



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MESTRADO ACADÊMICO DE SAÚDE PÚBLICA**

FRANCISCO MAGLONIO GOMES

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA:
uma realidade no município de Juazeiro do Norte-Ceará**

**FORTALEZA – CEARÁ
2008**

FRANCISCO MAGLONIO GOMES

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA:
uma realidade no município de Juazeiro do Norte-Ceará

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Fortaleza – Ceará
2008

G633p Gomes, Francisco Maglioni
Programa saúde da família como estratégia de atenção primária: uma realidade no município de Juazeiro do Norte-Ceará / Francisco Maglioni Gomes. — Fortaleza, 2008.
94 f. : 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.
1. Profissionais de saúde. 2. Políticas de saúde. 3. Programa Saúde da Família. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD: 610.69

Universidade Estadual do Ceará
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título da Dissertação: PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA: uma realidade no município de
Juazeiro do Norte-Ceará

Autor: Francisco Maglionio Gomes.

Data da Defesa: 14/03/2008

Conceito Obtido: _____
Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Universidade Estadual do Ceará
Presidente

Prof. Dr. Luis Odorico Monteiro de Andrade
Universidade Federal do Ceará
1º Membro

Profª. Drª. Lúcia de Oliveira Conde
Universidade Estadual do Ceará
2º Membro

RESUMO

Este estudo analisa as práticas e organização das equipes do Programa Saúde da Família, PSF, no município de Juazeiro do Norte a partir da discussão dos elementos que caracterizam a atenção primária, segundo o proposto por Starfield (2002). O contexto teórico escolhido entende a atenção primária como o nível de atenção, no sistema de serviços de saúde que orienta os cuidados aos cidadãos, perpassando por todos os níveis assistenciais, através dos atributos: Primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação. A pesquisa é qualitativa, utilizando-se as técnicas de grupos focais, entrevistas não estruturadas e observação não participante. Foram realizados grupos focais com médicos, enfermeiras e agentes de saúde; entrevistas com usuários e secretário de saúde do município; observação não participante em oito unidades de saúde do PSF no município. Por meio dessas técnicas buscou-se avaliar o nível de observação dos elementos estruturais e processuais que caracterizam os atributos da atenção primária: acessibilidade, definição da população eletiva, variedade de serviços e continuidade da atenção, como elementos estruturais. Utilização dos serviços e reconhecimento de necessidades, ou de um problema, como elementos processuais. A percepção dos participantes expressa em depoimentos e os resultados da observação forneceram um painel de informações que mostraram um painel claro da perspectiva sistêmica e das necessidades de mudanças na compreensão e na postura dos principais atores, responsáveis pela saúde no município. O PSF se apresenta como um modelo tradicional médico-hegemônico, de práticas curativas com priorização exacerbada, aos programas verticais do Ministério da Saúde. A população sente o acesso reduzido aos serviços primários por barreiras intransponíveis impostas pela organização da atenção. A integralidade da assistência está longe de ser atingida, pela ausência de mecanismos de coordenação, ou de continuidade da atenção, mesmo considerando-se que exista adscrição compulsória da população às unidades de saúde do PSF. Não há um enfoque nas práticas de saúde englobando o contexto familiar, e o fortalecimento comunitário é esquecido.

Palavras-chave: Profissionais de saúde, Políticas de saúde, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study to analyze the practices and organization of staffs of Family Health Program, in municipal of Juazeiro do Norte from discussion of elements that feature the primary attention, according the proposed by Starfield (2002). The theoretical context chosen understands the primary attention as level of attention, in the system of health services that orientates the cares to citizens, perpassing by all the assistential levels, through the features: First contact, longitude, integrality, coordination. The research is qualitative, using the techniques of focal groups, interviews not-structured and observation not participant. It was done focal groups with doctors, nurses and health agents; interviews with users and secretary of health of municipal; observation not participant in eight unities of health of Family Health Program in municipal. Through these techniques it searched to evaluate the level of observation of structural and processual elements that characterize the features of primary attention: accessibility, definition of elective population, variety of services and continuity of attention, as structural elements. Use of services and recognizing of needs, or a problem, as processual elements. The perception of participants expressed in testimonies and the results of observation provided a board of informations that shown a clear board of systemic perspective and needs of changes in comprehension and stand of main actors, responsables by health in municipal. The Family Health Program presents itself as a traditional model doctor-prevalence, of heal practices with main focus to vertical programs of Health Ministry. The population feels the access reduced to primary services by barriers undefeatable imposed by organization of attention. The integrality of assistance is away to be reached, by ausence of mecanisms of coordination, or continuity of attention, even deeming that exist adscrition compulsory of population to unities of health of Family Health Program. There is no focus in practices of health engulfing the familiar context, and communitary strengthening is forgotten.

