provide the improvement of the quality of life of the low-income population. Initially implanted in North and East areas of the City, where are locate the biggest poverty area, sequentially it extended itself to the others areas of the city. The staff of the Program are formed by a doctor, a nurse, two nursing assistant and seven communitarian agents of health, in a total of 167 groups working in strategic points of the quarters, and each one is responsible for 1.050 families and has the support of five Centers of Reference and a Nursing home of the Woman for the more complex cases. The theory recital of this research, was based on bibliographical walk through, appealing books to it, articles and specify correlated publications to the subject Family's Health Program and, documentary research, mainly in the quantity of the Municipal Secretariat of Health and the Health Department.

Key Words: Family's Medical Program; Public Politics in the health area; Unique System of Health's Assistance Model; City Hall of Manaus.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
SUMÁRIO.....	7
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	8
1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Tema e Problema de Pesquisa	12
1.2 Objetivos.....	15
1.3 Justificativa	15
2 BASE CONCEITUAL	18
2.1 Saúde Pública: fatores históricos e diretrizes políticas	22
2.2 A Trajetória da Saúde: princípios e postulados político-organizacionais.....	29
2.3 A Priorização da Família nas Políticas de Saúde	32
2.4 Programa Saúde da Família de Cuba: um modelo para análise.....	37
2.4.1 Princípios orientadores e diretrizes operacionais do Programa Médico da Família de Cuba	39
2.4.2 Relação Médico-Família e aspectos psicológicos e sociais.....	45
3 METODOLOGIA.....	47
3.1 Delineamento da pesquisa.....	48
3.2 Perguntas de pesquisa.....	48
3.3 Delimitação do Estudo	49
3.4 Coleta dos dados	50
3.5 Definições dos Termos	51
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
4.1 Programa Médico da Família de Manaus: da organização à gestão	53
4.2 Análise dos resultados da pesquisa.....	64
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	74
REFERÊNCIAS.....	77

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Demonstrativo de implantação do Programa Médico de Família	58
Figura 2 - Diagrama de operacionalização do Programa Médico da Família	62
Figura 3 - Sistema de referência e contra referência do Programa Médico de Família	63
Figura 4 - Quadro de articulação de referências do Programa Médico da Família	64

1 INTRODUÇÃO

A realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma Ata, capital da República do Cazaquistão, em setembro de 1978, teve como objetivo principal analisar e propor alternativas que mudassem o quadro de saúde predominante, aonde mais da metade da população mundial não vinha usufruindo os benefícios de um adequado atendimento. Esta Conferência serviu de marco para definir em todos os países a qualidade na assistência, a compreensão dos graves problemas de saúde pública que afetam a população e o compromisso e a responsabilidade dos dirigentes.

Nesse sentido, a Declaração de Alma-Ata instituiu que os cuidados primários de saúde devem apontar para intervenções que prioritariamente estabeleçam educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para a sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e de nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (UNICEF, 1979).

Por sua vez, Andrade (1998) explicita que desde Alma-Ata, a proposta de se trabalhar na área de saúde, baseando-se, essencialmente, em ações de caráter preventivo e de promoção da saúde, tem sido a principal estratégia dos grandes organismos mundiais para se alcançar a meta prioritária da “Conferência Saúde para todos no ano 2000”.

No que diz respeito a essas concepções, Silva (1997), também assevera que após a Conferência em Alma-Ata, a Atenção Primária de Saúde fazia parte de todas as discussões que tinham como objetivo a Saúde para todos, incluindo-se acesso aos serviços, resolutividade dos problemas em todos os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Para sua viabilização seria necessário participação ativa da comunidade.

Ressalta-se também que

há vinte e quatro anos, quando foi lançada pela Organização Mundial da Saúde a meta global de Saúde para Todos no Ano 2000, tendo como estratégia central a Atenção Primária em Saúde (APS) em resposta ao diagnóstico de grave escassez de serviços que deixava excluída dos recursos da assistência parcela significativa da população, o Brasil era um dos países cujo quadro sanitário apresentava inúmeras distorções, necessitando, portanto, de uma intervenção de natureza estrutural para a sua correção (SAÚDE EM DEBATE, 2000, p. 8).

Na trajetória desse movimento internacional, o Brasil obriga-se assim a procurar programas voltados à atenção primária de saúde, desse modo, constitucionalmente estabelece, em 1988, a saúde como “direito de todos e dever do estado”, o que requer do Estado Brasileiro o direcionamento de políticas públicas de âmbito nacional que contemplem a reorientação de um modelo de atenção à saúde, que se organize e se dirija no sentido de intervir na realidade, com o propósito de promover mudanças que efetivamente revertam os indicadores de saúde.

Nessas circunstâncias e diante do desafio de efetivar a construção do novo paradigma sanitário através do modelo assistencial definido pelo Sistema Único de Saúde, e, assim, assegurar universalmente, integralmente, eqüitativamente e qualitativamente, não só os serviços de saúde, mas também operacionalizar ações de promoção da saúde, o Ministério da Saúde – MS criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (ANDRADE, 1998).

Cabe destacar que o

SUS, preconizado pela Constituição Federal e pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 encerra princípios e diretrizes que, se observados na sua organização e seu funcionamento, lhe conferirá a capacidade de orientar as políticas públicas no sentido de melhoria da qualidade e vida da população e de estabelecer um modelo de atenção à saúde capaz de desenvolver ações eficientes e eficazes diante dos problemas de saúde dos indivíduos e das coletividades (SAÚDE EM DEBATE, 1994, p. 20).

A condição essencial para que a situação acima seja contemplada, é o entendimento de que a família, em qualquer planejamento direcionado à saúde pública, é a célula central de intervenção de ações, e, esta deve ser compreendida no âmbito em que vive e, antes de tudo, é preciso entender que a construção da saúde constitui-se como um processo compartilhado de co-responsabilidade entre população e serviços de saúde, configurando, assim, o verdadeiro exercício de cidadania (ANDRADE, 1998).

Vista dessa forma, a saúde pode ser concebida como um processo que assume múltiplas formas, devendo ser apreendida como uma dimensão de outros processos sociais globais, portanto não podem ser desconsideradas as conexões histórico-sociais que, necessária e obrigatoriamente, ela estabelece com a configuração estrutural do conjunto da sociedade.

Como diz Campos, citado por Cecílio (1997, p. 36):

A Saúde Pública diferencia-se da clínica por mirar os problemas de saúde através de um olhar dirigido ao coletivo, embora ocasionalmente utilize-se de intervenções sobre indivíduos para atingir seus propósitos mais gerais. Acostumamo-nos também, a pensar no Estado como o principal ator a dirigir as atividades de Saúde Pública, embora seja possível imaginar-se as ações desencadeadas por segmentos ou organizações da sociedade civil.

Nesse direcionamento, a tendência objetiva das transformações necessárias para o setor de Saúde pressupõe o entendimento que o elemento estratégico para mudanças na organização de todo serviço de saúde passou a ser a reestruturação da rede básica, o que exige investimentos em recursos materiais, como aprimoramento profissional para a reformulação do processo de trabalho das unidades (PIMENTA, 2000).

Portanto, o pressuposto fundamental para a construção do novo modelo de saúde perpassa pelo compromisso com a melhoria da qualidade de vida da população e sua relação com o desenvolvimento básico de uma cidadania responsável que contribua para a estruturação do setor saúde no País e que também estabeleça um sistema de saúde que funcione com eficiência e eficácia de forma que seus resultados incidam em impacto na qualidade da assistência prestada à saúde da população.

Nessa perspectiva, é procedente afirmar que o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), visa transformar o primeiro nível de atenção, organizando e fazendo funcionar os serviços de saúde de média e alta complexidade. Este é o grande desafio: tornar realidade a atenção à saúde continua, de qualidade, eficaz, oportuna e humanizada. Para tanto o PSF deve superar o obstáculo do grande gargalo da assistência à saúde, constituído por consultas médicas especializadas (SAÚDE EM DEBATE, 2000).

1.1 Tema e Problema de Pesquisa

As mudanças que vêm ocorrendo no âmbito político, econômico social e ético, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, tem afetado mundialmente os sistemas de saúde desses países, de modo que esses têm envidado esforços para propor políticas públicas que obtenham resultados sempre melhores no que concerne à saúde de suas populações.

O liberalismo se consolidou como novo preceito ideológico a partir da década de 70 – 80. Agregado a este contexto observa-se o agravamento das desigualdades em todo o mundo, principalmente nos países mais atrasados como é o caso dos países latino-americanos, impondo, desta forma uma mudança radical na condução das políticas públicas.

Nesse sentido, uma nova política baseada em equidade e solidariedade e fortalecida por uma estratégia que tenha o necessário apoio técnico, político e econômico deverá ser universalmente adotada, como guia e como objetivo renovador de estratégias globais, regionais e nacionais de saúde para todos (OMS, 1996).

Este contexto tem direcionado para estruturação de modelos de saúde baseados em novos paradigmas, impondo um pensar sobre novos conceitos e práticas de saúde. A situação emergencial dos países em desenvolvimento que estão a cada ano deparando-se com o ressurgimento de enfermidades até então consideradas controladas, o aparecimento de novas epidemias, a deteriorização das condições de vida de grandes contingentes humanos, como também a progressiva destruição ambiental, são indicadores da ineficácia das estratégias utilizadas no enfraquecimento dos problemas de saúde.

O apelo lançado em Alma-Ata forneceu um conceito unificador que motivou o desenvolvimento internacional da saúde, contribuindo de modo significativo para o melhoramento das condições de saúde em todo mundo, que se expressam como: maior expectativa de vida, redução da mortalidade infantil e maior facilidade no acesso aos serviços primários de saúde (OMS, 1996).

Considerando a necessidade urgente de atendimento às demandas expostas, cujas características tem similaridade com o contexto acima, o Setor de Saúde

Pública do Brasil realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde onde uma efetiva proposta de mudança foi o ponto de destaque e o marco inicial para a construção de um novo modelo de assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS, cujos princípios básicos são a universalidade do atendimento, a equidade do acesso aos serviços e a integralidade das ações.

Andrade (1988), sobre a VIII Conferência Nacional de Saúde, afirma que esta proposta vinha sendo discutida por amplos setores da sociedade na perspectiva da construção de um projeto político alternativo que confrontasse o modelo de atenção vigente, fortemente excludente, centrado nas ações curativas e hospitalares. De acordo com a autora, dentre as linhas básicas e fundamentais da reforma sanitária brasileira, destacam-se: o conceito ampliado de saúde, portanto determinado pelas condições e qualidade de vida da população; o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do estado; e, a necessidade de uma modificação no sistema nacional de Saúde a partir da organização de um Sistema Único de Saúde orientado por princípios como a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único e a participação da comunidade.

Inegavelmente, a criação do Sistema Único de Saúde representou um grande avanço social e político: seu arcabouço jurídico-institucional definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e entidades da sociedade civil e estabeleceu nova relação entre esferas de governo e instituições do setor (SAÚDE EM DEBATE, 1995).

Este novo desenho de modelo público de oferta de serviços e ações se dirige para um atendimento do universo familiar, redefinido qualitativamente para a atenção primária de saúde, caracterizando-se como uma diretriz inexorável para realizar de fato uma real transformação do modelo assistencial de saúde.

O Ministério da Saúde do Brasil concebeu, em 1994, para a construção deste novo modelo, o Programa Saúde da Família - PSF, como uma estratégia para reverter o modelo tradicional de assistência, hospitalocêntrico e curativo, pautado na reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.

O Programa Saúde da Família proposto pelo Ministério da Saúde brasileiro tem como foco a família, percebida a partir do seu ambiente físico e social, e

possibilita às equipes profissionais que atuam neste programa uma compreensão ampliada do processo saúde e doença, com ações que efetivamente ultrapassam as práticas curativas habituais.

A criação deste programa significa uma renovação do pensar em saúde, uma vez que as práticas, consideradas até então como sendo de uma esfera técnica da saúde, passam a serem concebidas essencialmente como um processo onde se estabelece a atuação de equipes multidisciplinares, e objetiva contribuir 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.

No que concerne ao Programa Saúde da Família de Manaus, implantado em março de 1999, objetivava atender as Zonas Norte e Leste da Cidade de Manaus, onde se concentram os maiores índices da população abaixo da linha de pobreza, entendendo-se esta definição como pessoas cuja renda não é suficiente para cobrir os custos mínimos de manutenção da vida humana.

O Programa Médico da Família de Manaus, enquanto estratégia para a organização da atenção primária em saúde, e, portanto para melhorar a qualidade de vida da população carente, inspirou-se no modelo cubano, teve assessoramento do Programa Médico da Família de Niterói, e tem se desenvolvido com um novo formato, que atende às peculiaridades da Cidade de Manaus.

O PSF Manaus organiza-se com 167 equipes de saúde compostas de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Integram-no ainda quatro Centros de Referência por Zonas da Cidade de Manaus, onde são realizados atendimentos especializados, atividades de monitoramento e educação continuada, por uma equipe multidisciplinar.

Nesse contexto, o problema de pesquisa desta dissertação pode ser assim definido:

- **Como se caracteriza o Programa Médico da Família desenvolvido na cidade de Manaus e qual a sua contribuição para a consolidação do Modelo Assistencial do Sistema Único de Saúde do governo federal? Até que ponto pode-se definir que se trata de um novo paradigma para a Gestão de Saúde Pública?**

1.2 Objetivos

Em termos gerais o objetivo desta pesquisa é descrever o Programa Médico da Família de Manaus e analisar sua contribuição para a consolidação do Modelo Assistencial do Sistema Único de Saúde, visando oferecer e subsidiar as Políticas Públicas na área de Saúde do Município de Manaus.

Em termos específicos, a pesquisa objetiva:

- Conhecer a origem, missão e objetivos do Programa Médico da Família desenvolvido em Manaus;
- Descrever e analisar a estrutura e o funcionamento do Programa destacando os principais aspectos de sua gestão, bem como seu relacionamento com as Políticas de Saúde Pública;
- Identificar aspectos positivos e negativos presentes no processo de gestão do Programa;
- Comparar o modelo do Programa de Manaus com a experiência similar desenvolvida em Cuba;
- Propor contribuições e sugestões para melhoria das ações do Programa Médico da Família de Manaus.

1.3 Justificativa

A multiplicidade de fatores determinantes do processo de construção de um modelo de saúde que possibilite uma atenção integral à população determina que a promoção à saúde seja hoje parte integrante da agenda política dos países da América Latina.

O Ministério da Saúde do Brasil tem ampliado as possibilidades de ação sob o enfoque da promoção da saúde, priorizando o fortalecimento da atenção básica, mediante o reforço e a ampliação das ações desenvolvidas no âmbito do Programa Saúde da Família.

Neste contexto, considerado a abrangência da estratégia de atenção básica e a diversidade de situações que os profissionais de saúde precisam enfrentar para levar suas ações e serviços até a população, uma política efetiva de promoção da saúde precisa ser dinâmica e flexível, abrangente, permeável, plural, pactuada e sustentável.

As idéias básicas e os elementos conceituais de saúde, embora amplos e abrangentes, caracterizam-se por um consenso internacional, fundamentado teoricamente na atenção primária de saúde. Considerando que o modelo saúde da família caracteriza-se como uma estratégia prioritária para a reorientação do modelo de atenção básica de saúde, tendo uma concepção social ampla de saúde como parte substancial do desenvolvimento da vida humana, é que se pretende discorrer sobre o assunto, de forma a incitar o pensar sobre o “fazer saúde”.

A priorização no nível de família tem contribuído para a mudança do modelo tradicional de atenção médica, no entanto, nesse papel, a família, por ser um núcleo dinâmico por excelência, está agregada a alguns referenciais básicos que vão desde sua dimensão histórica a sua inserção no contexto social.

Dentro desse contexto, justifica-se a escolha deste tema para desenvolvimento de um trabalho de conclusão do curso de mestrado pela convicção de que o mesmo é relevante e instigante, porque sugere elementos sobre as concepções ideológicas e práticas de saúde, contribuindo de forma científica com informações que poderão subsidiar o direcionamento político-administrativo na gestão pública de modo que se revertam em benefício para todo o conjunto da sociedade.

Qualquer decisão a ser tomada no contexto das políticas públicas de saúde necessita ser coerente com o modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS, pois somente assim haverá adequada alocação de recursos materiais e humanos no que diz respeito a eficácia do programa e ao necessário envolvimento da sociedade no que diz respeito a sua efetividade.

Ao se estudar até que ponto o Programa Médico da Família de Manaus insere-se no paradigma de gestão do SUS, contribui-se para a identificação das possíveis contradições e dificuldades de efetivação desse novo modelo assistencial, bem como para o aprendizado de seu controle, uma vez que o processo decisório a ser desencadeado politicamente para efetivar ou reverter o antigo modelo assistencial deverá constituir-se como um referencial de gestão, dentro de uma situação conjuntural e estrutural diagnosticada.

Ao se proceder a análise e compreensão do processo de gestão do Programa Médico da Família de Manaus, considera-se também relevante a importância teórica

deste tema, uma vez que poderá contribuir para o estudo do processo de gestão do Programa Médico da Família - PMF, fornecendo subsídios conceituais e postulados teóricos a profissionais da área da saúde e outros interessados no tema, como um delineamento de diretrizes para estudos futuros.

O estudo poderá ser utilizado enquanto referencial de intervenção, por outras Secretarias Municipais do Estado do Amazonas, bem como de outras cidades do país. No aspecto prático o estudo poderá contribuir no processo administrativo, no que concerne à reorientação das práticas administrativas.

Para tal, tem o propósito de apresentar a sistematização do processo de implantação do Programa Médico da Família em Manaus, analisando as principais dificuldades, limitações e obstáculos que se caracterizaram como fatores impeditivos ou facilitadores no processo de gestão do programa, bem como, propõe-se a discorrer sobre a contextualização do processo histórico da saúde pública - no Brasil e em outros países - principalmente dando ênfase à administração dos serviços de saúde, para em seguida abordar os precedentes e condicionantes do processo de construção do Sistema Único de Saúde e do modelo Médico da Família.

Seqüencialmente será descrito o Programa Médico da Família de Manaus, relatando o processo de implantação com análise sobre a consistência das propostas iniciais e sua coerência com os objetivos propostos de maneira que este trabalho venha a contribuir com os dirigentes municipais da área de saúde e igualmente possa contribuir para o avanço e consolidação do Sistema Único de Saúde.