KEY-WORDS- Professionals of health, Policy of health, Family Health Program

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABH	– Associação Brasileira de Hospitais
ABRAMGE	– Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABS	– Atenção básica de saúde
ACS	– Agentes Comunitários de Saúde
AIS	– Ações Integradas de Saúde
CAPs	– Caixas de Aposentadoria e Pensões
CIT	– Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	– Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	– Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAC	– Coordenação de Saúde da Comunidade
DAB	– Departamento de Atenção Básica
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
FMJ	– Faculdade de Medicina de Juazeiro
IAPs	– Institutos de Aposentadorias e Pensões
IMIJUNO	– Instituto Materno Infantil de Juazeiro do Norte
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LOPS	– Lei Orgânica da Previdência Social
MS	– Ministério da Saúde
NOAS	– Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBs	– Normas Operacionais Básicas
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OPAS	– Organização Panamericana de Saúde
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	– Programa Agentes de Saúde
PCAT	– <i>Primary Care Assessment Tool</i>
PIASS	– Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	– Produto Interno Bruto
PROESF	– Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
PSF	– Programa Saúde da Família
PSIC	– Pronto Socorro Infantil do Cariri
RH	– Recursos humanos
SESP	– Serviço Especial de Saúde Pública
SF	– Saúde da Família
SIAB	– Sistema de Informação de Atenção Básica
SILOS	– Sistemas Locais de Saúde
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralização de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UNICAMP	– Universidade de Campinas
UNICEF	– Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 CONFORMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	9
1.2 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	16
1.3 SAÚDE DA FAMÍLIA, A ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	21
1.4 BASES TEÓRICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	30
2 JUSTIFICATIVA.....	39
3 JUAZEIRO: história e contexto.....	40
4 OBJETIVOS.....	48
5 CONTEXTO METODOLÓGICO.....	49
5.1 ANÁLISE DOS DADOS.....	53
6 RESULTADOS.....	58
6.1 ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO.....	59
6.2 LONGITUDINALIDADE.....	66
6.3 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO.....	70
6.4 COORDENAÇÃO.....	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICES.....	88
A: ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	89
B: ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM USUÁRIOS.....	90
C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES.....	91
ANEXO.....	92
A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	93

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do Estado do Ceará passa continuamente por transformações importantes, ora na vanguarda, buscando inovar, ora acompanhando normas do Ministério da Saúde visando à consolidação de direitos da população garantidos pela Constituição de 1988.

Começou pela implantação do Programa Agentes de Saúde (PAS) no final dos anos 1980 que, de início tímido, se propagou a todos os municípios do estado do Ceará levando atenção e informações educativas para a população. Ao longo dos anos logrou êxitos, como a redução da mortalidade infantil, através do incentivo a práticas como aleitamento materno exclusivo, vacinação universal para crianças, gestantes e o uso da hidratação oral para crianças com diarreia, àquele tempo, a principal causa das mortes no primeiro ano de vida entre os lactentes cearenses.

O PAS tinha como características iniciais, que se mantêm até hoje, a seleção de pessoas que residam em sua área de atuação; número definido de famílias para cada agente, com territorialização ou área de abrangência definida e a supervisão de um profissional de nível superior. Embora em seu primeiro momento não houvesse a exigência de que fosse um profissional de Enfermagem a prática consagrou a presença do Enfermeiro na coordenação deste programa nos municípios.

Ao longo dos anos foram atribuídas aos agentes de saúde, mais e maiores atividades, no intuito de melhorar as condições de saúde das populações, principalmente rurais, obrigando na prática, a incorporação do profissional de enfermagem, por exemplo, para ampliação dos cuidados no pré-natal, promovendo assim maior prevenção à mortalidade materna e infantil no período neo-natal. As exigências por maiores e melhores intervenções em saúde iam-se acumulando ao longo do tempo com os resultados indiscutíveis do programa, que após os reconhecimentos nacional e internacional conseguidos por nosso estado, inclusive pelo Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), foi adotado pelo Ministério da Saúde para todo o país, como Programa de Agentes Comunitários de Saúde, (PACS), em 1991.

O Secretário de Saúde de Quixadá, percebendo a necessidade de agregar valores à prática assistencial, respondendo ao aumento de demandas reclamadas pela população e como consequência da necessidade de ampliação da oferta de serviços promovida pelo PACS, organizou uma reunião em seu município, com representantes de organismos internacionais, visando discutir uma nova proposta para a atenção básica, que incorporasse recursos médicos e de enfermagem, dados os limites do PACS. Participaram dessa reunião: Eugênio Vilaça (Organização Panamericana de Saúde – OPAS), Oscar Castillo (UNICEF), Hallim Antônio Girade (UNICEF) e Luis Odorico Monteiro, Secretário de Saúde de Quixadá (VIANA; DAL POZ, 1998).

Neste ano de 1993, foi iniciada em Quixadá a experiência de assistência à saúde através de algumas equipes compostas por médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde que se deslocavam a localidades rurais para provisão de atenção à saúde.

A concepção final do Programa Saúde da Família (PSF) ocorreu a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema “saúde da família” convocada pelo gabinete do ministro da saúde, Henrique Santillo, como resposta a uma demanda de secretários municipais de saúde que queriam apoio para efetuar mudanças na forma de operações da rede básica de saúde através da expansão do PACS para outros tipos de profissionais. Participaram dessa reunião, técnicos do Ministério da Saúde e de secretarias estaduais, secretários municipais de Saúde, consultores internacionais e especialistas em Atenção Primária. Além disso, foi importante por ter agregado técnicos das regiões Sudeste e Sul do país, e as experiências inovadoras nessas regiões, rompendo com o isolamento do PACS, isto é, com o seu confinamento às regiões Norte e Nordeste (VIANA; DAL POZ, 1998). Este modelo recebeu influências indiretas externas de diferentes sistemas de saúde, em especial do canadense, o cubano e o inglês. Durante as discussões foram propostas as diretrizes dessa estratégia de organização da atenção básica no país, com o objetivo de ser levada a todos os municípios brasileiros. Inicialmente, o PSF foi incorporado à Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (MS), sendo criada a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) – uma gerência específica para o Programa Saúde da Família. O primeiro documento do programa é de setembro de 1994, sendo assinalado que as diretrizes do programa foram definidas a partir da

reunião de dezembro de 1993, com citação de todos os participantes da mesma. Neste primeiro documento há a concepção de que o programa deverá funcionar como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, priorizando as áreas de risco para sua implantação (VIANA; DAL POZ, 1998).

1.1 CONFORMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A Atenção Primária à Saúde no Brasil teve uma evolução por ciclos, iniciando-se com o movimento do Sanitarismo Campanhista, nascido da reforma Carlos Chagas no início dos anos 20. Este momento se caracterizava por uma visão de combate às doenças de massa com forte concentração de decisões e com estilo impositivo de intervenção sobre as pessoas quer seja de forma individual ou social (CUNHA; CUNHA, 1995).

Nesse período foram criados e efetivados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional. Estava à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, que organizou e implementou ao longo do tempo instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Ao mesmo tempo adotou o modelo das “campanhas sanitárias”, destinado a combater as epidemias urbanas e mais tarde, as endemias rurais. Este modelo, de inspiração americana mas importado de Cuba, tornou-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil e no continente americano em geral (LUZ, 1991).

O modelo campanhista como se percebe sugere uma inspiração bélica, pois concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, adotando uma forma repressiva de intervenção médica nos corpos individual e social, consolidando-se assim como uma estrutura administrativa de saúde centralizadora, tecnoburocrática e corporativista, ligada a um corpo médico proveniente, em geral, da oligarquia rural que dominava a república velha (LUZ, 1991).

No decorrer dos anos vinte, além da reforma Carlos Chagas e do surgimento do “Sanitarismo Campanhista,” que formam ações de saúde coletiva, em 1923 foi promulgada a lei Eloy Chaves que foi definida por alguns autores, como marco do início da previdência social no Brasil.

Entre 1923 e 1930, em consequência dessa Lei, surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que eram organizadas por empresas de natureza civil e privada e eram responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. Eram financiadas com recursos de empregados e empregadores, administradas por comissões formadas com representantes da empresa e dos empregados, cabendo ao poder público apenas a resolução de conflitos (CUNHA; CUNHA, 1995).

Após 1924, foram criados os Centros de Saúde de inspiração americana, de um lado, e de outro nos sistemas Dawsonianos, de base populacional. Esses centros de saúde tinham uma população adscrita, utilizavam como ação fundamental a educação sanitária, focalizavam na promoção da saúde e na prevenção das doenças e faziam um corte nítido entre o campo da saúde pública e da atenção médica. Esses centros de saúde permaneceram restritos ao Rio de Janeiro e São Paulo tornando-se alguns, em Centros de Saúde Escola (MERHY, 1992).

O período após a revolução de 1930 liderada por Getúlio Vargas foi marcado por diversas modificações em relação a concepção e à organização da previdência social caracterizando-se, esse período, pela criação dos Institutos de Aposentadorias e pensões (IAPs), instituições organizadas não mais por empresas mas por categorias profissionais. Diferente dos CAPs a administração dos IAPs era dependente do governo federal. Nessa época instala-se tensão permanente por manutenção de uma estrutura de privilégios e a necessidade de extensão dos direitos sociais no Brasil, não só entre as categorias profissionais privilegiadas, como entre elas e o restante da população. Em relação às ações de saúde coletiva, esse período se caracteriza por ser a época em que o sanitarismo campanhista atinge o seu auge. Em 1937 é criado o primeiro órgão de saúde com dimensão nacional, o Serviço Nacional de Febre amarela; em 1939 o Serviço de Malária do Nordeste e em 40 o serviço de Malária da Baixada Fluminense (CUNHA; CUNHA, 1995).

No início dos anos 40 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), através de convênio do governo brasileiro com a Fundação Rockefeller e inspirado no modelo sanitário americano. Foi pioneiro na criação de unidades de atenção primária à saúde com ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais, sendo desenvolvidas, inicialmente nas

regiões de maior importância estratégica como o Norte e parte do Sudeste, mas sempre limitado pelas possibilidades de ação de um órgão federal (MENDES, 2002).

A partir de 1945 com o crescimento da industrialização e maior participação dos trabalhadores, ocorreu significativo e progressivo aumento de demanda por atenção à saúde incidindo sobre todos os institutos, culminando com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960.

A partir daí foi estabelecido o sistema de uniformização dos benefícios, provocando o aumento da irracionalidade do sistema, ao mesmo tempo que a população não previdenciária continuava discriminada não sendo atendida na rede previdenciária (PESSOA, 2006).

A partir da metade dos anos 1960, se estabeleceu uma política diferente, através de uma síntese nova de traços institucionais do Sanitarismo Campanhista e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária. Neste período generalizou-se a demanda social por consultas médicas; o protótipo da medicina como sinônimo de cura e restabelecimento da saúde individual e coletiva; a progressiva predominância de um sistema de atenção médica de massa, contra uma proposta de medicina social e preventiva. Assistimos finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantil e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991).

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo governo militar unificando todas as instituições previdenciárias setoriais e consolidando a prática da contratação de produtores privados de serviços de saúde. Ao longo do tempo foram desativados e/ou sucateados os serviços próprios da previdência, em uma política privatizante conduzindo à incapacidade gestora e reforçando sua irracionalidade; Faltava controle dos custos crescentes, o que provocava uma incapacidade para um planejamento racional associado à ausência de critérios técnicos para credenciamentos, que eram realizados por exigências políticas (PESSOA, 2006).