2 BASE CONCEITUAL

A base conceitual desse trabalho versará sobre as informações relativas à saúde pública, principalmente nas fontes referentes à literatura que trata sobre o Programa Médico da Família. Este é um capítulo fundamental, uma vez que apresenta o quadro conceitual e a sustentação teórica que deverão fundamentar a análise dos dados coletados.

Este capítulo aponta os pressupostos teórico-metodológicos norteadores de um eficiente instrumento para definição de estratégias gerenciais no âmbito de Programas Saúde da Família, uma vez que esta dissertação foi construída a partir de um referencial teórico abrangente e da identificação de pontos positivos e negativos a partir de um processo interativo com os atores participantes do Programa.

A abordagem sobre Saúde da Família aponta invariavelmente sobre as múltiplas experiências internacionais, sobre as quais segue explicitado o que discorre Andrade (1988), sobre o assunto.

No que se refere ao Canadá, a autora informa que

a primeira faculdade de medicina familiar foi fundada em 1956 e este País tem hoje um programa modelo, tendo inspirado em muitos aspectos, a proposta desenvolvida no Brasil. Atualmente oito em cada dez médicos dedicados à assistência primária no Canadá são médicos da família. Eles costumam ser o ponto inicial de contato dos pacientes com o sistema de saúde e existe uma relação de cerca de um médico para 423 pessoas. Controlam os encaminhamentos e as internações em hospitais, além de decidirem sobre as necessidades de exames de diagnóstico, tratamentos ou terapias medicamentosas (ANDRADE, 1988, p. 33).

Quando, esta mesma autora versa sobre saúde da família na Inglaterra, afirma que

os médicos da família, também conhecidos como GPs (*General Practitioners*), atendem todas as idades e assistem os mais diversos problemas. Naquele País, o sistema funciona através do processo de captação, no qual o médico ganha pelo número de pacientes atendidos. O paciente tem o direito de escolher o médico que quiser. Uma das características desse modelo é que pode haver diferentes médicos atendendo diferentes membros da família. Como no Canadá, os médicos da

família ingleses são os primeiros a atender os pacientes e a encaminhá-los para serviços especializados (ANDRADE, 1988, p. 39).

Ainda, citando Andrade (1988), identifica-se que a autora tece considerações sobre a Saúde da Família nos Estados Unidos, enfatizando que apesar do movimento de medicina familiar nos Estados Unidos, a partir da década de 60, ter sido muito intenso e embora este País tenha um dos sistemas de saúde mais caros do mundo, existem atualmente cerca de 37 milhões de americanos não cobertos pelo sistema de saúde, o que se caracteriza como um dos exemplos da crise do setor em âmbito mundial. No que concerne à formação dos profissionais, na década de 70, o número de médicos generalistas americanos era praticamente igual ao daqueles com especialização. Atualmente, estes últimos são quase o dobro dos primeiros. Contudo, tem havido algumas iniciativas das autoridades americanas para reverter este quadro, buscando-se uma relação de 60% de generalistas para 40% de especialistas. Como em vários outros países, os especialistas americanos são melhores remunerados que os generalistas. Algumas estratégias vêm sendo implementadas no sistema de saúde americano, tais como a utilização de trabalhadores comunitários de saúde e uma maior participação dos usuários no planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços prestados.

A Dinamarca também é abordada pela mesma autora no que se refere à saúde da família, verificando-se que desde 1973, para um paciente ter acesso a um especialista pago pelo setor público, deve ser encaminhado pelo médico da família, a exemplo do que ocorre no Canadá e na Inglaterra. Atualmente, na Dinamarca, aproximadamente 98% da população é atendida regularmente por um médico da família através de um contrato desses profissionais com o setor público.

No que concerne à experiência de Portugal, Andrade (1998, p. 57), diz que

em 1974, havia em Portugal, de forma acentuada, uma má distribuição de médicos, com a maioria praticando especialidades em hospitais de áreas urbanas. Desde 1975, vem sendo desenvolvido neste País um sistema de saúde que tem como objetivo a cobertura universal de cuidados médicos gratuitos para toda a população. Em 1995, existiam 6.000 médicos de família em Portugal, cada um acompanhando, em média 1.500 pessoas.

Para Bach (1999), uma das características importantes do sistema francês é que os pacientes podem eleger livremente o seu médico e consultar a um médico generalista ou a um especialista. O objetivo do pagamento direto pelo paciente ao médico é assegurar que o médico se responsabilize somente ante o paciente. Se

requerer atenção hospitalar, o paciente também tem liberdade de escolher entre hospitais públicos e privados. A profissão médica se divide em atenção primária e secundária.

Outra característica do sistema francês, segundo o mesmo autor, é que o financiamento é baseado em fundos de seguro de enfermidade regulamentados, pagos pelas contribuições obrigatórias de empregadores e empregados. Os fundos de saúde se organizam sobre uma base ocupacional, e o mais importante do sistema é o fundo nacional de seguro de enfermidade (CNAM). Os sindicatos e os empregadores tem uma função importante na utilização do CNAM mediante sua participação na junta diretiva. As contribuições variam segundo o plano, aproximadamente em 13% para os empregadores e 7% para os empregados. Ainda que estes fundos sejam independentes, o governo tem muita influência em suas atividades: estabelece um percentual dos impostos que constituem seu financiamento e aprovam os acordos sobre honorários que se negociam entre os médicos e os fundos de seguro de enfermidade.

Em referência à Saúde da Família na América Latina, Andrade (1998), busca através de uma abordagem contextual, explicitar historicamente esta experiência. Nesse sentido, faz algumas considerações, onde afirma que “a medicina familiar teve um grande impulso nos anos 70. O primeiro programa do gênero começou no México, em 1971. Posteriormente, foi instituído na Bolívia, em 1974, e no Panamá em 1976” (ANDRADE, 1988, p. 63).

No entanto a experiência internacional mais significativa de medicina familiar é a experiência Cubana, razão pela qual esta dissertação lhe dedica um item específico e, também por ter sido modelo para o Programa Médico da Família de Manaus.

O modelo do Programa Médico da Família Cubano foi criado, assim como o do Brasil, como uma estratégia para a melhoria da qualidade de saúde da população, buscando garantir atenção integral e continuada aos indivíduos e a sua família, com ênfase na participação popular.

Sobre o modelo cubano, Andrade (1998) diz que

neste programa, surgiram as enfermeiras da família. Para cada equipe de médico e enfermeira, são adstritas cerca de 700 pessoas residentes num território geográfico delimitado. Cada morador é cadastrado pela equipe,

que passa a classificar a população em três grupos: pessoas saudáveis, doentes ou sujeitas ao risco de adoecer e pessoas em reabilitação. No período da manhã, segundo rotina estabelecida, os profissionais atendem no consultório os pacientes agendados e algumas consultas espontâneas, além de realizarem trabalhos de grupo e planejamento familiar. Durante a tarde, são feitas visitas domiciliares. O sistema é inter-relacionado, visando garantir a referência e contra-referência. Quando necessário, o médico da família pode encaminhar o paciente para a rede hospitalar do território correspondente ou no caso de necessidade de consulta com especialistas básicos (pediatra, gineco-obstetra), referi-lo para uma unidade de porte intermediário denominadas 'Policlínico de Saúde'. O 'Policlínico' dispõe de estrutura para a realização de exames complementares. Uma das características do programa cubano é integrar a prática dos serviços à docência, além de existir um programa de educação continuada para os profissionais de saúde. O Ministério de Saúde é o órgão de gerência e formação de recursos humanos do setor (ANDRADE, 1988, p. 75).

No que concerne à atenção integral à saúde da família no Brasil, um ponto de extrema importância que deve ser assinalado são as formulações conceituais inerentes ao entendimento de que saúde da família

representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Um dos seus principais objetivos é gerar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas, práticas essas cujo desenvolvimento exige profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual está inserida (MS, 2000, p. 4).

De acordo com essas diretrizes do Ministério da Saúde, a estruturação e implantação desse modelo direcionam-se prioritariamente para uma reflexão sobre o modelo gerencial de modo que este seja capaz de otimizar os resultados. Coloca-se então como ponto de partida o entendimento do processo de gestão como o elemento indispensável para o bom desempenho do programa médico da família.

Assim sendo, algumas proposições para o desenvolvimento de um modelo gerencial são fundamentais na análise a ser desenvolvida nesta dissertação. Desse modo, quando tratamos de gestão e gerência, nos referimos “a um conjunto de técnicas e métodos de planejamento, direção e controle, visando um envolvimento e mobilização dos atores na conscientização dos objetivos da organização” (CASTELAR, 1993, P. 17).

As especificidades do processo de produção dos serviços de saúde e a eficácia dos serviços oferecidos à população são o resultado da integração dos meios, através do planejamento, coordenação e controle, visando cumprir as metas previamente definidas, pois em todas as sociedades modernas e desenvolvidas e em desenvolvimento, como é o caso do Brasil “todas as atividades voltadas para a

produção de bens (produtos) ou para a prestação de serviços (atividades especializadas) são planejadas, coordenadas, dirigidas e controladas” (CHIAVENATO, 1998, p 25).

Trata-se, portanto, neste capítulo, do referencial teórico que dará sustentabilidade na análise das entrevistas realizadas, buscando-se um embasamento à luz dos paradigmas administrativos, realçando o processo de gestão do programa médico da família, bem como os componentes técnicos e estruturais do processo de gestão, enquanto instrumentos norteadores e regulatórios do processo de trabalho, no sentido de dar maior eficácia e eficiência no exercício das funções gerenciais e especialmente nas ações desenvolvidas.

2.1 Saúde Pública: fatores históricos e diretrizes políticas

Para que possamos entender os fatores históricos e as diretrizes políticas que norteiam o setor de saúde pública, primeiramente se faz necessário entender que a gestão pública é de fundamental importância para a compreensão das políticas contemporâneas de bem-estar social, incluindo-se desse modo o setor da saúde.

Desse modo, é importante o estabelecimento conceitual de público, que é: “relativo, pertencente ou destinado ao povo, à coletividade: opinião pública, movimento público, bem-estar público” (AURÉLIO, 1994).

No que se refere ao conceito de gestão, Chiavenato (1998) estabelece conceitualmente como a função de se conseguir fazer as coisas através das pessoas com os melhores resultados, assim sendo, este autor ainda afirma que a gestão tem primordialmente a tarefa de interpretar os objetivos propostos pela organização e transformá-los em ação através do planejamento, organização, direção e controle.

No que se refere à administração, de acordo com Teixeira et al. (1995, p. 18), “a administração pública tem como característica específica uma relação de responsabilidade direta com o processo histórico global que se dá no desenvolvimento da sociedade; daí a necessidade de continuamente redefinir a sua missão em face dos novos imperativos, sob pena de comprometer sua capacidade sinérgica”.

Embora a administração pública venha sendo estudada há várias décadas, é a partir da segunda metade dos anos 70, com a crise do *welfare state*, que se evidencia uma maior discussão sobre a crise do Estado, ampliando e evidenciando os questionamentos sobre a complexidade das intervenções no contexto social, econômico e político.

As medidas necessárias para acompanhar esse acelerado processo de mudança no contexto descrito acima requerem o fortalecimento dos mecanismos societários, sobre os quais os modelos de gestão demonstram evidente fragilidade.

Nesse sentido, Teixeira et al. (1995, p 25), são enfáticos quando dizem que

introduzir mudanças na administração pública, propor novas diretrizes e mecanismos de gestão, representa sempre ir de encontro a interesses estabelecidos, ultrapassados pelas novas exigências da sociedade e adequar-se a novos anseios e procedimentos, interferindo na cultura organizacional do aparelho administrativo do Estado.

Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras em volume suficiente, a assistência médica e o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase sobre cada um desses problemas variou no tempo e de sua inter-relação se originou a Saúde Pública como a conhecemos hoje (ROSEN, 1994).

A administração da saúde pública tem seus primeiros registros na literatura referente ao mundo greco-romano. Neste período os serviços públicos oferecidos aos habitantes variavam segundo o tratamento e a riqueza das cidades. Na Antigüidade, não há muitas referências aos serviços municipais que hoje associamos à Saúde Pública. Mas havia funcionários específicos – *astynomi*, responsáveis pela drenagem e pelo suprimento de água. Os atenienses, por exemplo, tinham dez *astynomi*, cinco para Atenas e cinco para o Pireu. No período helenístico a administração se tornou mais complexa e, mais uniforme com a prática romana (ROSEN, 1994).

Este pensamento também é corroborado por Dominguez (1998) que afirma que os primeiros passos práticos em Saúde Pública foram dados na Roma Antiga com obras de engenharia sanitária, como aquedutos que permanecem até os

tempos atuais, além das medidas sanitárias do ambiente, controle de alimentos e doenças profissionais.

Para este autor, a medicina e a profissão médica aparecem depois da época da história escrita, 3.000 anos AC, porém, a Medicina Científica que cuidava do doente, diagnosticava e curava seus males, começou na Grécia no século IV (AC) com Hipócrates, considerado o pai da medicina, segundo a maioria dos autores.

Com relação ao surgimento da Saúde Pública, este autor, também assevera que esta foi chamada originalmente de Higiene Pública, uma vez que

suas raízes estão na religião, uma vez que a limpeza tomada em sentido espiritual como se expressa claramente Levítico (1.500 anos AC), que contém muitas normas regulando a vida diária dos judeus e que influenciou sobremaneira no nascimento de um novo pensamento higiênico (DOMINGUEZ, 1998, p 37).

Ainda citando o referencial histórico narrado por Rosen (1994), constata-se que na idade média, embora não dispusesse de um sistema de Saúde Pública, no sentido de hoje, a comunidade medieval tinha uma máquina administrativa para a prevenção de enfermidades, uma supervisão sanitária para a proteção da saúde comunitária. A natureza desse sistema está muito ligada à natureza do município medieval.

Na comunidade medieval, a natureza da sociedade determinou, além de outras características da Saúde Pública, a assistência médica. A sociedade era estática, as classes sociais demarcadas. Assim, os grupos se organizavam e se moviam em círculos que tinham a rigidez da pedra (ROSEN, 1994).

O conceito de Saúde Pública vem evoluindo desde a época de Hipócrates, que começou a falar da influência do ambiente físico e social na saúde da população e iniciou a utilização do termo epidemiologia (DOMINGUEZ, 1998).

Portanto, podemos dizer que, conceitualmente, Saúde Pública

é a aplicação das ciências sociais, de comportamento e biológicas para o estudo epidemiológico da situação de saúde, das pessoas, das pesquisas dos serviços de atenção à saúde, assim como das respostas da sociedade para solucionar os problemas e necessidades de saúde identificados. Sua essência é a saúde do povo (DOMINGUEZ, 1998, p. 45).

Para entender-se a História da Saúde Pública enquanto referencial científico que se tem hoje, se faz necessário registrar que o Renascimento é significativo, não

por ter seu brilhantismo e por sua cor, mas por representar a aurora de um novo período da História, o período moderno, no qual a Saúde Pública como conhecemos hoje se desenvolveu. Desse ponto de vista, o Renascimento seria uma fase no processo de desaparecimento da civilização medieval, de sua transformação em mundo moderno. E esse período de ascensão da civilização moderna testemunhou também os primórdios da ciência como um de seus elementos essenciais, um elemento de profunda influência sobre a saúde pública (ROSEN, 1994).

A Guerra de Sucessão Espanhola, a Revolução Francesa e o surgimento dos Estados Unidos da América são episódios marcantes do começo do século XVIII, época marcada por fortes mudanças políticas e idealismo revolucionário que se estendiam por toda as áreas do saber, direcionado agora para sólidos conhecimentos científicos. Os europeus estão voltados somente para a aceitação dos fenômenos que pudessem ser observáveis e passíveis de reprodução por meio de experiência e o conhecimento fundamentado em pesquisas científicas; era a era do Iluminismo.

O Iluminismo do progresso científico refletiu-se na medicina, aumentando a consciência do sofrimento dos pobres e enfermos o que levou à construção de hospitais municipais e enfermarias. Segundo Margotta (1999), vários dos grandes hospitais-escola de Londres datam desse período, entre eles, o *Westminster* (1719), *Guy* (1725), *St. George* (1733), o Hospital de Londres (1740) e o de *Middlesex* (1745).

Por outro lado, Rosen (1994) tece importantes considerações sobre este período do Iluminismo, mais precisamente quando cita a obra de Johann Peter Frank, conhecido como pioneiro da saúde pública e da medicina social. Para o autor em referência, Frank havia concebido um plano de escrever sobre as medidas do governo para a proteção da saúde pública, já possuía, em suma, um plano sobre política médica.

A Era Moderna, inicia-se no século XIX, caracterizando-se por um período de mudanças aceleradas, no qual o espírito científico e de investigação permeava todas as áreas do conhecimento. Datam desta época os grandes fundamentos científicos postulados por Charles Darwin, que expôs a lei da seleção natural, cujos postulados foram de vital importância sobre o conhecimento da evolução humana.

O desenvolvimento industrial que caracteriza o início do século XIX trouxe transformações de ordem econômicas e estruturais, que mudam o direcionamento da sociedade como um todo.

A Revolução industrial criou uma nova sociedade. Populações rurais mudavam-se para as cidades, que cresceram tão rapidamente, chegando a abalar a saúde pública. [...] Moradias pobres eram erguidas, habitações pequenas viviam abarrotadas. [...] Lavoisier descobrira que o ar em ambiente fechado deteriorava-se na medida em que esgotava o oxigênio, e insistiu na necessidade de uma legislação para condições de moradia. [...] Porém, aquela era uma época de liberdade – “*laissez faire laissez passer*” – e não se podia fazer imposições, mesmo quanto a água e comida (MARGOTTA, 1998, p.125-126).

Paralelamente, havia pouco interesse em tomar medidas sanitárias, pois não se consideravam rendosas as despesas para se usufruir desses benefícios. A raridade de esgotadouros da remoção do lixo e o descaso quanto aos pátios e ruelas em torno dos quais se construía as casas deu origem à prática de os usar como depósitos. Assim, raramente um pátio não estava ocupado por uma fossa comunal, ou por um monturo. As casas nos bairros mais pobres não possuíam privada com descarga d'água, muitas não tinham sequer privadas. Esse estado de coisas não se restringia aos lares das classes trabalhadoras, mas se agravava ali. Na “Pequena Irlanda”, em Manchester, havia uma privada para 250 pessoas e em um bairro da vizinha Aston, duas privadas para cinquenta famílias. Ao invés de privadas, com ou sem descarga, existia um “urinol”, uma espécie de tina esvaziada a cada manhã. Mesmo assim, a situação continuou temível. Em um distrito de Manchester, trinta e três “urinóis”, serviam a sete mil pessoas. Na maioria dos casos, não havia como chegar ao quintal senão passando por dentro de casa, e assim todas as imundícies eram carregadas através de quartos, corredores, entradas e outros pisos, e os poluíam (ROSEN, 1994).