Segundo Pessoa (2006), os anos 70 foram caracterizados pela expansão e crise do modelo médico – assistencial privatista, sendo uma década marcada por uma ampliação constante da cobertura do sistema por aumento da oferta de

serviços médico – hospitalares e conseqüente pressão ao aumento dos gastos. A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em 1977 aconteceu em um contexto de contradições em um sistema cada vez mais pressionado pela crescente ampliação da cobertura e com dificuldades para reduzir os custos da assistência médica no modelo privatista e curativo vigente.

No final dos anos 1970, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta de atenção primária à saúde e a proximidade da conferência de Alma-Ata os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social fizeram expedir a Portaria Interministerial 001/78, em 26 de julho de 1978, estabelecendo diretrizes para execução dos Serviços Básicos de Saúde que, conhecido como Prev-Saúde, teve sua importância relacionada com a abordagem e introdução de aspectos inovadores na organização dos serviços de saúde, ressaltados por Geraldês (1992, p.97-100), pelo seu pioneirismo, entre os quais se destacam:

- a) A necessidade de suporte financeiro a nível federal; A hierarquização dos serviços de saúde, com complexidade crescente e sistema de referenciamento dentro de uma rede assistencial;
- b) A regionalização da rede assistencial;
- c) Recrutamento regionalizado de recursos humanos;
- d) Prioridade para a instalação de serviços básicos de saúde, onde se exercem as ações de saúde pública (ações básicas de saúde);
- e) Descentralização do sistema com a distribuição da coordenação, supervisão da execução e da avaliação por três níveis distintos (Federal, Estadual e Municipal);
- f) Democratização do sistema através de órgãos colegiados, inclusive a participação, a nível municipal, de representantes comunitários.

As normas operacionais desta portaria previam que as atividades de ações básicas, seriam aquelas cuja tecnologia constasse de procedimentos simples, eficazes e de baixo custo a ser efetuado por profissionais organizados em equipes de saúde, de preferência em regime de tempo integral e devidamente capacitados por cursos de formação, atualização, ou por treinamento em serviço. As ações básicas do grupo da saúde foram consideradas as seguintes: saúde materno-infantil; alimentação e nutrição; emergência; controle de tuberculose e hanseníase; controle de outras doenças transmissíveis; assistência médico-sanitária ao adulto; saúde mental; odontologia sanitária; educação em saúde; vigilância epidemiológica e sanitária (GERALDES, 1992).

Na formulação desta portaria foram previstas ações incorporadas hoje ao Programa Saúde da Família, ao mesmo tempo em que prevê a regionalização do Sistema de Saúde com integração entre os diferentes níveis de atenção através do sistema de referências, antecipando-se assim a estratégia proposta atualmente.

É certo que o preceituado por esta normatização não foi posto em prática no país, a não ser em alguns estados, como Rio Grande do Sul, Santa Catarina e outros poucos em que algumas unidades de saúde foram sendo desenvolvidas de acordo com a previsão organizativa. Porém, as modificações mais profundas, como a do financiamento, a democratização e o recrutamento regionalizado de recursos humanos, nunca foram implementadas, adiando assim a modernização do sistema.

Segundo Silva (2001), em 1976 havia sido lançado o Programa de Interiorização da Assistência à Saúde e Saneamento (PIASS), que fora concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, sob a influência do incipiente movimento sanitário brasileiro, que se preparava para a conferência de Alma-Ata, tendo como objetivo expandir a rede de postos e centros de saúde para atendimento das doenças mais comuns. A expansão deste modelo, que inicialmente ocorreu no Nordeste e posteriormente pelo restante do país, provocou uma competição com o modelo proposto pelo Ministério da Saúde.

Esses fatos mostram falta de coordenação dentro da estrutura do governo brasileiro, à época, ficando evidente a ausência de definição das atribuições ministeriais, ou conflitos de interesses incompreensíveis do ponto de vista administrativo. Os Ministérios, da Saúde e da Previdência e Assistência Social, que deveriam ser mentores das políticas de saúde no país lançam um programa de organização do Sistema de Saúde sem o devido cuidado de avaliar o que estava em andamento, no caso o PIASS, implementado através da Secretaria de Planejamento da Presidência da República.

Isso favoreceu a que o Prev-Saúde, não se tornasse realidade, frente a uma conjuntura de grave crise da previdência social, problemas inflacionários no país e recessão econômica. Somados aos bons resultados do PIASS e à resistência de setores de dentro do próprio governo, como o Instituto Nacional de Assistência

Médica e Previdência Social (INAMPS) e fora dele, a Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

A esta época, fim dos anos 1970, o País estava em ebulição política e social, em que a sociedade se mobilizava em todas as direções buscando o retorno a um regime democrático de governo. O Movimento Sanitário Brasileiro se mobilizava visando influir para a consolidação de um sistema de saúde universal e se preparava para a Conferência Mundial de Saúde em Alma-Ata. Como resultado dessa mobilização, em 1976, a Câmara dos Deputados promoveu um fórum de discussão de onde foram retiradas propostas para serem levadas pelos representantes brasileiros àquele fórum internacional.

Em 1984, os Ministérios, da Saúde, de Educação e Cultura e o da Previdência Social, lançam, em conjunto, o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) levando para dentro das unidades básicas de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do INAMPS. As AIS se institucionalizaram através de transferências de recursos da previdência social, via convênios, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com a exigência de que as unidades de atenção primária à saúde prestassem atenção à clientela previdenciária (MENDES, 2002).

Eram os últimos atos de governos da ditadura militar que dominara o país desde março de 1964 e que deixaria o poder através da eleição indireta pelo colégio eleitoral em 1985, do presidente Tancredo Neves e José Sarney, como vice. Por impedimento do Presidente que adoecera dias antes e havia sido operado no Hospital de Base, em Brasília, onde se encontrava internado, assumiu o governo interinamente, o vice, José Sarney que mais adiante seria empossado definitivamente, no cargo, após a morte do presidente eleito Tancredo Neves.

Reinstalada a democracia no país, as lideranças políticas e populares iniciam o processo de consolidação democrática, buscando o fortalecimento das representações sociais; dentro deste processo foi ampliada a cobrança pela realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, finalmente marcada para o ano de 1986. Antes ocorreu a realização de conferências em todos os Estados brasileiros, reinstalando-se assim um clima democrático, em que foi garantida a participação de todos os segmentos da Sociedade. Desta conferência saíram as

bases para a construção do Sistema Único de Saúde, mais tarde consagrado na Constituição do Brasil, pela Assembléia Nacional Constituinte, que havia sido convocada pelo Presidente José Sarney.

Em 1987, em plena vigência das discussões na Constituinte foram encontradas dificuldades crescentes para aprovar as propostas do movimento sanitário retiradas da VIII Conferência Nacional de Saúde, visando à conformação de políticas nacionais que atendessem às necessidades da população e seguissem preceitos mais modernos.

Foi então utilizada como estratégia-ponte concebida pelos técnicos do movimento sanitário brasileiro a edição do decreto presidencial, em que foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como forma de pressão aos Constituintes; este fato, associado a difíceis negociações, no âmbito parlamentar, culminaram com a inclusão de artigos que criavam o Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal elaborada pela Assembléia Nacional Constituinte e promulgada pelo congresso em 1988 (SILVA, 2001).

Com o SUS, ocorreu a descentralização administrativa do sistema de saúde e os municípios assumiram cada vez mais responsabilidades no que diz respeito a atender às necessidades de saúde da sua população, através de tipos de gestão que eram definidas por normas operacionais lançadas pelo Ministério da Saúde.

Com a descentralização administrativa do setor saúde para os municípios, o Ministério da Saúde passou a exigir que estes se organizassem administrativamente, com efetivação das secretarias municipais de saúde e dos conselhos municipais de saúde, compostos por gestores, usuários e profissionais de saúde para que ocorressem repasses de verbas do Ministério aos municípios.

Ao longo do tempo haviam surgido propostas alternativas para a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil que podem ser citadas: a Ação Programática em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, nos anos 1970; Medicina Geral e Comunitária desenvolvida em Porto Alegre, em 1983, pelo grupo Conceição, em um bairro pobre da cidade, o Mirialdo; e o do Médico de Família, implantado em Niterói, em 1992, um pouco antes da experiência de

Quixadá e que é um modelo de influência cubana. Todas são propostas importantes que, no entanto, apesar de representarem alternativas bem sucedidas, não se institucionalizaram como política pública de porte nacional. No ano de 1994, a experiência inicial de Quixadá serviu de base para que o Ministério da Saúde lançasse o Programa Saúde da Família (PSF), como política oficial de Atenção Primária à Saúde propondo a implantação dessa estratégia, em todo o país (MENDES, 2002).

1.2 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os modelos assistenciais (modelos de atenção), são explicados por Paim (2003) como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade.

Pode-se dizer que modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É a “lógica” que deve orientar a ação; uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde – modo de intervenção em saúde; corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde.

No Brasil, vários autores abordam esse assunto citando modelos de atenção diferentes, que foram utilizados ao longo do tempo e fazem parte da história recente ou mais antiga do sistema de saúde brasileiro.

Silva Júnior (1998 *apud* CREVELIM, 2005), apresenta como modelos alternativos conformados no sistema público de saúde do Brasil: Sistemas Locais de Saúde (SILOS); Modelo em Defesa da Vida e Cidade Saudável. O SILOS teve como incentivador maior Jairnilson Paim, sob influência da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que pretendia reorganizar o sistema de saúde através de distrito sanitário e planejamento local, orientado pela epidemiologia, com o postulado teórico do planejamento estratégico; o modelo em defesa da vida proposto por sanitaristas do

Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de Campinas (UNICAMP) tinha como postulados os princípios de gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

O conceito de Cidade Saudável foi implementado em Curitiba, com o conceito de saúde mais amplo, relacionando a saúde a componentes de qualidade de vida e planejamento integrado, intersetorial, com princípios explicitados na Carta de Ottawa (1986).

Teixeira (2003) refere quatro modelos de assistência: Ações Programáticas; Vigilância à Saúde; Saúde da Família; Promoção da Saúde.

A abordagem desses conceitos na perspectiva de modelos tenta dar racionalidade à discussão sobre diferentes formas de atenção à saúde ou de organização tecnológica do trabalho em saúde.

São apontados ainda por vários autores os modelos: Vigilância à (da) Saúde; Ações Programáticas e em defesa da vida. Apesar de os colocarem como singulares, não há evidências que demonstrem a predominância de um sobre o outro.

Teixeira apud Gil (2006) afirma que essas experiências são mais estratégias do que propostas de modelos, considerando que há espaços distintos para e entre elas no âmbito do SUS.