Em referência a este período da revolução industrial, Rosen (1994) ainda descreve que Manchester possuía 1.500 porões em que, em uma cama, três pessoas dormiam; 738 em que dormiam quatro, e 281 em que dormiam cinco. Em Bristol havia 2.800 famílias, das quais quarenta e seis por cento dispunham apenas de um aposento. Em Liverpool 40.000 pessoas viviam em porões e 60.000 em abafados pátios, em uma população em que, de 223.054 pessoas, segundo o censo de 1841, 160.000 pertenciam às classes trabalhadoras. Em suma, mais de setenta por cento viviam apinhados em meio à sujeira, conviviam em condições insalubres.

Londres estava em uma situação um pouco melhor do que as demais novas comunidades manufatureiras, mas também tinha grandes cortiços, onde as pessoas viviam de modo degradante. Não se deve pensar, porém que essa situação se limitava à Grã-Bretanha. A partir dos anos de 1830, encontravam-se, na França, na Bélgica, na Prússia e nos Estados Unidos – em verdade onde quer que o novo sistema industrial tenha florescido – condições igualmente lúgubres e brutais. Em todos esses países uma resposta similar emergiu, a exigência de uma reforma sanitária.

Já Margotta (1998) descreve que neste período um dos maiores problemas das cidades grandes era como se livrar dos excrementos. Até o século XVIII, as fezes e a urina eram jogadas nas ruas, e, em Londres, os excrementos eram coletados e empilhados, mais tarde atirados nas fossas. A sujeira penetrava na terra, poluindo poços, ou ia parar nos rios. O Tâmesa tornou-se um verdadeiro esgoto a céu aberto. Mesmo nas residências da classe alta, não havia banheiros aseados até 1830.

A nova era de melhores condições higiênicas começou, realmente, com os trabalhos de Sir Edwin Chadwick, cujos esforços resultaram na Lei de Saúde Pública de 1848, que declarava que o Estado era responsável pela saúde do povo. Decidido a melhorar a vida da classe trabalhadora nas grandes cidades, ele preparou um relatório sobre suas condições sanitárias, explicando por que o índice de mortalidade era mais alto entre os pobres. Tais revelações foram recebidas no Parlamento com indignação, horror e até descrença (ROSEN, 1994).

Nesse sentido, pode-se observar que o contexto da Saúde Pública centrava-se praticamente mais nos esforços do Estado dirigidos para a melhoria do meio ambiente do que propriamente para implementação de ações de atendimento aos indivíduos. No final desse século fica claro que ações preventivas eram insuficientes para reduzir os focos de doença e, também nessa época, acreditava-se que a pobreza e as condições ligadas a ela eram predisposições ligadas à doença. Era, portanto, um marco histórico significativo da atuação estatal na assistência gratuita à população.

Ao término do século XIX registra-se nas Políticas de Saúde Pública uma preocupação com o controle das doenças contagiosas por meio do saneamento ambiental, pois com o avanço científico, no que se refere aos estudos

bacteriológicos, a administração pública de saúde estava respaldada em uma compreensão científica da transmissão de doenças, o que conduzia as autoridades a tomar decisões centradas em linhas mais racionais, superando desta forma os métodos empíricos, coercitivos, de tempos anteriores, desenvolvendo ações com mais precisão, de forma a obter melhores resultados.

Assim, na primeira década do século XX, já havia na Saúde Pública conhecimentos e instrumentos técnicos e gerenciais que permitiam avanços na ação em saúde comunitária, o que tornava possível o planejamento de ações para a melhoria das condições de vida e dos serviços de saúde.

Durante as segunda e terceira décadas deste século, começa-se a desenvolver a concepção de um governo nacional responsável pela saúde do povo. O dever de promover e proteger a saúde compete, em essência, ao governo da comunidade nacional, às localidades e aos grupos e indivíduos (ROSEN, 1994). Data também dessa época o desenvolvimento dos conceitos de distrito sanitário e de centro de saúde, sendo que essas concepções se puseram em prática de várias maneiras, em países diferentes. Com a criação da Organização Mundial de Saúde, passo decisivos foram adotados para a uniformidade de propostas globais no âmbito da Saúde Pública.

Historicamente, como seria inevitável diante do tipo de conhecimentos disponíveis, a primeira instituição que se criou destinava-se ao tratamento de doentes, desenvolvendo atividades de natureza curativa; era o hospital público ou privado. Ao longo do tempo, na medida em que os conhecimentos de natureza preventiva foram se desenvolvendo, verificou-se que as medidas práticas com eles relacionadas aplicavam-se mais à abordagem dos problemas de saúde das comunidades. Geravam-se dessa maneira os conceitos básicos de saúde pública, criando-se, em consequência, um segundo tipo de instituição destinada ao desenvolvimento de práticas de natureza preventiva: as unidades de saúde, essencialmente ligadas ao poder público (GONÇALVES, 1992).

Agora podemos olhar para trás e ver com mais clareza o nosso caminho na confrontação dos problemas de saúde da comunidade. A maneira de enfrentar esses problemas esteve sempre ligada ao modo de vida da comunidade e a seu conhecimento científico e técnico. Hoje a comunidade está em condições de controlar seu ambiente e assim preservar a saúde e evitar a doença. Cada vez mais

o homem pode planejar e organizar suas campanhas pela melhoria da saúde, pois conhecimento e recursos lhe permitem agir, em muitas instâncias, com um entendimento claro de sua ação, assevera também Rosen (1994).

Ao iniciarmos este século XXI, presencia-se um momento histórico na sociedade caracterizado pela predominância dos valores de solidariedade, dos direitos de cidadania, da justiça social e do desenvolvimento sócio-econômico. A predominância desses valores tem incidência direta na elaboração e propostas de políticas públicas de saúde. Portanto, promover saúde é promover qualidade de vida, nesse sentido,

promoção da saúde é hoje amplamente utilizado para denominar um conjunto de ações estratégicas, de natureza diversa, porém sempre voltada ao enfrentamento de problemas sociais e a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos e das comunidades (MS, 2000, p. 24).

Nesse contexto, inúmeras experiências vêm se mostrando bem sucedidas, a exemplo do Programa Saúde da Família, que se apresenta dentro do contexto da gestão pública, como um rompimento dos paradigmas estabelecidos, o que, conseqüentemente, vem validar os pressupostos teóricos acima referidos, uma vez que se consolida numa estratégia de saúde pública voltada para a qualidade de vida e de saúde de todas as famílias e segmentos da sociedade.

2.2 A Trajetória da Saúde: princípios e postulados político-organizacionais

A concepção de saúde como prioridade de promoção e prevenção, começa basicamente em 1978, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) promove em Alma Ata (URSS) uma conferência internacional, cujos resultados consolidaram a atenção primária de saúde, como estratégia fundamental para se alcance à “Saúde Para Todos no ano 2000”.

Esses resultados foram disponibilizados em um documento com elaboração de estratégias regionais para a consecução dessa meta, onde a OMS afirma que “a melhoria dos níveis de bem-estar é condição necessária, embora não suficiente, para atingi-la. Dentro desta melhoria estão incluídos a disponibilidade e o acesso de toda a população aos serviços, educação, habitação, recreação, cuidados com o ambiente, níveis de renda familiar, disponibilidade de alimentos e de empregos

adequados, estrutura de produção e de consumo orientada para a satisfação das necessidades básicas e esquemas viáveis de organização e participação de comunidade. É ainda lembrado que o conceito e a definição operacional de “necessidades básicas” variam segundo os padrões culturais, as aspirações das comunidades e o grau de desenvolvimento de cada país. Finalmente, se menciona, entre as tarefas do setor

saúde, a extensão de cobertura e infra-estrutura de saneamento básico, além da colaboração efetiva com os outros setores envolvidos no desenvolvimento sócio-econômico, na luta pela obtenção dos níveis de bem-estar” (GONÇALVES, 1995)

No ano de 1973, registra-se mais um marco conceitual nas diretrizes de saúde, quando Marc Lalonde (1973) Ministro da Saúde e Bem Estar Social do Canadá, postula as “Novas Perspectivas de Saúde Canadense”, que define os critérios sobre a importância da promoção e prevenção à saúde, definindo um novo conceito de saúde pública, mais amplo e abrangente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1996, p. 27)

uma nova política baseada em equidade e solidariedade e fortalecida por uma estratégia que tenha o necessário apoio técnico, político e econômico deverá ser universalmente adotada, como guia e como objetivo renovador de estratégias globais, regionais e nacionais de saúde para todos, bem como para o desenvolvimento dos modos e mecanismos que possibilitem a todos os membros as execuções de suas tarefas e contribuições.

No entanto o registro histórico das mudanças políticas ocorridas na década final do século XX, quando ocorreram mudanças políticas no que concerne ao final da Guerra Fria, tiveram interferência direta sobre a vida cotidiana da população, onde as reivindicações por democracia, justiça social e direitos humanos, bem como a definição do papel do Estado e maior participação da comunidade, tornou-se pauta comum das agendas políticas dos países, contribuindo também para isto a globalização e a transição da economia para novos mercados.

A constatação do aumento da renda *per capita* nos últimos vinte anos, com uma qualidade de vida cada vez mais deficiente agregada ao aumento da população mundial, tem acentuado a linha demarcatória entre ricos e pobres. Entretanto, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (1996, p 29)

a expectativa de vida ao nascer passou de cerca de 40 anos nos países em desenvolvimento em 1950 para mais de 62 anos em 1990. Mas, apesar disso ainda há 53 países, que reúnem 13% da população global, nos quais

a expectativa de vida ao nascer é de menos de 60 anos. A mortalidade infantil mundial continua a diminuir, mas a taxa média global de 64 mortes por 1000 nascidos vivos esconde taxas de grande discrepância.

Nesse contexto os países deverão definir políticas públicas de saúde, bem como suas viabilidades financeiras para implantação de estratégias de intervenção de modo que seus objetivos tornem-se realizáveis no que diz respeito principalmente à redução das injustiças nas condições e acesso à saúde da população.

Trata-se, em primeiro lugar, de superar uma visão prevalente na organização dos serviços de saúde, que dicotomiza antes de tudo os próprios indivíduos. A existência de locais para tratar a “saúde” e de outros para tratar a “doença” despreza as corretas definições da OMS, da saúde enquanto um bem estar físico, psíquico e social. A idéia da atenção integral deve ser compreendida em dois níveis: o individual e o coletivo. Ao nível individual, significa dar atenção a um indivíduo específico, que interage com os serviços de saúde e que opina sobre o serviço que lhe presta atenção. Significa também prestar, integradamente, ações curativas, preventivas sanitárias, eliminando o atendimento por especialidades que se justapõem, que são baseadas em patologias ou partes do corpo, garantindo a referência aos níveis mais complexos. Pressupõem também atuação de uma equipe multidisciplinar. Ao nível coletivo, significa atender toda uma população, cobrindo todos os grupos etários, além da responsabilidade sanitária, preocupando-se e atuando em conjunto com a população na resolução de seus problemas. (CARVALHO, 1991, apud CASTELAR, 1994).

No Brasil, foi basicamente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde que se definiram os princípios básicos da reforma sanitária em termos de Saúde Pública e que estabeleceram a organização dos serviços de saúde em todos os níveis, tendo como coordenador deste processo o Ministério da Saúde. Nesta Conferência foram sistematizados e definidos as diretrizes e os princípios políticos da reforma sanitária brasileira.

Na década de oitenta, a realização dessa Conferência se consolida como expressão máxima do movimento da reforma sanitária brasileira:

a Assembléia Constituinte de 1986 a 1988 iria consubstanciar o jogo de forças nesse terreno. Após um longo processo de desconcentração dos serviços de saúde para os municípios e das tentativas de implementação de políticas coordenadas entre as três esferas de governo (Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, Ação Integradas de

Saúde – AIS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS) com o fim de superar a grave crise fiscal de 1982, a Constituição Federal de 1988 consagra a descentralização, via municipalização dos serviços e das políticas de saúde como uma das regras gerais do SUS. Uma extensa bibliografia atesta o grande esforço despendido nas instituições de ensino, pesquisa e nos serviços para esclarecer a importância e o formato descentralizado mais adequado à realidade brasileira (CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, 2001, p. 90).

As transformações da política de saúde então se consolidam a partir das diretrizes definidas por essa Conferência, culminando em um texto constitucional que determina normas a serem cumpridas por todos os Estados e Municípios, tendo como princípios básicos fundamentais a universalização do atendimento, a integralidade das ações de saúde, a descentralização dos serviços e o controle social pela população usuária, regulamentados pelo Sistema Único de Saúde.

A Constituição brasileira de 1988 registra então este avanço

de modo bastante expressivo, proclamando a existência do direito à saúde, como um dos direitos fundamentais da pessoa humana. A par disso, a indicação ampla e pormenorizada dos cuidados e atividades que se ligam ao direito à saúde mostra que penetrou na consciência de muitos brasileiros a concepção da saúde como estado de completo bem-estar físico, psíquico e social (SANTOS, 1992, p. 41).

Santos (1992), assevera ainda que um ponto de extrema importância que deve ser assinalado é a definição das linhas básicas da organização de um Sistema Único de Saúde, feita na própria Constituição. Além disso, a lei maior do país qualifica os serviços de saúde como de relevância pública e prevê a participação de setores públicos de todos os níveis, ao lado de organizações sociais e de toda a comunidade.

2.3 A Priorização da Família nas Políticas de Saúde

Desde a Roma Antiga já encontramos referências literárias concernentes ao médico da família, permanecendo este modelo até princípios deste século, quando foi praticamente extinto, dando-se preferência ao atendimento nos hospitais como centro da atenção, de acordo com o desenvolvimento especializado e tecnológico do mesmo e como núcleo de formação médica em consequência de concepções *flexnerianas* prevalentes (DOMINGUEZ, 1998).

Algumas referências sobre medicina a familiar datam do início deste século, conforme Andrade (1988), quando Abraham Flexner propôs, nos Estados Unidos, um modelo de atenção baseado no “médico da comunidade”, o que caracterizava um tipo de profissional supostamente menos qualificado ou com formação precária, perfil de médicos das cidades americanas de pequeno porte.

Apesar de que em 1948 a Inglaterra tenha retomado em seu sistema de saúde a concepção de médico da família, este modelo tinha um enfoque clínico assistencial e curativo, limitado à relação médico-doente. No entanto, nos últimos anos retoma-se novamente a concepção de um médico ou profissional de saúde voltado para uma formação generalista com concepção epidemiológica e social, que priorize a promoção e prevenção do indivíduo, família e comunidade.

Não obstante as recomendações de Alma Ata (1978), do modelo Canadense e da Carta de Ottawa no que concerne à atenção primária de saúde, as estratégias nesta área foram muito incipientes uma vez que as experiências desenvolvidas basicamente não incluíam em seus propósitos a concepção do processo saúde-doença condicionado a múltiplas causas e fatores de risco.

Neste sentido, vários países começaram a realizar “reformas” no setor saúde, reformas estas que Dominguez (1998, p 46) conceitua como

um processo de mudanças estruturais nos campos político, técnico e administrativo, dirigido a alcançar a médio e longo prazo, total cobertura dos serviços de saúde a toda população de um país (e, por conseguinte melhorar os indicadores de saúde), utilizando, para isso, todos os recursos existentes, sejam eles de caráter público, privado ou misto.

Estas reformas proporcionaram uma reversão na concepção de que o hospital deva ser visto como o centro de toda a atividade de atenção à saúde. Apesar do reconhecimento da relevância da assistência hospitalar, as ações propostas foram direcionadas a um modelo voltado para a comunidade, no sentido de evitar precocemente a incidência de doenças e mortes previsíveis.

A essência da promoção e prevenção à saúde, segundo Dominguez (1998) é que: “em todo momento do processo saúde-doença, pode-se realizar ações para: evitar que o homem sadio adoeça; que as doenças sejam diagnosticada em tempo hábil, sejam controladas e que o doente não se complique ou morra precocemente”.

Dessa forma o direcionamento do processo de saúde à medicina familiar caracteriza-se como uma estratégia de redirecionamento da atenção revertendo o modelo tradicional de atenção médica que é curativo e individual, pelo estabelecimento dos serviços de atenção à saúde, em que se prioriza a prevenção, com uma projeção social, massiva e coletiva.

Foi nos Estados Unidos que a proposta de médico da família se expandiu inicialmente. Na década de 60, este movimento se espalhou com intensidade no Canadá, México e alguns países europeus.

Na história da América Latina, temos identificado várias experiências progressistas de atenção ao nível familiar, com destaque para o modelo cubano que consolidou e definiu o modelo. No entanto, no Brasil, a proposta de modelo de saúde da família, embora colocada no Plano de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde, ainda ocorre através de iniciativas isoladas e descontínuas.

Vasconcelos (1999) diz que “nesse sentido, se diferenciam muito do que ocorre em países europeus, onde se estruturou uma complexa rede de assistência social organizada a partir de distritos (divisão administrativa de um município, compreendendo geralmente mais de um bairro) que mapeia e acompanha as famílias em situação de dificuldade.

Este mesmo autor faz uma abordagem contextual da priorização da família nas políticas de saúde quando assevera:

se a progressiva valorização da família na agenda das políticas brasileiras nos anos 90 vem sendo uma conquista que tem resultado em aperfeiçoamento, é importante ter clareza de que, para muitos problemas, a família não é a instância de atuação mais propícia. A partir do processo de intensificação do individualismo trazido pela modernidade, cada vez mais o cidadão prefere resolver seus problemas de forma independente do seu grupo familiar. As diferenças próprias de cada membro fazem com que eles tenham distintas preferências em relação à forma de encaminhar seus problemas pessoais e escolherem diferentes profissionais ou serviços. Os conflitos existentes, principalmente para os membros vivendo situações de subalternidade na família, tornam constrangedora a abordagem conjunta de alguns problemas. A família é apenas uma das instâncias de resolução dos problemas individuais e sociais. Os serviços públicos devem ser flexíveis para responder de forma diferenciada às diversas formas de apresentação dos problemas locais.

A consolidação deste modelo no país está pautada no estabelecimento de vínculos e a criação de parcerias e de co-responsabilidades entre os profissionais de saúde e a população.

O Programa Saúde da Família tem um significado positivo, pois; “representa um desafio a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem e trabalham e se relacionam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O Programa Saúde da Família, por ser uma estratégia que objetiva melhorar as condições de vida, e, portanto, de saúde da população, deve estar respaldado num processo de planejamento e gestão que, mediante a atividades e ações, possa proporcionar a promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo e de sua família, portanto deve ser desenvolvido de acordo com a características e problemas de cada localidade.

Cada país, estado ou município, deve desenvolver o programa Saúde da Família de acordo com as características supracitadas, devendo sempre levar em consideração que esse programa é implantado como um processo de mudança nas concepções de atenção e no funcionamento dos serviços a médio e longo prazo, portanto, vários requisitos devem ser estabelecidos, como registra Dominguez (1998):

- *Territorialização (setorização)*: cada equipe deve ter como responsabilidade de atenção um território, ou seja, possuir uma população definida;
- *inter-relação*: referência e contra-referência: inter-relação de serviços básicos, especialistas e hospitais, que garantisse a completa atenção da saúde onde e quando requeira a população;
- *Atenção ativa*: a equipe terá que ir à comunidade, à família, para identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções em conjunto com as próprias famílias e população; deverá ainda orientar, informar e promover educação sanitária;
- *Globalidade*: a atenção de saúde deverá se voltada para todos: doentes, sadios, homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos;
- *Continuidade*: a população é acompanhada pela mesma equipe permanentemente. Para alguns autores este componente é a essência da medicina família;
- *Participação*: a participação de toda a sociedade e dos setores da economia no desempenho do PSF é de suma importância para a identificação de problemas, planejamento e controle das atividades dos serviços de saúde e também em sua execução, tendo em conta que os serviços de saúde não podem dar solução a todos os problemas de forma isolada.

O Sistema de Medicina Familiar tem como base essencial a adscrição fixa de um determinado número de famílias para cada equipe, que fica responsável pelas mesmas. Isto tem o objetivo de proporcionar uma relação afetiva e de confiança entre a equipe e a população, como também um melhor conhecimento sobre suas condições de vida, hábitos, renda, educação e relação com o meio ambiente. Esta aproximação dos serviços de saúde com a clientela facilita, ainda, a observação das patologias em todas as suas etapas, permite a construção de indicadores de risco, bem como levar a efeito, com maior probabilidade de êxito, medidas preventivas para a comunidade. (World Health Organization, citado por ANDRADE, 1998).

Portanto, o modelo de PSF, devem ter um princípio norteador em sua etapa de implantação, conforme postula Dominguez (1998):

- *Decisão política*: tendo-se em vista que a aplicação e desenvolvimento do PSF requer a participação do Sistema de Saúde e todos os fatores sociais e econômicos e a tomada de decisão correspondente aos níveis de Governo que podem unificar as ações de saúde;
- *Elaboração do Plano Municipal de Saúde*: para a identificação e diagnóstico de problemas e necessidades de saúde e o conseqüente estabelecimento de Metas e Planos de Ações;
- *Elaboração do PSF*: o PSF é considerado uma das estratégias do Plano Municipal de Saúde (PMS) e, como todos os programas de saúde, possui objetivos, atividades e recursos; o projeto do PSF deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;
- *Preparação do sistema de informação do PSF*: a Secretaria Municipal de Saúde, além de um sistema de informação ambulatorial, hospitalar e de programas deverá ter, necessariamente, o sistema de informação do PSF;
- *Planificação dos recursos*: humanos, financeiros, materiais e organização para o início no momento oportuno;
- *Seleção e capacitação da equipe*: as equipes devem ser selecionadas com tempo suficiente, a fim de realizarem treinamento introdutório antes de iniciar as ações na comunidade. Além disso, deve manter a “Capacitação Continuada na Comunidade” como necessidade científica e atualização permanente dos profissionais envolvidos: médicos, enfermeira e os agentes comunitários de saúde (ACS). A educação continuada deve incluir sistema de informação de ações básica (SIAB). Para a seleção dos ACS, devem-se cumprir os requisitos seguintes: idade acima de 18 anos, conclusão da 4º série do primeiro grau, residência no município e na comunidade em que vai atuar, disponibilidade para 8 horas de trabalho;
- *Avaliação permanente*: da satisfação da população, da competência e desempenho profissionais e dos resultados da melhoria dos indicadores de saúde.

A equipes de Saúde da Família devem ter como responsabilidade de atenção, conforme já explicitado, uma população em zona geográfica definida (territorialização), segundo a característica de cada local, portanto “ao serem planejados os recursos e a organização para o Programa de Saúde da Família de um determinado Município este deve ser dividido em territórios, onde possam residir em torno de 600 a 1000 famílias (3000 a 5000 habitantes, sendo 5 pessoas em média por família), atendidas por uma equipe de saúde. Este território, pode estar configurado por áreas, que serão subdivididas em micro áreas, com 200 a 250, famílias na zona urbana. (DOMINGUEZ, 1998).

É recomendável que a equipe de uma Unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico.

2.4 Programa Saúde da Família de Cuba: um modelo para análise.

Cuba está situada entre o mar das Caraíbas e o Oceano Atlântico Norte, no sul da Flórida, sob as coordenadas geográficas de 21 30 N, 80 00 W, com uma área total de 110.860 Km². Seu clima é tropical, moderado pelos ventos; com estação seca de novembro a abril e a estação chuvosa de maio a outubro. A população de Cuba é de 11.184.023 (julho/2001).

A capital de Cuba é Havana, além desta há ainda 14 províncias (províncias, singular - província) e 1 municipalidade especial (município especial); Camaguey, Ciego de Avila, Cienfuegos, Ciudad de La Habana, Granma, Guantanamo, Holguin, Isla de la Juventud , la Habana, Atuns de las Matanzas del Rio de Pinar, Sancti Spiritus, Santiago de Cuba, Villa Clara.

Dentro desse contexto é que foi consolidado o Modelo de Saúde da Família. Por sua legitimidade internacional, o modelo de saúde da família de Cuba é uma referência modelar e científica quando se aborda este assunto. O sistema de saúde cubano é universal, gratuito e ao alcance de todos os cidadãos. O país conta com um desenvolvimento máximo da atenção primária de saúde, entendendo que é o único instrumento de eficiência para um modelo global de desenvolvimento, como via para a incorporação das práticas sociais na organização dos serviços de saúde e como espaços de participação sócio-políticas.

Cuba prioriza, com recursos para sustentá-lo, o cuidado com a saúde. Fidel Castro, que assumiu o poder em 1º de janeiro de 1959, estabeleceu uma meta, a de se tornar uma “potência médica mundial” e uma meta de prover acesso a cuidados médicos de qualidade a todos os cidadãos de Cuba. No início da década de 80, um levantamento do Sistema de Saúde de Cuba levou à criação, em 1994, do “Programa Médico da Família”. O objetivo era colocar uma equipe de um médico e uma enfermeira em cada quarteirão da cidade e em cada vila do povoado (Report for Cuba: Home of the Family Doctor Program, 2001)

No entanto, a organização estatal da atenção médica primária em Cuba, data do ano de 1825, com o modelo de *Semana Facultativa*, o qual consistia em mandar semanalmente um médico e um cirurgião a todas as cidades, para atender gratuitamente os enfermos e os acidentados, fazendo tratamento em suas casas e se fosse necessário, enviando-os para um hospital de caridade. Esses médicos realizavam também a função de médicos forenses, com as atribuições de inspecionarem as condições higiênicas dos estabelecimentos e dos alimentos.

A partir de 1829, esses médicos começaram a prestar atenção médica a soldados e marinheiros enfermos. A evolução gradativa dos serviços de saúde em Cuba deu-se desde esta época até 31 de outubro de 1871, quando foram criadas pelo Governador Geral as Casas de Socorro. Nos primeiros anos do período revolucionário socialista estas antigas Casas de Socorro começaram a transformarem-se em policlínicas de serviços.

É precisamente no ano de 1964 que se inicia um novo modelo de atenção primária de saúde em Cuba, direcionada para uma medicina integral preventivo-curativa, cujas ações se projetavam sobre as pessoas e o meio, abrangiam uma extensão territorial, cuja população não deveria ultrapassar 30.000 habitantes. Estas unidades tinham, por sua vez, que cumprir com as normas e procedimentos metodológicos estabelecidos pelo Ministério de Saúde Pública de Cuba.

Foi somente uma década depois que o modelo médico da família se consolidou, conforme discorre Jiménez (1995, p. 27): “as orientações precisas e diretas do Comandante e Chefe Doutor Fidel Castro Ruiz se propõem a tarefa de alcançar a etapa superior de desenvolvimento da atenção primária com a criação de um novo modelo capaz de dispensar ações de saúde à totalidade da população do país, dividida em grupos de famílias que compreendem no máximo de 700

habitantes, conhecido hoje mundialmente como um programa de atenção médica primária do Médico da família”.

Para Jústiz et al. (1988, p. 38): “a revolução cubana tem demonstrado, como nunca antes se havia feito em toda a história da humanidade, que frente às mais adversas circunstâncias se pode atacar uma realidade e trabalhar dentro dela em função de objetivos definidos, e continuar um desenvolvimento harmônico baseado na justiça e na equidade”.

Estes mesmos autores afirmam que: “Cuba é um dos poucos países do mundo que tem criado condições (políticas, econômicas e sociais), sem limitações significativas de nenhum tipo, para assumir plenamente a saúde da população (sem distinção de condição social, econômica, religiosa, cultural, etc.) porque nosso governo, nossa ideologia tem concebido saúde como parte integrante do desenvolvimento, princípio este proposto pelos organismos internacionais a seguir por todos os países do mundo, postulado universal que estamos cumprindo” (JÚSTIS ET AL. 1988, 42).

2.4.1 Princípios orientadores e diretrizes operacionais do Programa Médico da Família de Cuba

O programa Médico da Família de Cuba é um programa de atenção médica integral à família que tem como finalidade precípua “melhorar o estado de saúde da população mediante ações integrais dirigidas à família e ao ambiente através de um vínculo íntimo com as mesmas e com o objetivo das lideranças comunitárias (ESTÉVEZ ET AL., 1988).

Nesse sentido, os referidos autores especificam objetivamente a finalidade do programa de Cuba, que se baseia em:

- Alcançar mudanças positivas nos hábitos de vida e costumes higiênico-sanitários da população por meio de uma adequada educação e promoção de saúde;
- Proteger a população das enfermidades preveníveis por vacina e prevenir as zoonoses, as enfermidades exóticas, as de transmissão sexual e outras transmissões;
- Prevenir e controlar as enfermidades crônicas não transmissíveis que mais afetam a população (cardiopatia isquêmica, enfermidades cerebro-vasculares, tumores malignos e diabetes *mellitus*);

- Contribuir para evitar a ocorrência de acidentes na localidade ou território, fazendo ações de saúde a respeito;
- Proporcionar uma atenção médica domiciliar contínua a todo paciente que não precisa necessariamente de permanência em hospital, mas de seu encaminhamento, isolamento ou repouso na localidade;
- Implantar a reabilitação com base comunitária dirigida à população com incapacidade;
- Alcançar mudanças positivas do saneamento ambiental em seu raio de ação, assim como das condições higiênico-sanitárias em que vivem as famílias sobre seu controle, para evitar os efeitos negativos sobre a saúde da população;
- Alcançar uma estreita relação médico-enfermeira-paciente-família e comunidade;
- Alcançar a integração dos aspectos psicológicos em ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos pacientes e familiares;
- Obter a atenção e o controle adequado das enfermidades mentais de maior morbidade e significância na comunidade;
- Manter uma estreita coordenação com as organizações comunitárias de seu raio de ação;
- Cumprir o Código de Honra do Médico da Família.

A construção do modelo de Médico da Família de Cuba baseia-se em três limites básicos: 1. geográfico (é um programa nacional); 2. tempo (é um programa permanente); e 3. universo de trabalho (toda a população do país é atendida por médico da família).

Os resultados ou impactos esperados em relação às ações propostas baseia-se na ideologia que sustenta o Programa e por um princípio organizativo, descritas por Estévez et al. (1988), que postula que o Programa é orientado por seis diretrizes operacionais em sua organização:

- O programa se executará pelo médico e a enfermeira de família de forma ativa nos consultórios e localidade de residências das famílias (cidades, zonas rurais e CPA), sob a direção de Policlínicas e Hospital Rural da área de saúde que corresponda;
- O médico e a enfermeira de família receberão apoio tanto de especialistas das Policlínicas, como dos especialistas do Hospital Base, assim como dos especialistas do Centro ou Unidade de Higiene e Epidemiologia;
- Realizar-se-ão coordenações pertinentes com as organizações de massa, nos distintos níveis, definindo que atividades recebem apoio das distintas organizações, para o cumprimento do programa;

- O Diretor da Policlínica ou Hospital Rural hierarquizará e controlará o cumprimento das atividades do programa, informando à direção Municipal, Provincial e Nível Central em sua supervisão e avaliação sistemática;
- O diretor do Hospital Base disponibilizará os especialistas necessários para as interconsultas, os exames diagnósticos especializados, a atenção e supervisão do médico da família durante a internação hospitalar, a informação normatizada requer outra atividade necessária para o desenvolvimento do programa;
- O Diretor do Centro ou Unidade de Higiene e Epidemiologia assegurará o pessoal e meios necessários para o cumprimento das atividades do Programa;

A concepção e reorientação do Sistema de Saúde de Cuba tiveram como princípio básico e orientador o modelo Médico da Família, cuja implantação e desenvolvimento envolveu um processo de mudança nas organizações dos serviços, a fim de que novas práticas assistenciais fossem desenvolvidas. Logo, a esta reorientação impõe-se uma necessidade do estabelecimento de normas e procedimentos, os quais pudessem direcionar o processo de gestão do Programa. (ESTÉVEZ ET AL., 1988)

No que se refere ao cumprimento das ações de educação e promoção à saúde o médico e a enfermeira se guiam pelo Programa de Saúde adaptado ao Médico da Família, assim como pelo Manual de Educação para Saúde do Ministério da Saúde. Para realizar as atividades educativas se aproveitam fundamentalmente das visitas ao local das consultas. Efetuar-se-ão também programas voltados para dinamizar grupos com pessoas que levam vida sedentária, com fumante, obesos e pacientes de enfermidades crônicas, para o que devem ser devidamente identificados estes pacientes dentre os membros de cada família. A equipe, também deve reunir a comunidade para palestras sanitárias em parceria com as organizações de classe. Os médicos e enfermeiras realizam performances teatrais com temas de acordo com a característica do grupo.

No que se refere ao controle da vigilância nutricional da população, é dever do programa captar 100% das crianças, adultos, anciões, obesos. Os médicos e enfermeira devem atualizar e aperfeiçoar seus conhecimentos nos aspectos de prevenção e tratamento da obesidade, nos riscos do mau hábito de fumar e no sedentarismo.

A educação sexual deve tratar dos temas: risco de gravidez na adolescência, métodos anticonceptivos e enfermidades de transmissão sexual. A educação para a saúde de grávidas e puérperas se baseará em: alimentação da grávida e mãe que alimenta, exercício para a grávida, vantagem do aleitamento materno, risco do mau hábito de fumar, a obesidade e o sedentarismo, a importância do cumprimento do esquema de desmame, a importância de evitar de forma precoce nas gerações futura a obesidade, como prevenção das enfermidades cardiovasculares e outras, a importância da higiene bucal e a prevenção das afecções estomatológicas.

Nas atividades educativas das famílias deve tratar de: grupo básicos de alimentos, características da dieta normal e risco do sedentarismo em idade avançada em adultos e anciãos.

No que se refere à Proteção de Enfermidades Preveníveis por Vacinas e Prevenção de Enfermidades Transmissíveis, é dever do programa promover a vacinação com BCG em 100% dos recém-nascidos vivos, com DPT em 100% dos nascidos vivos uma vez que alcancem 3 meses de idade e revacinar 100% das crianças de 1 a 5 anos, com PRS em 100% das crianças que alcancem 12 meses de idade, com tóxico tetânico em 100% da população de 65 e mais anos, com DT em 100% dos escolares de primeiro ano e com AT em 100% dos escolares de 5º ano, revacinando a antitífóidica em 100% dos escolares do 8º ano, revacinar tóxico tetânico nos escolares de 9º ano e antitífóidas nos escolares do 11º ano.

Para controlar a vacinação da população deve revisar os cartões de vacinação em todas as consultas realizadas, para comprovar se está atualizado, para controle do paciente de maneira também a repensar os casos a vacinar. A equipe deve manter em um lugar visível o “nível imunitário” de sua população.

Os Policlínicos participam da análise e discussão mensal do quadro epidemiológico da área e do programa de controle das enfermidade de transmissão sexual e hanseníase. Os médicos da família participarão do estudo das disfunções causadas por enfermidades transmissíveis, com prioridade para os menores de um ano.

Conhecer a morbimortalidade por EDA de seu universos de trabalho e realizar ações de saúde com o fim de conseguir modificações do ambiente é fator fundamental do ponto de vista ecológico desta enfermidade, assim como, a

notificação dos casos de tuberculose que tenham resultados positivos. Deve indicar também radiografia (14x17) a pacientes tuberculosos recém diagnosticado, do momento que estabelecer o diagnóstico até finalizar o tratamento controlado.

O médico procede interconsulta de dermatologia a todo paciente que apresente sintomatologia suspeita de hanseníase. É feito o diagnóstico por um dermatologista que efetua o tratamento e controla o exame periódico dos contatos e dos enfermos. Deve também realizar pesquisa sorológica de VDRL entre a população que atende, especialmente as grávidas e grupos de risco.

A enfermeira da família do programa cubano realiza visita imediata aos pacientes e quando necessário institui tratamento controlado imediato. Realiza também a notificação de todos os casos de gonorréia diagnosticadas, participando do diagnóstico, prevenção e tratamento. O médico deve realizar estudo faríngeo uretral a todas as pessoas do sexo masculino que apresente secreção uretral, aplicando tratamento aos casos diagnosticados e a enfermeira fará a investigação epidemiológica.

O médico da família do programa de Cuba realiza o diagnóstico, assistencial domiciliar e faz o acompanhamento clínico dos enfermos e portadores de hepatites virais, assim como o estudo dos contatos dos mesmos. Investiga todas pessoas suspeitas de brucelose, toxoplasmose, fascioliasis e leptospirose, assim como cumprir tratamento radical antipalúdico a todos os viajantes procedentes de áreas endêmicas.