O modelo em defesa da vida se constitui como o processo de trabalho em saúde e seu propósito intelectual e político, possibilitando o estabelecimento de novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela busca de autonomia e construção de subjetividades, através da busca ao vínculo, acolhimento, responsabilização e resolutividade. Tem como campo de intervenção o espaço das unidades de saúde e o resgate da clínica de forma ampliada, complementado por outros saberes da antropologia, psicanálise, epidemiologia, entre outros.

Segundo Merhy (1992), esse modelo contextualiza os problemas locais percebidos na rede de atenção, o acesso, o acolhimento, vínculo, resolutividade, processo de trabalho e gestão do sistema. O acesso é mostrado como uma unidade

de acolhimento das demandas individuais e coletivas, dando respostas de modo criativo aos problemas da população valorizando as tecnologias leves no processo de atenção.

O acolhimento é traduzido por meio de relações humanizadas e acolhedoras que os trabalhadores devem estabelecer nos serviços com os diferentes usuários que procuram as unidades de saúde. Deve ser estabelecido vínculo entre os trabalhadores e usuários, refletindo a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com a atenção e com os tipos de problemas apresentados pelos cidadãos. A resolutividade deve ir mais além que ter uma conduta, abrindo a possibilidade de utilizar todos os recursos que a rede dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais dos problemas apresentados pela população.

Quanto ao processo de trabalho, seria importante identificar as unidades produtivas, a divisão técnica do trabalho com estabelecimento de relações mais horizontais entre os membros das equipes. Isto tornaria a gestão do sistema um trabalho compartilhado e colegiado, pois ao tempo em que, se discute os problemas coletivamente as soluções as soluções também são coletivas se efetivando na prática a auto-gestão.

A proposta das ações programáticas na prática organiza a atenção ou objeto de intervenção no âmbito dos serviços, como sendo “necessidades sociais de saúde” definidas em função de critérios demográficos, epidemiológicos, sócio-econômicos e culturais promovendo recortes populacionais sobre os quais incidem as ações organizadas de forma centralizada retirando a possibilidade de planejamento local. São exemplos, as ações propostas pelo Ministério da Saúde para diferentes ciclos de vida (Criança, Adolescente, Mulher, Idoso) ou agravos crônicos como hanseníase e tuberculose.

A proposta de vigilância à saúde é originária do Silos. Segundo Mendes (1996), é integradora das práticas de saúde, a partir da percepção de “problemas” de saúde no processo de planejamento e programação das ações, articulando promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação. Valoriza a intervenção intersectorial em sua dimensão coletiva.

Alguns autores, como Campos (2003), tomam esse modelo como um eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde, argumentando que os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. Ainda afirma que esse novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas de todos os setores inseridos nas diferentes realidades, olhando o indivíduo e a comunidade como sujeitos do processo.

Mendes (1994) defende esse modelo articulado ao saber epidemiológico e ao princípio da territorialidade como orientadora do planejamento local. Além de mudanças teóricas e metodológicas, para fazer frente aos problemas de saúde, a vigilância da saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e encaminhamento das soluções.

Paim (2003) comenta modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais de forma diversa dos modelos até agora citados dando melhor compreensão ao assunto: Modelo Médico Assistencial Privatista – e predominante no Brasil estando voltado para os indivíduos que procuram os serviços de saúde dependendo do seu grau de conhecimento e ou sofrimento, por “livre iniciativa”. Reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes.

Nesse caso é a pressão desordenada e espontânea da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta. É então predominantemente curativo; tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade além de não se comprometer com o impacto sobre o nível de saúde da população.

Modelo Assistencial “Sanitarista”: Corresponde à saúde pública institucionalizada no Brasil no século XX, Tem enfrentado os problemas de saúde da população através de campanhas (vacinação, combate às epidemias, rehidratação oral etc.) e programas especiais (controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança; saúde da mulher; saúde mental; hipertensão e diabetes etc.). Essas formas de intervenção deixam de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária, configuram um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços.

Oferta organizada: este modelo assistencial propõe que os serviços estejam voltados para as necessidades de saúde e os principais problemas identificados na comunidade mediante estudos epidemiológicos que orientariam a “oferta organizada” (ou programada) no nível local. As noções de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico embutidas nessa proposta, reorientam o planejamento em saúde para uma base populacional específica, recuperam o enfoque epidemiológico para o controle dos problemas de saúde. Em vez de conceber e administrar programas verticais que, do modo em que foram gestados nunca chegam bem à ponta do sistema, trata-se de elaborar normas técnicas para grupos populacionais e agravos prioritários. As unidades deveriam estar organizadas para dar conta não só da atenção médica individual, como também das ações coletivas a serem adotadas para cada situação diagnosticada.

Vigilância da saúde, segundo Paim (2003):

a sua concepção atende à necessidade de se conceber e elaborar propostas mais integrais que orientem as intervenções sobre a situação de saúde da população. Este modelo propõe ações iniciais desde o controle das causas, desde os determinantes sócio-ambientais e as necessidades sociais de saúde, condicionadas pelo modo de vida. A intervenção sobre esse momento constitui estratégias que geralmente ultrapassam as possibilidades e atribuições do setor saúde, aí incluídas intervenções sociais organizadas, políticas públicas transeitoriais e práticas de promoção da saúde como disposto na Carta de Otawa. O segundo nível de atuação seria o de controle de riscos baseada na noção epidemiológica que implica a idéia de probabilidade, de chance, com base em estudos epidemiológicos. Nessa perspectiva podem ser identificados fatores, condições, situações, áreas de risco. Esses riscos podem ser ocupacionais, ambientais, sociais, de serviços de saúde etc. As ações para esses momentos compõem ações da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica.