O médico também participa da vigilância pessoal de todos os contatos de síndrome neurológica de forma urgente e aplica, de acordo com as normas estabelecidas, o tratamento anti-rábico a toda pessoa lesionada por um animal e coordenará a observação dos animais lesionadores.

Nas atividades concernentes à Prevenção e Controle de Enfermidades Crônicas é realizada amostra citológica, em toda mulher maior de 20 anos que tenha vida sexual ativa e em toda mulher maior de 15 anos se realizará exame de mama para pesquisa de câncer mamário. O médico deve também fazer revisão periódica da cavidade bucal da população, encaminhando ao estomatólogo todo paciente que se detecte com qualquer alteração que haja suspeita de presença de um processo de neoformação.

Em relação à Prevenção de Acidentes o médico deve levar em conta fundamentalmente: grupos de risco (criança, velhos, inválidos e donas de casa), lugares mais freqüentes que acontecem acidentes (pátio, jardim, dormitórios, cozinhas), principais tipos de acidentes (queimaduras por fogo, líquidos quentes, elétricos, produtos químicos, asfixias).

Ao visitar a família o médico deve inspecionar: tipo de cozinha e condições em que se encontra a mesma; conexões elétricas sem proteção, inadequadas sobrecargas elétricas e instalações inseguras de instalação dos equipamentos; lugar e modo que deixam a água e os alimentos quentes na cozinha; lugar onde armazenam produtos químicos, corrosivos, veneno, querosene e outras substâncias tóxicas e medicamentos e onde depositam estas substâncias; presença de tanques cisternas e outros recipientes que contenham água, sem a devida proteção; condições inseguras de vida, falta de estrutura, escadas sem corrimão, balcão sem beira de proteção, desnível do piso; presença de armas de fogo e instrumentos perfuro-cortantes, lugar onde dormem os adultos com as crianças.

O atendimento às morbidades no seio da família é prioridade de atendimento do sistema médico da família cubano, que estabelece que todo paciente que seja atendido no consultório ou em sua casa terá um registro com modelo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Para ingresso dos pacientes nos hospitais, o médico da família acompanhará o mesmo, prestando a assistência necessária, permanecendo junto a ele até que se decida a consulta a seguir, principalmente crianças, anciões e grávidas. Todo paciente com alta hospitalar será visto dentro da semana posterior a alta, pelo médico da família que informará ao Policlínico da existência de infecção, para que este informe ao hospital de onde procede o egresso. A primeira interconsulta realizada a cada paciente, o médico da família deve estar acompanhado pelo especialista.

Serão discutidos, mensalmente, com os especialistas dos Policlínicos os falecidos do seu raio de ação e se tomarão medidas pertinentes se caso ocorreram erros no tratamento e acompanhamento dos mesmos em vida.

Nas consultas às grávidas, os médicos e enfermeiros cumprem as atividades estabelecidas na metodologia para a atenção pré-natal. Cumprem também, o

médico e a enfermeira do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce de Câncer Cérvico-Uterino. É realizado exame médico em todos os escolares, com a elaboração da história clínica.

São também diretriz operacional do Programa os cuidados ao paciente, no que se refere à reabilitação, onde o médico e a enfermeira de família pesquisam os pacientes com incapacidades físicas nas consultas, para encaminhá-los aos serviços de fisioterapia e reabilitação a serem realizados nos Policlínicos, Centros Municipais, Hospitais, assim como nos domicílios para os casos impossibilitados de ir aos serviços.

As condições higiênico-sanitárias são atribuições que também referem-se às competências do médico da família, que tem por obrigatoriedade, em seu raio de ação, verificar se: está sendo efetuado o recolhimento periódico do lixo; se existe acumulação de lixo em áreas públicas, áreas exteriores das escolas e centros de trabalho; se existem problemas de transbordamento de fossas e obstruções de esgotos; se observa a presença de vetores, como moscas, mosquitos, roedores e outros.

Em suas visitas periódicas às casas, o médico deve comprovar se: as famílias estão cumprindo as normas de higiene e limpeza da forma como foi orientado, se existem problemas higiênicos não detectados em visitas anteriores (acúmulo de lixo, obstrução de sistema interior da rede hidráulica, presença de focos produtores de vetores).

2.4.2 Relação Médico-Família e aspectos psicológicos e sociais

Para o Programa Médico da Família de Cuba se faz necessário que o médico e a enfermeira gozem de uma intimidade profunda com os integrantes de cada família, por causa de seu trabalho, não deve atender só em seu horário de trabalho. Suas condições político-moral e de humanismo lhes permitem compreender, isto é converter-se em um guardião da saúde pública.

Para atuar de maneira mais efetiva nos aspectos psicológicos dos pacientes e sua família, o médico e a enfermeira recebem assessoramento permanente de um psicólogo ou psiquiatra que trabalham no Policlínico.

Com relação às lideranças comunitárias, o médico e a enfermeira de família, em parceria com as lideranças de seu território, recebem apoio das mesmas para realização efetiva de suas atividades através dos ativistas de saúde pública, os de promoção de saúde e as brigadas sanitárias.

O médico de família, em seu trabalho diário, integra em sua conduta o postulado do Código de Honra que estabelece que os médicos e enfermeiras que trabalham no modelo de atenção às famílias devem observar os princípios da ética médica; devem promover amizade, confiança e respeito entre médico e população. Estes princípios devem ser cuidadosamente observados e alguns ampliados; deve ser um observador perspicaz, aprender a escutar atentamente e sem pressa tudo que lhe falam, mostrando um grande interesse pelas perguntas formuladas e dar uma resposta adequada; deve fazer com que suas respostas sejam compreendidas, portanto sua linguagem deve ser clara e as explicações, ainda que fundamentadas cientificamente, devem estar despojadas de palavras técnicas, devendo ser adequadas e acessíveis ao nível cultural das pessoas a quem se dirige.

O médico, ao visitar as casas, independentemente da familiaridade com que é recebido e tratado, deve, em suas expressões e conduta pessoal, comportar-se com grande respeito à família e a cada um de seus membros. As observações nas consultas são confidenciais e será objeto de estrita reserva e só utilizada para alcançar o propósito de promover uma melhor saúde coletiva e dos indivíduos.

Por nenhum motivo ou circunstâncias se deixará de escutar, atender ou examinar aquele que solicite, se for um paciente que não está compreendido nas famílias asseguradas, se atenderá com a mesma solicitude e qualidade e posteriormente se informará onde deve ser regularmente atendido. Se um paciente com urgência médica para cuja atenção não se conta com os recursos necessários, se acompanhará o enfermo até o centro assistencial mais próximo, para ser atendido adequadamente.

Este Código determina que o médico deve cuidar de seu aspecto pessoal, tanto físico, como vestir, evitando todo tipo de extravagância. Deve converter em necessidade o estudo diário, de maneira que se mantenha atualizado permanentemente. Deverá esforçar-se para que seu trabalho tenha uma alta qualidade técnica e seja realizado com sensibilidade, afabilidade e dedicação, o que lhe garantirá o afeto e reconhecimento da população que atende.

3 METODOLOGIA

Este capítulo aborda a metodologia dos procedimentos utilizados no decorrer do trabalho, tanto na etapa de coleta como na de análise de dados, considerando enquanto objeto de intervenção o Programa Médico da Família de Manaus.

No aprofundamento dos estudos, sobre os pressupostos metodológicos a serem desenvolvidos, é mister a necessidade de definir os conceitos de pesquisa, o que para Salomon (1994, p.109), é “trabalho empreendido metodologicamente, quando surge um problema, para o qual se procura a solução adequada de natureza científica”, enquanto para Gil (1991, p.19) “um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”.

Por outro lado, se faz também necessário entender as dimensões da ciência, enquanto conteúdo de conhecimento, e nesse sentido, Severino (1996 p. 117) explicita que ela só “se processa como resultado da articulação do lógico com o real, da teoria com a realidade. Por isso, uma pesquisa geradora de conhecimento científico e, conseqüentemente, uma tese destinada a relatá-la, deve superar necessariamente o simples levantamento de fatos e coleção de dados, buscando articulá-los ao nível de uma interpretação teórica”.

Nesse sentido, destacamos que a atividade de pesquisa desenvolvida nesse trabalho refere-se a uma abordagem qualitativa, uma vez que estas “possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos” (OLIVEIRA, 1997, p. 116), o que coaduna com a proposta de reflexão e análise descritiva do processo de gestão do Programa Saúde da Família de Manaus.

Desta forma, partindo da premissa conceitual acima e no entendimento de que metodologia compreende as concepções teóricas de abordagem e o conjunto

de técnicas que possibilitam o entendimento de fatos e contextos, aliados ao potencial criativo do pesquisador, explicita-se, a seguir, o conjunto de técnicas e o instrumental utilizado para a compreensão dos fenômenos que foram estudados.

3.1 Delineamento da pesquisa

Segundo Lakatos (1997, P. 75) “a prática nasce da concepção sobre o que deve ser realizado e qualquer tomada de decisão fundamenta-se naquilo que se afigura como o mais lógico, racional, eficiente e eficaz”, portanto, considerando que a pesquisa a ser realizada privilegia o enfoque organizacional, onde os objetivos do Programa Médico da Família serão o ponto principal de avaliação e onde a gestão de pessoas permeia todo este processo gerencial é que a análise a ser desenvolvida será baseada na abordagem qualitativa.

Nesse sentido, reportamo-nos a Pucci (2000) que, citando Triviños (1995), destaca as principais características da pesquisa: 1. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; 2. A pesquisa qualitativa é descritiva; 3. Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo não simplesmente com os resultados e o produto; 4. Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente; 5. O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

A população desta pesquisa compreendeu o *staff* gerencial da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, especificamente as chefias concernentes ao Programa Saúde da Família, neste sentido foi entrevistado o Subsecretário Municipal de Saúde, o coordenador geral do programa, os coordenadores de zonas e técnicos que ocupam funções estratégicas no Programa.

3.2 Perguntas de pesquisa

A realização de uma pesquisa qualitativa visa fornecer informações mais precisas e consistentes sobre o objeto que se quer estudar, nesse sentido Chizzotti, citado por Costa (2000, p. 67), argumenta que a abordagem qualitativa fundamenta-se no fato de que “ há uma relação entre o mundo real e o sujeito, uma

interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Essa abordagem contrapõe-se ao pressuposto experimental, que defende um único padrão de pesquisa para todas as ciências, calcado no modelo de estudo das ciências exatas”.

A opção pela pesquisa qualitativa direcionou que a coleta de dados utiliza-se de perguntas de caráter aberto, pois, “outra vantagem desse tipo de pesquisa é que a conversa direta com os integrantes do grupo a ser pesquisado tende a relatar determinados aspectos, com gestos e olhares, bem mais abrangentes e informativos do que simples questionários de coleta de dados. Isso se justifica pelo próprio perfil da pesquisa que se caracteriza como uma abordagem investigativa o que tende a inibir as respostas dos entrevistados” (COSTA, 2000, P. 75)

Nesse sentido, as entrevistas foram realizadas com o intuito de obter respostas mais abrangentes possíveis sobre o Programa Médico da Família, pois conforme Lakatos (1994, p. 93), “a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.

Assim sendo, as perguntas formuladas a todos os entrevistados foram:

- a) Quais são os principais aspectos gerenciais do Programa Médico da Família que tem contribuído para a melhoria de saúde da população?
- b) Em relação a gerencia do programa, quais os aspectos positivos e negativos que você identifica?
- c) Existe uma compatibilização entre os objetivos, metas e ações do programa em referência ao modelo de Programa Saúde da Família Cubano?
- d) O modelo de planejamento adotado privilegia os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e participação comunitária) ? Como se dá este processo na prática dos serviços?
- e) O processo de trabalho do programa e as ações de saúde têm se desenvolvido de modo sistemático de forma que caracterize um processo de gestão eficaz? O que você acha que precisa melhorar?

3.3 Delimitação do Estudo

O campo de investigação dessa pesquisa compreende o Programa Médico da Família do Município de Manaus, composto por 167 equipes que atuam em toda a

Cidade de Manaus. O mesmo é organizado em sua estrutura com Coordenadoria geral e quatro Coordenadorias responsáveis pelas zonas geográficas da Cidade.

A população entrevistada compreendeu o nível gerencial da Secretaria Municipal de Saúde, as Coordenações do Programa Médico da Família de Manaus e participantes da equipe de trabalho, com escolha intencional dos entrevistados, pois, conforme afirma Richardson, apud Bortolini (2000), a amostragem intencional compreende elementos que se relacionam intencionalmente, de acordo com certas características estabelecidas pelo pesquisador.

O universo desta pesquisa contempla os servidores da Secretaria Municipal de Saúde, que atuam nas seguintes funções:

- Subsecretário Municipal de Saúde
- Coordenador Geral do Programa Médico da Família Manaus
- Coordenador da Zona Leste
- Coordenador da Zona Oeste e Centro-Oeste
- Coordenador da Zona Sul e Centro-Sul
- Coordenador da Zona Norte
- Assessora de Epidemiologia do PMF
- Supervisora do PMF
- Médica Assistencial do PMF

3.4 Coleta dos dados

A coleta de dados segundo Lakatos (1997, p 96) “é a etapa da pesquisa em que se inicia a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de se efetuar a coleta dos dados previstos”.

Utilizou-se a entrevista para a coleta de dados uma vez que de acordo com Bortolini (2000, p. 54) “a pesquisa qualitativa, possibilita a interação com os participantes, contrapondo-os com o contexto em que estão inseridos” e para Trivinos, citado por Costa (2000, p. 72) “a entrevista é recomendada para a coleta de dados, pois, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, proporciona todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.”, isto

posto, a entrevista consolida-se como a técnica mais apropriada para atender este referencial.

Assim sendo, a coleta de dados dessa pesquisa foi realizada através de entrevista com perguntas estruturadas que, ainda citando Lakatos (1997), é aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são pré-determinadas. Ela se realiza de acordo com um formulário elaborado e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano. O motivo da padronização é obter, dos entrevistados, respostas às mesmas perguntas, permitindo que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas.

As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2001 a janeiro de 2002 e obedeceram-se etapas previamente definidas: a) autorização do Gestor Municipal de Saúde; b) entrevista com cada participante; c) transcrição do material coletado para futura análise. Teve sempre o objetivo primordial de obtenção de dados em resposta ao problema formulado, tendo-se a clareza de que “a adequada realização de uma entrevista envolve, além da estratégia uma tática, que depende fundamentalmente das habilidades do entrevistador” (GIL, 1996).

Paralelamente às entrevistas procedeu-se a procura de dados secundários referentes a implantação e operacionalização do programa Médico da Família de Manaus, dando ênfase aos relacionados ao problema de pesquisa

3.5 Definições dos Termos

Para sistematizar a análise, de tal forma que sejam contempladas as questões de pesquisa, é importante definir todos os termos que possam dar margem a interpretações errôneas, pois, segundo Lakatos (1994, 102) “alguns conceitos podem estar perfeitamente ajustados aos objetivos ou aos fatos que eles representam. Outros, todavia, menos usados, podem oferecer ambigüidade de interpretação e ainda há aqueles que precisam ser compreendidos com um significado específico”.

Nesse sentido, será utilizada a classificação apresentada por Ramos (1999), quando cita Richardson (1985), para quem as definições constitutivas são aquelas contidas em dicionários, que proporcionam uma melhor compreensão dos conceitos utilizados na pesquisa.

- **Promoção e prevenção à saúde** – em todo o momento do processo saúde-doença, podem-se realizar ações para evitar que o homem sadio adoença, que as doenças sejam diagnosticadas em tempo hábil de serem controladas e que o doente não se complique, invalide ou morra. (DOMINGUEZ, 1998)
- **Atenção básica** – é o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).
- **Universalização** – do atendimento: todo cidadão deve ter direito de acesso aos serviços de saúde (DIVULGAÇÃO, 1992).
- **Integralidade** – das ações de saúde: os problemas de saúde definem-se na totalidade bio-psico-social de cada cidadão e de cada grupo social. As ações de saúde devem estar voltadas para esta totalidade, superando as dicotomias
- **Preventivo-curativo** – clínico-epidemiológico e individual-coletivo (DIVULGAÇÃO, 1992).
- *Equidade*: no atendimento: todo cidadão tem direito a ser atendido conforme as suas específicas necessidades e dentro de padrões de excelência técnica-científica (DIVULGAÇÃO, 1992)
- **Descentralização** – os serviços de saúde devem organizar-se em suas várias instâncias, segundo modelos descentralizados que atendem melhor às exigências de eficiência e eficácia e que, sobretudo, são os únicos compatíveis com a democratização do sistema. (DIVULGAÇÃO, 1992).
- **Controle social** – o controle do sistema de saúde pela população consiste em direito do cidadão e conquista da cidadania. É uma das formas de buscar eficiência e eficácia, permanência e legitimidade do sistema (DIVULGAÇÃO, 1992)
- **Sistema único de saúde/SUS** – é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, organizados de forma regionalizada e hierarquizada, geridos pela União, pelos Estados e pelos Municípios. (CONSTITUIÇÃO, 1988).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados, inicialmente, a estruturação do Programa Médico da Família de Manaus e, posteriormente, os resultados concretos da pesquisa.

4.1 Programa Médico da Família de Manaus: da organização à gestão

Manaus é a capital do Estado do Amazonas e está localizada à margem esquerda do Rio Negro e possui uma área geográfica de 11.407,7 Km² e população de 1.403.796 habitantes, conforme referência dos dados preliminares do Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE. Seu clima é quente e úmido e as estações dividem-se em um período de chuvas torrenciais e outro de verão rigoroso.

No que se refere à ocupação do espaço urbano na Cidade de Manaus, Benchimol (1992, 71) afirma que, “as formas de distribuição espacial da população e das instituições não são acidentais. Elas são o resultado de bem definidas forças sociais, econômicas, geográficas e psicológicas. Essas forças operaram em Manaus, como o fizeram em muitas cidades, criando uma ordenação essencial de ocupação”.

A cidade apresenta historicamente dois fatos marcantes no seu desenvolvimento econômico, primeiramente na época áurea do ciclo da borracha entre 1895 a 1910 e mais recente, em 1967, durante o governo de regime militar, com a criação da Zona Franca de Manaus, estabelecida como área de livre comércio.

Manaus, nos dias atuais, é uma cidade em acelerada expansão populacional e econômica, caracterizando-se por um perfil populacional de grande heterogeneidade e caracteristicamente ocupada por pessoas de várias regiões, o

que estabelece novos padrões culturais e a necessidade de ordenamento social e econômico.