O último nível seria o de controle de danos, onde se concentram a maioria das intervenções em saúde. Destacam-se neste momento a assistência médico-hospitalar e a vigilância epidemiológica, aí concentradas a maioria das ações de vigilância voltadas para o controle de doenças transmissíveis. Em casos de acidentes e de agressões, as ações são realizadas nos serviços de urgência/emergência para evitar mortes, prevenir seqüelas e recuperar as vítimas.

Portanto, as ações atingiriam suspeitos com indícios de exposição, assintomáticos com indícios de danos e os casos detectados utilizando-se *screening* e diagnóstico precoce, visando limitar os danos ao indivíduo.

1.3 SAÚDE DA FAMÍLIA, A ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

No Reino Unido foi proposto, pela primeira vez, a organização do sistema de serviços de saúde em níveis administrativos diferenciados. Após oito anos da implantação do sistema de previdência social, Lord Dawson of Penn, em 1920, lançou um informe oficial do governo em que diferenciava três níveis importantes nos serviços de saúde: centros primários de saúde; centros secundários de saúde e hospitais escola. Nesta proposta foram previstas ligações formais entre os três níveis, sendo descritas as funções de cada um. Daí surgiu a base do conceito para regionalização: um sistema de organização de serviços para responder aos diversos níveis de necessidades de saúde da população. Esta proposta forneceu base teórica para reorganização de serviços de saúde em muitos países, que na atualidade têm níveis assistenciais bem definidos e com um setor de atenção primária identificável e funcionando (STARFIELD, 1992).

Ao tempo de se lembrar a primeira estruturação de um sistema de saúde em níveis hierárquicos de assistência, associado à regionalização dos serviços, proposto por Lord Dawson, não se deve esquecer a conferência de Alma-Ata, em 1978.

Atendendo ao enunciado pela trigésima reunião da assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS), que decidira por unanimidade: “garantir para todos os habitantes do Mundo no ano 2000 um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva” ou “Saúde para todos no ano 2000”, vários países se reuniram em 1978 na conferência realizada em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, na antiga União Soviética, onde a Atenção Primária foi aprovada como a principal estratégia para a consecução desse objetivo. Em Alma-Ata a Atenção Primária foi definida como:

A atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente aprovados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independente do seu estágio de desenvolvimento [...] É parte integral do sistema de saúde do país, do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento social e econômico da comunidade [...] (OMS, 1978, p.1).

A conferência de Alma-Ata especificou também os elementos essenciais da atenção primária à saúde: a educação sanitária; o saneamento básico; programa

materno infantil incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional.

A declaração de princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na Carta Magna do país promulgada em 1988, promete: “A saúde é direito de todos e dever do Estado. É garantido acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196 da Constituição Federal) (BRASIL, 1988), e já propõe para o Brasil uma reforma de longa implementação, com a organização do sistema de serviços de saúde orientada pela Atenção Primária, como fora definido em Alma Ata.

Isto fica explícito quando a Constituição prescreve em seu artigo 198: “as ações e serviços de saúde, devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que deve ser organizado seguindo as seguintes diretrizes: I Descentralização com direção única em cada esfera de governo; II Atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III Participação da comunidade” (BRASIL, 1988).

É evidente que, na formulação das propostas para os constituintes os representantes do movimento sanitário, sob influência de Alma-Ata, idealizaram um Sistema de Saúde com base na Atenção Primária, pois quando propuseram o acesso universal e a hierarquização em diferentes níveis de atenção, inspiraram-se na idéia de capilarização ou dispersão dos serviços básicos, o que foi reforçado através do princípio da descentralização com direção única em cada esfera de governo.

Em 1990, foram aprovadas as leis orgânicas da saúde que regulamentam o SUS, a Lei 8.080, em setembro e a Lei 8.142 em dezembro do mesmo ano; em seguida foi intensificado o processo de municipalização da saúde que era orientado por Normas Operacionais Básicas, as NOBs. Editadas pelo Ministério da Saúde organizavam os municípios por diferentes níveis de gestão, dependendo de requisitos a que estes deveriam atender para se adequarem, em termos de oferta de serviços e capacidade administrativa. Cada vez mais se impunha a necessidade de

maior oferta de serviços à população e da organização sistêmica dos municípios, provocados pela disseminação de novos saberes e demandas, que surgiam através do desenvolvimento das ações e dos esforços municipais no intuito de atender às exigências das normas ministeriais (SILVA, 2001).

A Atenção Primária não era institucionalizada na maioria dos municípios em todo o Brasil, quando o estado do Ceará iniciou um primeiro movimento, caracterizado como estratégia primária para sobrevivência infantil, concentrando seus esforços em cinco ações básicas de saúde materna e da criança: aleitamento materno; crescimento e desenvolvimento; controle das doenças imunopreveníveis (imunizações); controle das doenças diarreicas; controle das doenças respiratórias agudas. Iniciado como Programa de Agentes de Saúde (PAS), foi instituído no início do primeiro Governo do atual Senador Tasso Jereissati no Estado, antes mesmo do início da municipalização da saúde, a partir do ano de 1987.