No que concerne à situação infra-estrutural de saúde, Manaus, conta com 27 unidades hospitalares, com uma capacidade de 2.088 leitos e 246 unidades ambulatoriais, no que se refere às principais causas de óbitos ocorridos no ano de 2000, registra-se seqüencialmente como seis maiores causas: 1. Sinais e sintomas e achados anormais; 2. Doenças do aparelho circulatório; 3. Causas externas de morbidade e mortalidade; 4. Neoplasias; 5. Algumas afecções originadas do aparelho respiratório; 6. Algumas doenças infecciosas e parasitárias. (SUSAM/DEVIS, 2000).

Esse quadro acima descrito incide no direcionamento de políticas públicas que dêem conta deste novo cenário, onde aglomerados populacionais ocupam espaços cada vez mais limitados, onde as necessidades de saúde, educação, saneamento básico e infra-estrutura são cada vez mais evidentes.

No que se refere à proposta de intervenção no setor de saúde, a família tem sido prioridade nas políticas públicas, uma vez que esta se caracteriza pelo núcleo agregador e transformador de comportamentos, conforme explicitamos em capítulo anterior.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem priorizado a implantação de programas de saúde da família, uma vez que esta estratégia representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida.

Esse contexto remete para o estabelecimento por parte das Secretarias de Saúde na priorização de políticas e programas voltados para a atenção à família.

Desse modo, em março de 1999, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, implantou, na zona Leste da Cidade de Manaus em áreas consideradas de alto risco do ponto de vista sanitário, o Programa Saúde da Família, nome originário da época de sua implantação, que teve como objetivo básico a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, elegendo a família como principal objeto de sua atenção de forma a estabelecer uma nova dinâmica de atuação, ampliando a cobertura de atendimento a setores da população sem acesso aos serviços de saúde.

Em 3 de maio de 2000, de acordo com a Lei n.º 531, em seu art. 1º, o Programa Saúde da Família foi renomeado e instituído na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, com a nomenclatura de Programa Médico da Família. Em 06 de abril de 2001, através da Portaria n.º 484/GM, do Ministério da Saúde, o Programa foi reconhecido como projeto de similaridade ao programa da Saúde da Família do governo Brasileiro.

A Prefeitura de Manaus escolheu as Zonas Leste e Norte para iniciar o Programa Saúde da Família por serem áreas mais carentes, com maior inchaço populacional e onde as invasões de terras são freqüentes. Respondem por 60% da população da cidade (cerca de 1 milhão de pessoas). Em plena expansão, são as áreas que mais têm crescido na cidade, nos últimos anos. Por conta disso, sofrem problemas infra-estruturais como a falta de energia elétrica, água encanada e saneamento básico (PMM, 2000).

O Programa Médico da Família de Manaus abrange as zonas metropolitanas, as quais foram divididas de acordo com o seguinte agrupamento zonal:

- Zona Sul e Centro-sul
- Zona Oeste e Centro-Oeste
- Zona Norte
- Zona Leste

O Programa é constituído no nível gerencial por um coordenador geral e quatro coordenadores de área, indicados pelo Gestor Municipal e a sua equipe básica é constituída de: 171 médicos, 122 enfermeiros, 328 auxiliares de enfermagem e 1752 agentes comunitários de saúde (ACS). O Programa funciona também como uma equipe de supervisão composta de 50 supervisores, atuando nas quatro zonas da Cidade, sendo composta por: 10 médicos clínicos, 10 médicos pediatras, 10 médicos ginecologistas, 10 enfermeiros e 10 assistentes sociais.

Estes Centros de Referência possuem um nível maior de complexidade, dispondo de recursos radiodiagnósticos, imagenologia e bioquímica, contam também em sua equipe com especialistas sendo: médicos dermatologistas, médico cardiologista, médicos oftalmologista, médicos clínicos gerais, médicos pediatras, médicos ginecologistas obstetra, médico psiquiatra, psicólogo, assistentes sociais e enfermeiros. Para os pacientes acamados as unidades de referência possuem uma unidade móvel coletora de material para exames laboratoriais.

Há ainda em apoio ao Programa, 32 cirurgiões-dentistas, com serviços fixos instalados nas casas de saúde e unidade móvel equipada com 3 consultórios. No que se refere aos serviços oftálmicos, o Programa atende a clientela encaminhada pelo agente comunitário de saúde, priorizando as pessoas que apresentam baixa acuidade visual, idade avançada e doenças crônico-degenerativas, como diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, com média de 30 consultas/dia.

Toda a equipe envolvida no Programa Médico da Família passa por um treinamento introdutório, com conteúdo teórico e prático, onde aprendem as possibilidades e aplicação da medicina social na comunidade. Estimula o aluno ao exercício pedagógico e educador no contato com as famílias. A seleção do profissional de nível superior e do auxiliar de enfermagem dar-se através de análise curricular e entrevista ou podem também serem selecionados das Unidades Básicas de Saúde da SEMSA. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são selecionados pela equipe de supervisão de acordo com os seguintes critérios: ser morador da área de adscrição de cada casa de saúde, ter idade superior a 18 anos e ser alfabetizado.

O Plano de Ação do Programa Saúde da Família (SEMSA,1999), objetiva especificamente as seguintes ações:

- prestar assistência integral e contínua às necessidades de saúde da população adstrita, com resolutividade e qualidade;
- eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- estimular a comunidade para o exercício da cidadania;
- estabelecer processo de seleção e capacitação para os profissionais que atuarão no programa;
- implantar um sistema de informação para o programa que contemple os dados gerados;
- promover intercâmbio permanente entre os profissionais que compõem as equipes de saúde da família e os profissionais das unidades básicas de saúde;
- possibilitar a participação da comunidade no processo de discussão, preparação e implantação das “Casas de Saúde”;

- estabelecer mecanismos administrativos para funcionamento do Programa.

As referidas ações são desenvolvidas pelas Equipes Básicas de Saúde, que se responsabilizam pelas seguintes competências de acordo com cada categoria:

- Médico – devem prestar assistência integral humanizada aos indivíduos sob sua responsabilidade, desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde e gerenciar a unidade básica.
- Enfermeiro – devem prestar assistência de enfermagem aos indivíduos e sua família adscrito em sua área, devem também fazer acompanhamento das atividades realizadas pelo auxiliar de enfermagem, orientando-o tecnicamente. Realizam também ações de promoção e prevenção da saúde
- Auxiliares de enfermagem – devem realizar procedimentos técnicos de sua competência, acompanhando o agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares aos grupos específicos, devem também desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde e participar do processo de programação e planejamento das ações, bem como contribuir na organização do processo de trabalho da unidade básica.
- Agente Comunitário de Saúde – devem realizar o cadastro e a coleta de dados da população, fazer o acompanhamento da área de sua responsabilidade para identificar fatores de risco, alterações nas condições.
- de vida e intercorrências, devem também desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde, são o elo de ligação entre a equipe e a comunidade.

Esse Programa teve como meta inicial a implantação de 100 Casas de Saúde com 120 equipes, para atuarem nas Zonas Leste, Norte e Oeste, correspondendo ao atendimento de 650.630 habitantes. No que concerne às diretrizes operacionais, primeiramente foram identificadas micro-áreas nas Zonas Leste, Norte e Oeste, “consideradas de maior vulnerabilidade social em função das crescentes ocupações”. (SEMSA,1999).

De acordo com as diretrizes postuladas no Plano de Ação do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (1999):

a família e seu espaço social serão núcleo básico de abordagem de atendimento. As práticas de saúde devem ser humanizadas através do estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população. A intensidade do vínculo estabelecido depende do número de contatos e da duração da relação.

Para implantação do programa, critérios de delimitação geográfica, foram estabelecidos, sendo considerado: área de risco sobre o ponto de vista

epidemiológico das doenças e fatores que as condicionam; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; condições precárias de saneamento do meio: abastecimento de água, destino do lixo e dejetos.

Esta delimitação considerou para cada Casa de Saúde a referência de 900 domicílios, considerando mais de um núcleo familiar por domicílio ser comum a todas as áreas tendo como orientação ao processo organizativo o seguinte diagrama de implantação do PMF:

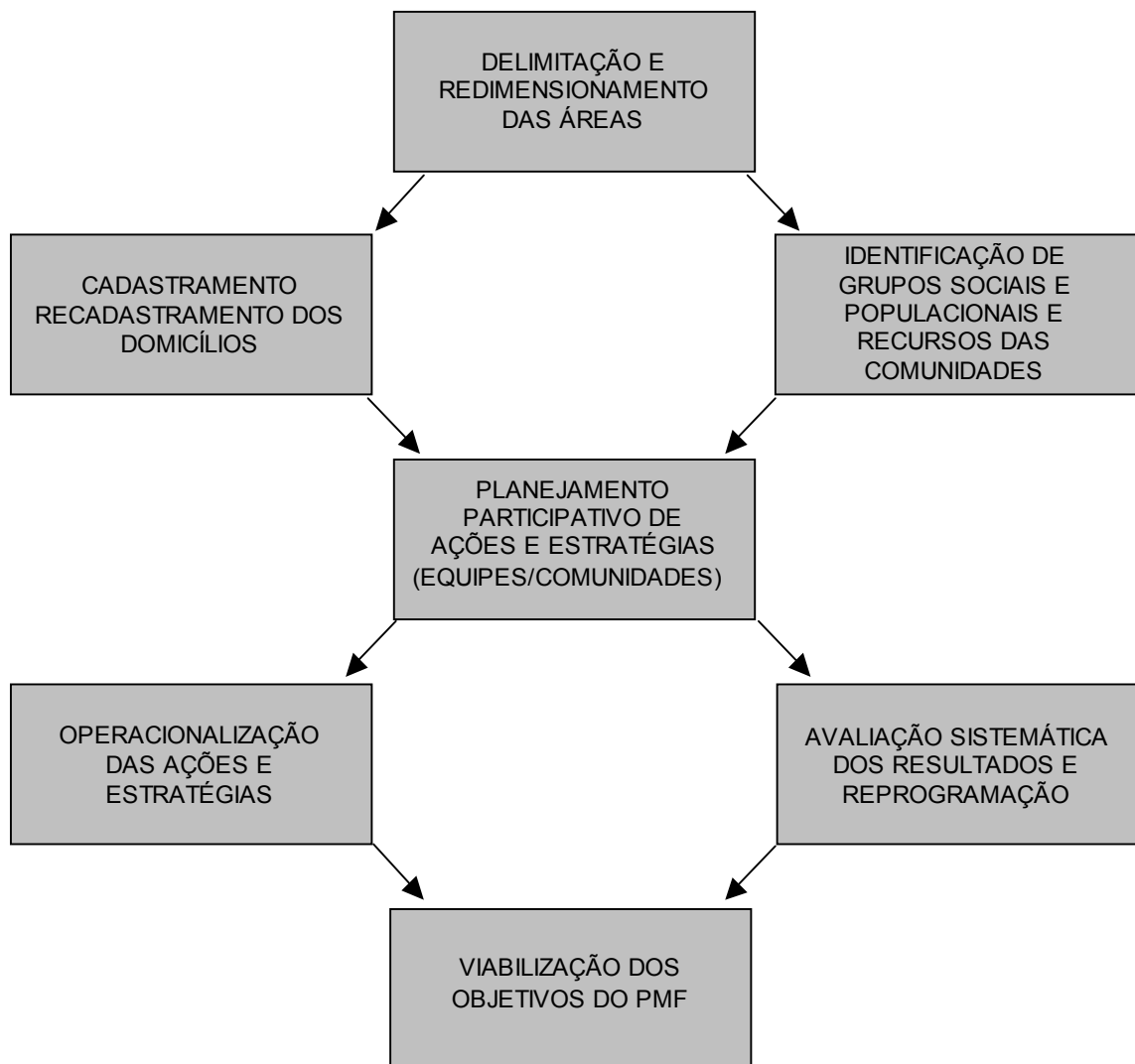


Figura 1 - Demonstrativo de implantação do Programa Médico de Família

Fonte: Projeto de Implantação do Programa Médico da Família (SEMSA, 1999)

No que concerne a estrutura física da casa de saúde, enquanto unidade básica do Programa Médico da Família, há uma padronização para todas as casas com dimensão de 36,8 metros quadrados, pré-moldadas, sendo constituídas de

quatro cômodos, distribuídos em: 1. Recepção, arquivo e nebulização; 2. Consultório e sala de procedimentos; 3. Farmácia, preparo de material e copa; e 4. Banheiro.

O planejamento sistemático das ações do PMF incorpora à unidade básica de saúde da família uma responsabilidade por um território geográfico onde vive um determinado número de pessoas. Todas as famílias deste território são cadastradas pelas equipes de saúde da família e a partir deste cadastramento, em conjunto com a comunidade, a equipe deve realizar o diagnóstico dessa comunidade, que está sob sua informação do cadastramento e do diagnóstico, a equipe de saúde deve identificar quais são as pessoas ou famílias que precisam de atenção especial, seja porque já existe uma situação de saúde instalada, seja porque estão sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer.

A partir desse contexto, a equipe de saúde do PMF deve priorizar as ações programáticas requeridas para o enfrentamento dos problemas identificados. O processo de operacionalização do PMF deve considerar sempre em suas ações programática o vínculo estabelecido entre a equipe e as famílias, entendendo que este propicia espaço privilegiado para trabalhar com a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção em todo o processo de atenção à saúde.

Destaca-se também que, no decorrer da operacionalização do Programa, a Secretaria Municipal de Saúde, implantou em março de 2000 o Programa Dentista da Família (PDF), inserindo o profissional cirurgião dentista nas equipes básicas de saúde, os quais desenvolvem ações de prevenção, educação e assistência odontológica às populações adscritas.

A programação das atividades descrita acima é orientada por um desenvolvimento sistemático de ações que são desenvolvidas em cada área adscrita, com subdivisão de sete microáreas, com a seguinte atuação:

- Visita e consulta domiciliar que são agendadas pelos agentes Comunitários de Saúde de acordo com um cronograma previamente estabelecido;
- Atendimento no consultório ou nos domicílios a grupos específicos de acordo com os grupos prioritários identificados anteriormente, tais como : hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hanseníase, tuberculose, idosos, pré-natal e controle da carência nutricional;
- Atendimento eventual à demanda espontânea da casa de saúde;

- Intensificação de vacinas de acordo com o calendário básico do Programa Nacional de Imunização que estabelece os prazos de doses e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança;
- Nebulização, curativos, aplicação de injetáveis, retirada de pontos, aferição de pressão arterial, glicemia capilar e outro procedimentos básicos necessários;
- Ações de promoção e prevenção da saúde, realizadas de acordo com a necessidade, para maior resolutividade dos serviços, tais como: palestras, grupos de discussão e ações intersetoriais.

O direcionamento técnico estabelecido pelo Ministério da Saúde que regulamenta o processo de gestão da saúde, através da Norma Operacional Básica - NOAS/2001, define “a realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando-se diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que necessariamente, configura modelos distintos de gestão”. Esta Norma estabelece também, as bases para o redirecionamento do modelo de atenção, que deve ser “transformada em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e

do meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários – as famílias”

Nesse sentido, o Programa Médico da Família orienta-se pelos setes eixos estratégicos da NOAS: Hipertensão Arterial, Hanseníase, Diabetes *Mellitus*, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde Bucal, de forma a garantir às famílias o acesso aos serviços, à disponibilidade das ações e o atendimento integral.

Apesar dos pontos positivos alcançados pelo Programa Médico da Família de Manaus, no que se refere ao atendimento da população, a Secretaria Municipal de Saúde, tem uma demanda sistemática para ampliação do Programa, uma vez que o processo de expansão populacional e demográfica é extremamente dinâmico, na Cidade de Manaus, caracterizando grandes áreas periféricas onde o risco epidemiológico é evidente.

Em se tratando de uma proposta inovadora na área de saúde no município de Manaus, sua implementação e condução devem estar sempre fundamentadas nas necessidades da população, razão esta que o processo de planejamento deve ser

dinâmico de modo que periodicamente os parâmetros utilizados sejam revistos e aprimorados.

No que se relaciona ao financiamento do programa, este é gerido por recursos próprios da Prefeitura Municipal de Manaus e através dos recursos do SUS, a partir das diretrizes da Norma Operacional de Atenção Saúde – NOAS, que estabelece o Piso Assistencial Básico – PAB, que é destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Este piso é transferido regular e automaticamente ao Fundo de Saúde Municipal. Agrega-se também a esta dinâmica do Programa o PAB variável, que se constitui de um valor fixo mensal, para utilização também pela Secretaria Municipal de Saúde.

O trabalho de equipe do PMF, e desenvolvido em parceria e articulações intersetoriais e está orientado pelo diagrama a seguir:

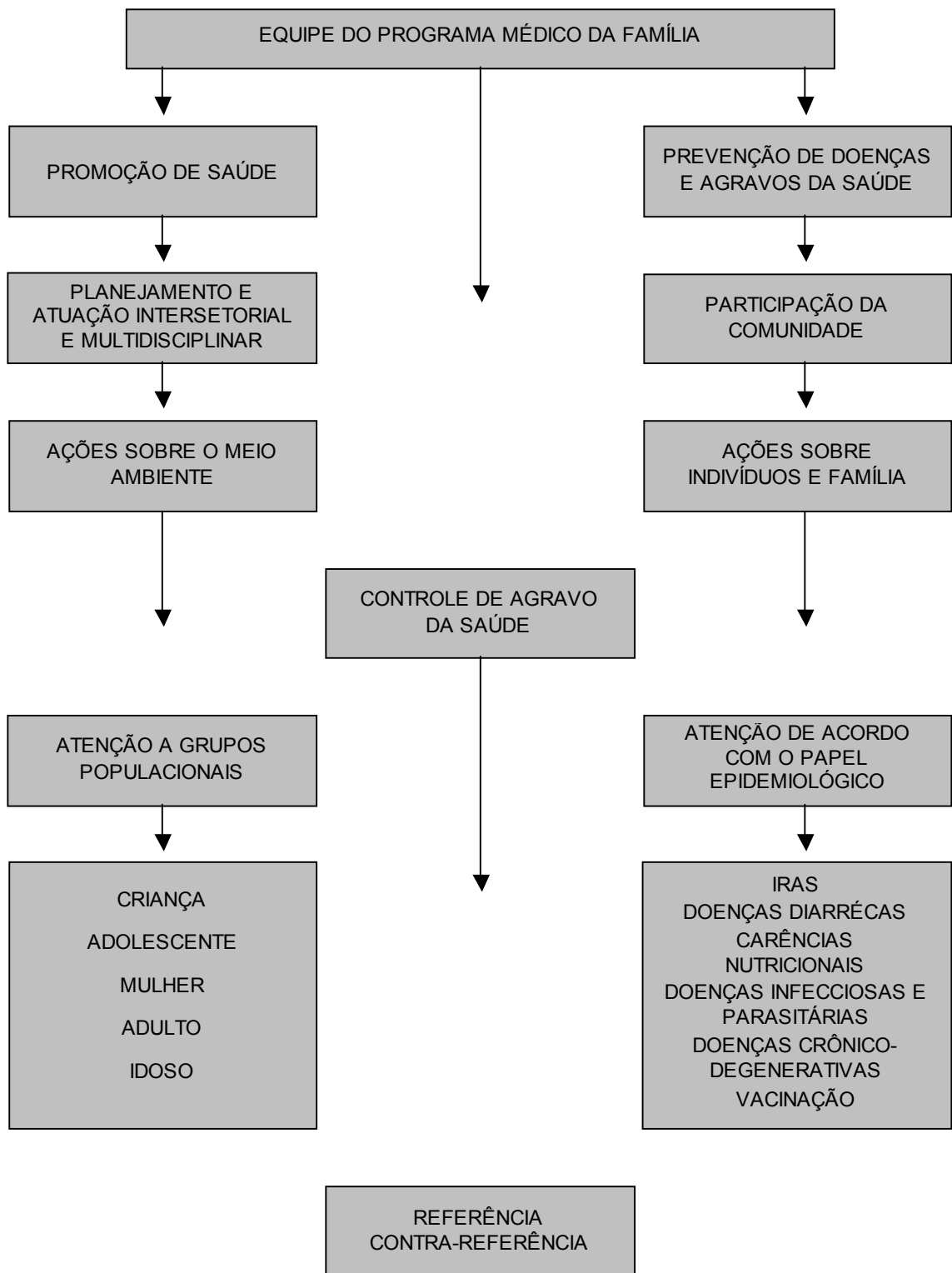


Figura 2 - Diagrama de operacionalização do Programa Médico da Família

Fonte: Projeto de Implantação do Programa Médico da Família (SEMSA, 1999).

A concepção do PMF, como um programa territorializado, é uma característica fundamental, cuja condição determina a potencialidade desse

programa de desenvolver uma rede de inter-relações, de modo a garantir níveis de agregação ao sistema de referência e contra referência. O desenho explicitado a seguir se refere à proposta deste sistema de referência e contra-referência proposto pelo PMF:

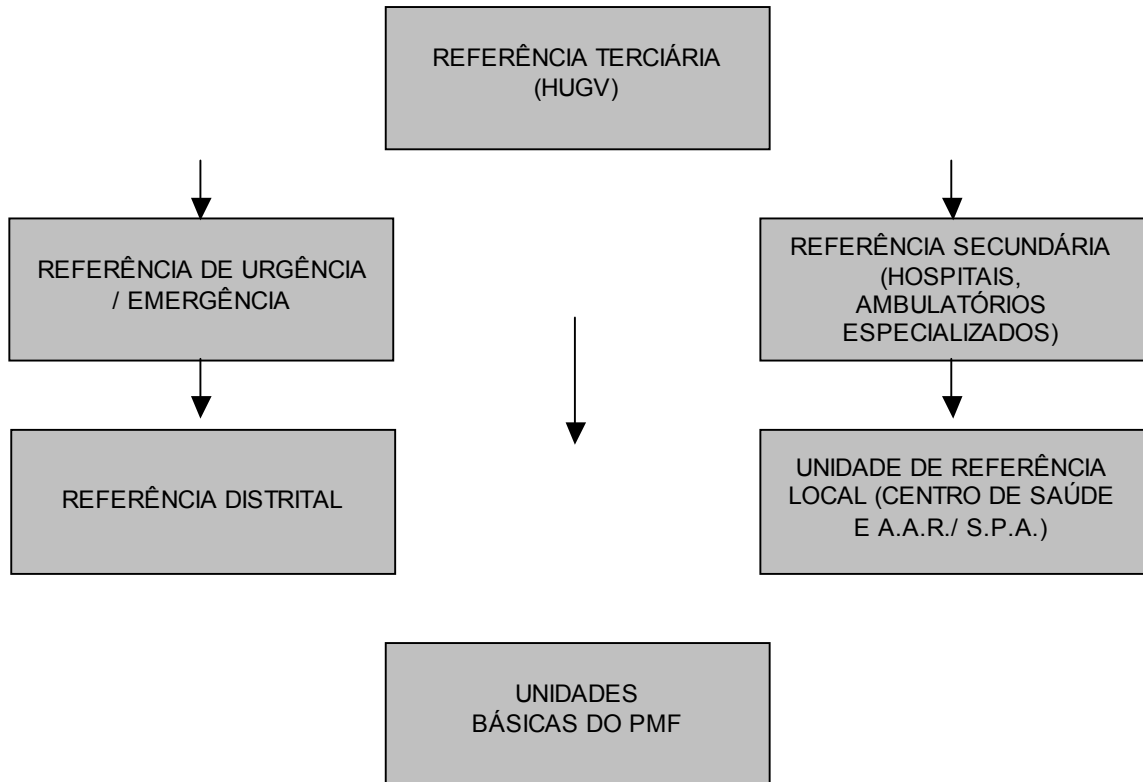


Figura 3 - Sistema de referência e contra referência do Programa Médico de Família

Fonte: Projeto de Implantação do Programa Médico da Família (SEMSA, 1999).

Para subsidiar o sistema de referência e contra-referência o PMF, articula-se em três níveis de referência, a saber:

UNIDADES DE REFERÊNCIA	UNIDADES DE SAÚDE
Referência em Urgência e Emergência	Pronto Socorro da Criança Pronto Socorro Municipal Pronto Socorro João Lúcio Machado
Referência Secundária	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro Fundação Centro de Oncologia Instituto de Medicina Tropical do Amazonas Maternidades Estaduais Centro de atendimento à Mulher e a Infância Hospitais Especializados Ambulatórios Especializados Fundação Alfredo da Matta Fundação de Hemoterapia do Amazonas Unidade Cardoso Fontes Posto de Assistência Médica – PAM
Referência Local	Pronto atendimento Comte Telles Serviços de Pronto Atendimento Estaduais Ambulatório de Alta Resolutividade do Município Casa da Mulher Centros de Saúde Municipal Centros de Referência do PMF

Figura 4 - Quadro de articulação de referências do Programa Médico da Família

Fonte: Projeto de Implantação do Programa Médico da Família (SEMSA, 1999).

4.2 Análise dos resultados da pesquisa

Este item compreende a descrição e análise dos resultados do estudo na perspectiva dos atores entrevistados, e tomando-se como referência os postulados teóricos, as normativas legais e as fontes de informações institucionais.

Os dados obtidos foram estudados e foi efetuada uma análise de conteúdo de acordo com as áreas concernentes ao processo de gestão, no qual o Sistema Único de Saúde fundamenta-se e também no modelo do programa Médico da Família de Cuba, sendo considerados a análise do modelo vigente em Manaus, que envolve questões concernentes a sua implantação e ao desenvolvimento de suas atividades em três anos de operacionalidade do Programa.

Contextualmente, podemos afirmar que dos resultados das perguntas efetuadas é considerado como motivação inicial para implantação do programa a

decisão política da gestão municipal, respaldado no princípio normativo do Sistema Único de Saúde, onde o paradigma assistencial deve estar centrado em uma nova abordagem de saúde, que tem como prioridade a atenção básica e, neste sentido o Programa Médico da Família é a estratégia primordial para esta nova dinâmica

A fim de facilitar uma melhor visualização dos resultados analisados, apresentam-se a seguir algumas considerações contextuais do Programa.

A implantação do Programa Médico da Família de Manaus, caracterizou-se primordialmente pela construção das Casa de Saúde , sendo incipiente as estratégia de gestão de pessoas, materiais, logística de abastecimento e manutenção dessas casas.

Com planejamento operacional, que definiu a inauguração sistemática de três casas por semana, a Secretaria Municipal de Saúde, não criou condições técnicas para um acompanhamento eficaz, o qual no primeiro momento pudesse estar direcionado para os indicadores epidemiológicos locais e para o processo gerencial estratégico. Dessa forma, cada equipe desenvolveu suas atividades de acordo com o conhecimento empírico e as inferências pessoais de cada membro.

A realização de treinamento introdutório para a equipe médica foi insuficiente para a consolidação de conhecimento, referencial ao novo paradigma de saúde proposto pelo modelo Saúde da Família, o qual transforma a prática acadêmica, alicerçada em um modelo centrado no biologicismo, mecanicismo e individualismo, para uma prática de assistência comunitária.

Apesar dos esforços, a proposta de capacitação se direcionou a um modelo excludente, onde a direcionalidade ficou centrada no modelo “Médico da Família”, descaracterizando um conhecimento uniforme pela equipe multidisciplinar, conforme postula a abordagem do Programa Saúde da Família em seu arcabouço conceitual.

Perseguir a qualidade requer qualificar e manter atualizados médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – enfim, todos os profissionais da equipe de saúde. Uma dificuldade adicional surge quando se verifica no Brasil (como, de resto da América Latina), não formamos, de forma regular e sistemática, nem médico da família nem clínicos gerais. (CAPISTRANO FILHO, 1995).

Nesse sentido, podemos observar que o programa de capacitação inicial não proporcionou a toda a equipe os conhecimentos suficientes sobre a ideologia básica do programa, no que se refere a conhecimentos técnicos e científicos. Isto posto, podemos inferir que não estando a equipe em sintonia com este processo educacional as dificuldades tornam-se emergentes no cotidiano das ações, remetendo-se a uma prática inadequada, centrada apenas em operacionalidade de tarefas.

Considerando, como já exposto anteriormente neste trabalho, a medicina familiar não significa somente mudança de modelo de saúde, mas também de filosofia, de enfoque, de forma a entender a realidade, de estudar, de aplicar e de interpretar o processo saúde-doença, para tanto se faz necessário primordialmente que a equipe esteja apta para entender o Programa com toda esta abrangência.

Desde a sua implantação o Programa Médico da Família, tem investido sistematicamente em capacitação e educação continuada, no entanto este modelo ainda estar centrado em treinamentos realizados com conteúdos notadamente técnicos e muito pouco sendo considerado do caráter multidisciplinar.

O fato do programa não ter as equipes de supervisão estruturada em numero suficiente e com capacitação técnica para desenvolver as atividades de educação continuada e as interconsultas, também tem contribuído significativamente para uma melhor estruturação das equipes básicas, no que concerne ao seu aprendizado.

No que diz respeito a participação comunitária, as “ações do PSF devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação no que se refere à participação popular. Muito mais do que apenas segui-la, o PSF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular e saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população.” (MS,2000)

Constata-se, entretanto, que na fase de implantação do Programa Médico da Família de Manaus, não ocorreram discussões sistemáticas com as comunidades que seriam o alvo de intervenção do projeto. A metodologia adotada foi a de consulta aos líderes de comunidade, o que posteriormente veio contribuir para um alto nível de desinformação da comunidade no que se refere ao trabalho desenvolvido pelas equipes do PMF.

A comunidade não estava orientada para os princípios básicos do SUS de universalidade, equidade, acesso e participação comunitária. Mormente, procuravam as unidades como substitutas dos Centros de Saúde tradicionais para consultas e pronto atendimento para procedimentos emergenciais.

Reverte-se, portanto, um princípio básico de participação comunitária e controle social, onde a população é participante das políticas públicas de saúde no sentido de conjuntamente elaborar as atividades a serem executadas, principalmente para a identificação dos grupos prioritários na prevenção e promoção de saúde.

Nesse contexto, pode-se deduzir que a participação comunitária, foi marginal as necessidades do programa, que deveria ter propiciado uma mobilização popular nas áreas de abrangência do programa, reunir com os moradores, de forma a conhecer detalhadamente as propostas de construção do programa, pois cada membro da equipe teria a oportunidade de conhecer a história de sua comunidade adscrita, suas formas de convivência e organização, a hierarquia de seus problemas estabelecidas primordialmente por quem os sofre, as suas reações e aspirações, no que concerne aos serviços oferecidos.

Capistrano Filho (1995), refere-se a este contexto, discorrendo que as relações da equipe do Programa Saúde da Família com a comunidade não floresce somente através de uma relação de respeito entre médicos, enfermeiras e agentes comunitários. É a partir da comunidade que melhor se conhece a cultura sanitária predominante na população, fruto da acumulação crítica de saberes julgados científicos no passado, mas também resultados de esforços ingerentes para sobreviver em meio a toda sorte de privação e adversidade. Conhecer o que há de útil e eficaz no saber da população é uma decorrência natural desses contatos, bem como o afã de legitimar aquelas práticas que dão resultados, mas não são reconhecidas, usando-se métodos científicos. Essa é uma das características diferenciais do programa Médico da Família.

No que diz respeito ao sistema de informação do Programa Médico da Família de Manaus, este tem sido insuficiente em termos de qualidade e quantidade nestes três anos de operacionalização do programa. Apesar dos esforços envidados no sentido da consolidação de um sistema de informação que pudesse responder de modo eficaz as demandas do programa, na prática isto não ocorreu.

Conseqüência notória, é que o programa não estabeleceu uma linha de base da situação de saúde das áreas adscritas do programa, não permitindo, portanto um planejamento fidedigno com o perfil epidemiológico de cada área, e, conseqüentemente não permitindo que as estratégias e ações propostas fossem adequadas a realidade. A reversão de indicadores não pode ser aferida, nesses três anos de programa, pois a direcionalidade emana de uma ação central, que não leva em consideração as características de cada localidade.

Em conformidade com o princípio da integralidade, o atendimento no PSF deve, em situações específicas, indicar o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade. Estes encaminhamentos não constituem uma exceção, mas sim uma continuidade previsível e que deve ter critérios bem conhecidos tanto pelos componentes das equipes de Saúde da Família como pelas demais equipes das outras áreas do sistema de saúde. (MS, 2000)

Para Andrade (1988, p. 82), “o desenho do modelo assistencial deve responder, de forma eficaz, eficiente, eqüitativa, integral e resolutive, aos problemas sentidos pela população, ao mesmo tempo em que contribui com o desenvolvimento de políticas intersetoriais que dêem conta de suas soluções. A rede de serviços seja em nível local, regional, estadual ou interestadual, deve estar devidamente organizada e hierarquizada. Precisa estar estruturada de modo a contemplar, através de um sistema de referência e contra-referência, atendimentos pertinentes aos três níveis de atenção – primário, secundário e terciário”.

No caso do Programa Médico da Família de Manaus, o sistema de referência e contra-referência nunca foi implantado, o programa limita-se a utilizar os Centros de Referências do próprio PMF e as estruturas já existentes, encaminhado de modo informal e desordenado os pacientes, estabelecendo como característica um modelo isolado dentro do Sistema Único de Saúde, quando deveria ser a porta de entrada do sistema.

Nessa mesma linha de raciocínio, pode-se também fazer inferência, de que a intersetorialidade não vem ocorrendo, pois segundo o MS (2000) “os profissionais do PSF deverão atuar como catalisadores de várias políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente são algumas das áreas em que devem estar integradas as ações do PSF, sempre que possíveis. Constata-se que no PMF Manaus, isto não se dá.

Considerando que as diretrizes ministeriais definem que o pressuposto básico do PSF é o que de quem planeja deve estar imerso na realidade sobre o qual se planeja e que, além disso, o processo de planejamento deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva de saúde e de qualidade de vida da população assistida, alguns aspectos de programa devem ser considerados.

No tocante as atividades de planejamento e gestão, no que concerne a dinâmica de expansão do programa, não há estudos técnicos direcionados, ocorrendo várias modificações de área territorial e aumento da clientela adscrita, descaracterizando a proposta inicial de 1050 famílias por casa de saúde, isto conseqüentemente altera a rotinas de trabalho e sobrecarrega os profissionais de saúde.

Falta unicidade ao que se refere a uma proposta de normas e condutas a serem seguidas por toda equipe. Isto tem gerado um gerenciamento desarticulado e empírico, onde cada zona de atuação propõe um modelo de gestão de acordo com sua percepção. Os padrões são divergentes e aleatórios centrado em um modelo administrativo clássico que não leva em consideração o potencial intelectual da equipe, a concentração em problemas específicos e a aproximação com os objetivos institucionais, gerando, portanto, desarticulação da equipe.

Depois destes três anos de execução do programa é possível constatar o potencial do programa, que conta cada vez mais com o apoio popular e o fortalecimento institucional. No entanto, apesar do programa médico da família propor uma nova forma de gerar saúde centrada na medicina comunitária, ainda há culturalmente uma supervalorização do saber médico.

A inserção do enfermeiro, em 2002, vem consolidar a preocupação por parte do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde de Manaus, no estabelecimento de uma nova lógica de atendimento, onde a equipe multiprofissional atua conjuntamente em ações de prevenção e promoção à saúde.

Apesar desta ser a idéia básica do programa, ainda é muito deficiente a abordagem social por parte de toda a equipe, talvez reflexa da insuficiência na estrutura formadora de todas as categorias profissionais, onde nos conteúdos

acadêmicos inexistem técnicas pedagógicas de abordagem e enfoque biopsicossocial da comunidade.

Em seqüência a essa análise contextual, discorre-se a seguir o resultado consolidado das entrevistas realizadas com os informantes-chave do Programa Médico da Família de Manaus.

- *Pergunta 1. Quais são os principais aspectos gerenciais do Programa Médico da Família que tem contribuído para a melhoria da saúde da população?*

Da análise das informações colhidas com esta pergunta percebe-se que na visão dos entrevistados o aspecto gerencial mais significativo é a descentralização gerencial e operacional. Os entrevistados são de opinião que os coordenadores de zona e os médicos que atuam também como gerentes das casas de saúde tem decisão com relativa autonomia. As respostas a esta pergunta foram especificamente diferenciadas para cada entrevistado, parecendo múltiplos aspectos deste processo gerencial, o que vem referendar a análise anterior da falta de unicidade no processo de planejamento. As respostas mais evidentes sobre os principais aspectos gerenciais foram: existência de horizontalização administrativa, divisão do gerenciamento por áreas correspondentes as zonas da cidade, constatação de uma gerência geral que assume uma função político administrativa contrapondo-se às gerências e áreas exercidas por profissionais médicos, com atribuições mais técnicas, capacidade dos gerentes para a sensibilização de sua equipe para o trabalho, o monitoramento das atividades propicia imediata adaptações do programa quando elas se fazem necessárias, diretrizes gerenciais caracterizadas pelos sete eixos básicos da Norma de Atenção à Saúde – NOAS do Ministério da Saúde, Aquisição do profissional enfermeiro, bom relacionamento entre as Casas de Saúde e o Centro de Referência, o Programa tem sido a primeira intervenção nas áreas periféricas da cidade de Manaus, mudança de visão de uma gerência centrada no tecnicismo para um enfoque não na doença, mas na saúde. Esses resultados permitem visualizar que os aspectos gerenciais estão mais centrados na estrutura operacional do programa e não direcionados a reversão do perfil epidemiológico da população.

- *Pergunta 2. Em relação ao nível gerencial do Programa identifica-se um desempenho na busca do alcance dos objetivos do Programa? Quais os aspectos positivos e negativos que você identifica?*

Nenhum dos entrevistados direcionou as respostas à primeira questão, preferindo elencar pontos positivos e negativos.

No que diz respeito os aspectos positivos, as respostas foram praticamente diferentes, pois foram enumerados, enquanto aspecto positivo: estruturação da equipe de supervisão, humanização no atendimento às famílias, o processo de descentralização é um indicativo primordial para a consolidação dos distritos sanitários, apoio político ao programa por parte dos gestores, envolvimento da equipe básica na consecução das atividades, a população já estar aprendendo a criar vínculo e, a saber, o que significa o programa. Quando perguntado sobre os aspectos negativos, 90% das entrevistas, citou a dificuldade de manutenção e o apoio logístico ao Programa, o que tem implicado em uma baixa capacidade resolutiva dos gerentes. Na opinião dos entrevistados o Programa avançou nas questões técnicas e tem se mantido paralisado nas questões administrativas no nível operacional. No entanto, outros pontos negativos importantes foram citados: a falta de um sistema de informação do programa, espaço inadequada nos Centros de Referência, alta rotatividade de médicos interna e externa, inadequação quantitativa e qualitativa da equipe de supervisão. Nos aspectos referenciados no conteúdo das respostas desta pergunta, podemos mais uma vez observar que as questões concernentes a situação epidemiológica não aparecem como fatores relevantes, nem do ponto de vista positivo, como do negativo. Nota-se também referência a outros aspectos da gestão tais como: capacitação de recursos humanos, motivação de equipe e qualidade dos serviços.

- *Pergunta 3. Há uma compatibilização entre os objetivos e metas do Programa e as ações que estão sendo desenvolvidas, no que se refere a outros modelos de PSF, principalmente o modelo cubano.*

A análise das respostas desta pergunta evidencia que o modelo em referência é o modelo cubano. Foi respondido que a despeito de Manaus seguir a normas do modelo de Cuba, há características diferentes e a diretriz política é também diferente. Foi evidenciado também a territorialização, que em Manaus é praticamente diferente do modelo cubano, pois naquele país é bem menor a área de abrangência. No que diz respeito aos Centros de Referência foi constatado que é um modelo distorcido dos Policlínicos de Cuba. Outro aspecto referido é o que concerne a supervisão, que segundo as respostas este, é um modelo totalmente

oriundo de Cuba, com apenas algumas adaptações de Manaus, apesar de que tecnicamente ainda há algumas considerações a serem adaptadas, pois o profissional de Cuba realmente faz a interconsulta e é responsável inclusive pelo acompanhamento do óbito, o que não é feito aqui na Cidade de Manaus. Chama atenção a resposta que inclui, quanto ao modelo cubano “tentamos estabelecer uma hierarquização do atendimento segundo grupos de população: os doentes, os supostamente sadios, os em risco de adoecer e os com seqüelas”, neste caso vale a observação de não similaridade com o modelo de Cuba, tendo em vista que as diretrizes normativas daquele programa determinam a responsabilidade por cada cidadão do país, não é um ato de tentar. Foi evidenciado, também nas resposta que Cuba é do tamanho da Zona Leste de Manaus, com um contingente populacional muito mais significativo, o que é notório equívoco geo-demográfico. No que se refere aos números de família para cada equipe, o direcionamento é de acordo com as diretrizes do Governo Brasileiro, e não como o Modelo de Cuba que atribui para cada Médico apenas 600 pessoas. É interessante observar que a proposta de educação à saúde de Manaus é similar à de Cuba, na visita domiciliar que é o primeiro contato do agente comunitário de saúde, ele atende toda a família independente de algum membro estar doente ou não, fazem também verificação do ambiente sanitário. No entanto, é importante ressaltar que o Médico da Família de Cuba, não somente faz esta visita e inspeção ambiental ele também é responsabilizado, e tem poder fiscalizador sobre este ambiente família e da comunidade, portanto este contexto estabelece uma diferença entre os dois programas.

- *Pergunta 4. O modelo de planejamento adotado privilegia os princípios do SUS (universalidade, equidade, acesso e participação comunitária)? Como se dá este processo na prática dos serviços?*

Antes de fazer qualquer análise sobre as respostas concernentes a esta pergunta, é preciso esclarecer que os princípios do SUS são automaticamente diretrizes para o PSF, e, portanto, condição única de operacionalidade eficaz do Programa. Da análise da pergunta 4, podemos dizer que todos os entrevistados responderam que o Programa presta a universalidade do atendimento. Este aspecto foi respaldado no conceito de universalidade que se refere à saúde para todos os cidadãos. Considerando que primeiramente há uma delimitação de área e conseqüentemente de micro-áreas do programa, onde todas as famílias são

cadastradas e identificadas, podemos inferir que, periodicamente, estas famílias são visitadas e potencialmente a elas é ofertado universalmente serviços de saúde. Convém, no entanto, indagar sobre as deficiências de outros aspectos relativos à saúde, tais como saneamento básico e referência e contra-referência. Ao ser abordado aos conceitos de equidade e acesso, as respostas foram praticamente direcionadas que estes dois princípios não são em sua totalidade ofertados à população. Houve algumas referências que esta responsabilidade estaria ultrapassando as atribuições do Programa que estar centrado apenas na atenção básica. A participação comunitária ainda é incipiente, segundo a maioria das respostas, talvez pela própria falta de organização popular ou pela desarticulação da equipe do PMF e a Comunidade. Foi também referenciado que a inexistência do processo de Municipalização da Cidade de Manaus tem sido um dos fatores que mais tem dificultado o processo de efetivação do SUS.

- *Pergunta 5. O Processo de trabalho do programa e ações de saúde tem se desenvolvido de modo sistemático de forma que caracterize um processo de gestão eficaz? O que você acha que precisa melhorar?*

Nesta pergunta, consolidam-se na resposta as expectativas dos atores envolvidos com o Programa Médico da Família de Manaus. Evidenciam-se deficiências no porte aos problemas operacionais e logísticos do programa. Há entendimento pela maioria dos entrevistados de que existe deficiência no sistema de informação e na implantação de um sistema de referência e contra-referência, que se solucionados estariam dando uma direcionalidade mais técnica ao Programa. Evidencia-se também a necessidade de ampliação das coordenadorias de zona, para a efetivação de Distritos Sanitários de Saúde, o que indica que no âmbito do programa a proposta postulada no SUS tem sido discutida, inclusive com proposta de colocar este nível gerencial em local de maior acessibilidade à população, como nos eixos centrais das estradas principais dos bairros. Foram indicados também alguns aspectos de planejamento e gestão tais como: atualização de fluxograma e organogramas do Programa, definição de protocolos para os programas específicos, melhor planejamento regional, rediscussão do processo gerencial. Nas respostas a esta pergunta, também aparece claramente a necessidade de educação continuada, capacitação de recursos humanos, informação à população e efetivamente implantar Policlínicos e não Centros de Referências.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A Constituição Federal de 1988, assevera que “a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

Tomando como base o pensamento estratégico do PMF, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, a Secretaria de Saúde de Manaus vem possibilitando a reorganização das práticas assistenciais, com novas bases conceituais e critérios de substituição do modelo tradicional de assistência, orientada para a cura das doenças e hospitalocêntrico.

Desta forma, pode-se observar com o resultado deste estudo que o Programa Médico da Família de Manaus enfrenta alguns desafios e problemas inerentes ao processo de implantação de qualquer Programa, ainda mais se se considerar que esta estratégia propõe um novo paradigma de gestão que envolve entre outros aprendizados, a inter-relação com a comunidade.

A partir desse contexto algumas ponderações devem ser feitas sobre o que é importante implementar neste Programa, para que ele se consolide de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. Vale ressaltar que as propostas aqui apresentadas estão fundamentadas nos princípios organizativos do SUS e nas estratégias do Ministério da Saúde no que concerne ao Programa Saúde da Família, sempre sendo considerada a percepção individual do pesquisador.

Apesar dos pontos positivos identificados no decorrer deste trabalho, o que se caracteriza como estímulo para a continuidade do Programa, alguns resultados demonstram que os objetivos fundamentais do Programa Médico da Família não estão sendo cumpridos, como a implantação do sistema referência e contra-referência, a intersetorialidade, além de uma deficiente prioridade no desenvolvimento de ações de promoção à saúde.

Esse contexto estabelece, que a estratégia estabelecida para a operacionalização do Programa Saúde da Família não tem se consolidado enquanto mudança e construção de novas práticas sanitárias, capazes de inverter a lógica do modelo atual de atenção à saúde. Embora os achados do estudo realizados apontem a efetivação da universalização do atendimento e a possibilidade de acesso da população aos serviços, ainda é preciso criar mecanismos concretos de participação da comunidade no Programa, investindo em campanhas sistemáticas de divulgação dos princípios do mesmo e sobre a importância desta participação. Necessário se faz, também, subsidiar a equipe básica do PMF sobre mobilização e organização comunitária.

No que diz respeito aos aspectos positivos e negativos do programa, e as proposições para seu melhor funcionamento, elencadas pelos entrevistados, algumas recomendações também devem ser feitas, como: a necessidade de educação continuada dos profissionais do programa, a necessidade de melhoria de apoio logístico do programa, com o aporte de medicamentos básicos e o sistemático serviço de manutenção.

Positivamente o Programa Médico da Família tem dado respostas satisfatórias no que concerne ao melhor acesso ao atendimento de saúde, melhor resolutividade da atenção no aspecto de acompanhamento à assistência de alguns grupos populacionais – gestantes, crianças – ou a pacientes cometidos por doenças como hipertensão, diabetes e hanseníase e, também a periodicidade de visitas domiciliares.

É importante também registrar, principalmente quando se estabelece a análise comparativa com o modelo cubano, e neste caso excluindo-se uma análise ideológica de sistema de governo, que caracteristicamente o Médico da Família de Manaus não reside na localidade onde trabalha, o que dificulta a contratação e a fixação do profissional nas áreas mais distantes.

Conclui-se que o programa é uma estratégia em construção de um novo modelo, mas que somente através da organização dos Distritos Sanitários e da Municipalização da Saúde na cidade de Manaus, pode-se alcançar resultados na prestação dos serviços à população. Portanto, há necessidade de uma grande discussão, entre os gestores, com participação dos profissionais e da comunidade, para o estabelecimento de novas diretrizes para o Programa.

Assim, com base no estudo realizado, bem como na referência da proposta em descrever e analisar o Programa Médico da Família de Manaus, as seguintes recomendações podem ser formuladas:

- Reavaliar as estratégias de gestão, com o objetivo de identificar distorções e diretrizes do Programa ou do processo de trabalho;
- Implantar processo de monitoramento e avaliação do PMF/Manaus, como instrumento que permita enfrentar e superar os problemas identificados na implantação do Programa;
- Efetivar a Norma Operacional de Assistência (NOAS), de modo que incorpore uma maior resolutividade à Atenção Básica e possibilite a integralidade das ações;
- Criar Escola de Capacitação de PSF, no Município, objetivando o treinamento e desenvolvimento das equipes e a educação continuada;
- Reavaliar os conceitos de cidadania e participação popular que norteiam o PMF/Manaus, com vistas a assegurar a sua sustentabilidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Francisca Maria. *O Programa Saúde da Família do Ceará*. Expressão Gráfica e Editora Ltda., Fortaleza, 1998.
- ANTÔNIO, Carlos Gil. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. Editora Atlas, 3 ed. São Paulo, 1996.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Editora Nova Fronteira, São Paulo, 1994.
- BENCHIMOL, Samuel, *Amazônia: Um pouco antes e além depois*. Editora Umberto Calderaro, Amazonas, 1994.
- BACH, Dr. Stephen. *Tendências de La Reformas Sectoriales de Salud en Europa y sus Repercusiones em la Gestión de Recursos Huamanos*. Escuela de Administración de Empresas Warwick, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos saúde da família: construindo um novo modelo*. Brasília, 1997. v.1.
- BORTOLINI, Maristela H. C. *Qualidade de Vida no Trabalho: um estudo de caso no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da UFSC*. 2000. 133 p. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. *Reports in Public Health*, vol.17 nº1 , Rio de Janeiro jan/fev/2001
- CASTELAR, Rosa Maria et all. *Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro*. Cooperação Brasil – França, ENSP Editeur, França ,1993.
- CECÍLIO, Luiz Carlos e Oliveira (org) . Merhy, Emerson Elias, Campos, Gastão Wagner de Sousa, Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. *Inventando a Mudança na Saúde*. Saúde em Debate - Série didática, 2ª edição, Editora Afiliada São Paulo, 1997.
- CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL. Brasil, 1988.
- CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à Teoria Geral da Administração*, 7ª edição. Makron Books, São Paulo, 1998.
- COSTA, Carolina Gomes. *Os programas sociais de comprometimento dos empregados: um estudo de caso na cerâmica Porto Bello*. 2000. 144 p. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE, Revista n.º 21, Rio de Janeiro, dezembro/1994.
- _____ . Revista n.º 8, Rio de Janeiro, maio/1992.

DOMINGUEZ, Benedito Narey Ramos. *O Programa de Saúde da Família: como fazer*. São Paulo: Benito Narey Ramos Dominguez, 1998.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Org. *Administração de Saúde no Brasil*. Biblioteca Pioneira de Administração de Negócios, 2º ed. São Paulo, 1995.

_____. *O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea*. Biblioteca Pioneira de Administração de Negócios, 2ª ed. São Paulo, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Censo, 200/IBGE, Brasil.

JIMÉNEZ, Julio Suárez. *Elementos para el debate de la reforma sanitaria y su sentido para Cuba*. Revista Cubana de Saúde Pública. Cuba, jan./ 1996.

JÚSTIZ, Félix; ROMANI, Maria Eugenia Toledo; CHÁCON, Dennis Pérez; RAMIREZ, Ernesto Sánchez. *A globalização y el modelo de Medicina General Integral en Cuba*. Revista Cubana de Medicina Geral, Retos y Oportunidades 2000, 16 (1), 73 - 9. Cuba, dez., 1998.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de Metodologia Científica*. Editora Atlas, 3ª ed. rev. e ampl. SP, 1994 .

LEI n. 8080, de 19 de setembro de 1990.

LEI n. 8142, de 28 de dezembro de 1990.

MARGOTTA, Roberto. *História Ilustrada da Medicina*. Editora Manoel, São Paulo, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Itucitec abrasco, SP-RJ, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Família: Uma estratégia para reorganização do modelo assistencial*. Brasília, 1998.

_____. *Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família*, Caderno nº 3, Brasília, 2000.

_____, NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / NOAS janeiro/2001.

_____. *Revista Promoção da Saúde*, ano 2, n. 3, Brasília, ago. 2000.

_____. *Revista Promoção da Saúde*, ano 1, n. 4, Brasília, dez 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Renovação da estratégia de saúde para todos: princípios orientadores e tópicos essenciais para a elaboração de uma política de equidade, solidariedade e saúde*. Brasil. Fundação Osvlado Cruz/OPS, 1996.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. *Tratado de Metodologia Científica*. Editora Pioneira. São Paulo, 1997.

PIMENTA, Aparecida Linhares Pimenta (org.) *Saúde e Humanização: a experiência de Chapecó*. Editora Hucitec, Chapecó, 2000.

PROGRAM DE ATENCION MEDICA INTEGRAL A LA FAMILIA: Dirección Nacional de Atención Ambulatorial: Ministério da Salud Pública, 1996.

PUCCI, Viviane Rodrigues. *Competências Gerenciais: Significado e importância*. Dissertação de mestrado em Administração . Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2000. 190 p.

REPORT FOR CUBA. *Home Of The Family Doctor Program*. Academia de físicos de Dakota do Sul, EUA, 2001.

RAMOS, Rosana Amador, Dissertação. *Núcleos da 3ª idade e a melhoria da qualidade de vida dos participantes: um estudo dos programas das universidades do Centro-Oeste Paulista-SP*. Marília (SP), 1999.

RENOVAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE PARA TODOS: *Elaboração de uma política de equidade, solidariedade e saúde*: documento de consulta. OMS/OPS, RJ, 1996.

ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. 2ª ed. Hucitec; Editora da Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 1994.

SANTOS, Lenir e GUIDO, Ivan de Carvalho. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)*. São Paulo, 1992.

SALOMOM, Délcio Vieira. *Como Fazer Monografia*. Martins Fontes, São Paulo, 1994.

SAÚDE EM DEBATE. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*, setembro/94, nº 44 pág. 20.

_____. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde* dezembro/2000, p. 8

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS (AM). *Plano de Ação do Programa de Saúde da Família*. Manaus, 1999.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, *Proporção de óbitos por Faixa Etária*, Manaus/200, SUSAM/DEVIS/2000

SEVERINO, Antônio Joaquim . *Metodologia do Trabalho Científico*. Cortez Editora. 20ª ed. ver. e ampl. São Paulo, 1996.

TEIXEIRA, Hélio Janny; YOSHIZAKI, Hugo Tsugurobu Yoshida; TEIXEIRA, Maria Odeth Pereira de Almeida; MARTELANC, Roy; SALOMÃO, Sérgio Mattoso; SANTANA, Solange Maria. *Remodelando a Gestão Pública*. São Paulo: Edgard Blücher Ltda., 1995.

UNICEF. *Cuidados Primários de Saúde*. Relatório. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978. Brasília, 1979.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. *A priorização da família nas Políticas de Saúde*. Saúde em Debate, n-53, v. 23. Rio de Janeiro: set/dez, 1999, p. 6-19.