A distribuição ampla dos agentes de saúde e de suas ações nos municípios contribuiu de forma importante para o êxito da redução na mortalidade infantil no Ceará. Iniciado oficialmente em 1988, em 1992 atingia todo o interior do Estado. Experiências relatadas por gestores municipais dão conta de que à medida que os sistemas de saúde nos municípios, avançavam, como fruto da municipalização, através de melhores estruturas e serviços, o leque de atividades do PAS foi sendo ampliado. Com isso os agentes eram treinados em diferentes atividades, para cumprirem bem mais que o objetivo de ampliar a cobertura das ações de saúde materno-infantis. As ações municipais ao longo do tempo, ao invés de estarem sendo direcionadas para a atenção individual através do PAS, foram reorientadas e otimizadas em torno do núcleo familiar, embora priorizando o grupo materno infantil (FONSECA; VILAR, 2002).

Outra contribuição significativa foi o fato de ter viabilizado em muitos municípios, sua divisão territorial em “áreas” ligadas a determinadas unidades de saúde (territorialização). Com a assessoria da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), esse processo prepara a inserção dos serviços de saúde na realidade sanitária das populações assistidas.

Não se deve esquecer que esse programa incorporou à administração pública e nas políticas sociais de cada município um sistema de informações pautado em dados confiáveis, pela vantagem especial de elevada cobertura populacional, precisão na identificação dos grupos e pessoas de risco e a rapidez de consolidação (GOYA, 1996, p. 50).

Fica claro que esta evolução na atuação dos agentes de saúde, tenha demonstrado a necessidade de ampliação na oferta de atenção à saúde para a população nos municípios. Para preencher essas lacunas que se tornaram visíveis, a saída seria ampliar o poder de resolução das equipes de Atenção Primária reforçando a sua composição. Ao invés de apenas um enfermeiro para coordenar os agentes de saúde, como funcionava em muitos municípios, foi imaginado em Quixadá a integração do médico às equipes do PAS, que havia sido oficializado como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde. A partir de março de 1994, foi oficializado pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF). A sua formulação contou com a contribuição do Secretário de Saúde de Quixadá, Dr. Luiz Odorico Monteiro, que apresentou ao Ministério da Saúde o projeto intitulado Saúde da Família, em outubro de 1993 (GOYA, 1996). Cada equipe seria composta por médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem. Passaria a ter uma área geográfica definida para sua atuação na assistência às famílias. Esta foi a opção do Ministério da Saúde com o objetivo de adotar uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde no país, superando assim, teoricamente, a visão da Atenção Primária à saúde como um programa de atenção seletiva, o que está explicitado no objetivo geral do PSF e em normas ministeriais:

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 a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1998).

Nestas mesmas normas, o Ministério da Saúde coloca os princípios da atenção primária como norteadores do PSF quando diz que este deve estar inserido no primeiro nível da atenção e vinculado à rede de serviços, dando garantias de atenção integral aos indivíduos e famílias, instituindo a referência e contra-

referência, para serviços de maior complexidade quando o estado de saúde das pessoas assim exigir.

Afirma ainda que esta estratégia objetiva a reversão do modelo de assistência existente, pois não deve ser um programa de atuação vertical, tendo por característica possibilitar a integração do sistema de saúde (BRASIL, 1998).

É notória a preocupação do Ministério da Saúde com a possibilidade de interpretação equivocada do PSF, como assistência elementar aos problemas de saúde da população mais pobre, quando reafirma os princípios do SUS e claramente, no segundo texto, coloca-o como nível de atenção estruturante do Sistema de Saúde, através de mecanismos de referência e contra referência.

As experiências apontam que o PSF deve ser visto como uma estratégia capaz de inverter o modelo assistencial centrado na doença. Esta estratégia está gradativamente contribuindo para um processo de desmedicalização, e desospitalização, aumentando a eficiência e a qualidade das unidades ambulatoriais; apesar disso é necessário que os municípios não permitam que o PSF cumpra apenas o objetivo de ampliar a cobertura, transformando-se em um apêndice do sistema (GOYA, 1996).

Silva (2001) alerta sobre o perfil nem sempre adequado dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família, o que tem dificultado as mudanças das práticas sanitárias e do modelo assistencial.

No processo de organização do PSF no Ceará a Secretaria Estadual de saúde optou por estimular essa estratégia, através dos princípios da Atenção Primária definidos por Starfield (1992): Primeiro contato; Longitudinalidade; Integralidade dos cuidados; Coordenação das ações e serviços; Focalização na Família; Orientação comunitária (FONSECA; VILAR, 2002).

Em estudos realizados são relacionados dois níveis distintos de problemas a serem enfrentados: 1 - Substituição do modelo de saúde característico dos centros de saúde tradicionais centrados na atenção médica e em programas de saúde, por nova estruturação do processo de trabalho que tenha como paradigma a vigilância à saúde e a reorganização da oferta assistencial nos diferentes níveis de

atenção para a população da área. 2 - Diz respeito à relação da equipe entre si e com os usuários, tendo como paradigma a solidariedade com o outro, o respeito à vida e a revisão e substituição de conceitos arraigados na cultura dos profissionais, da população e das organizações de saúde (SILVA, 2001).

Em 1998, o PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde e é iniciada a transferência dos incentivos financeiros ao PACS e PSF do Fundo Nacional de saúde para os Fundos Municipais de Saúde; pela primeira vez foi definido orçamento próprio para o PSF, estabelecido no plano plurianual.

Em 1999 é realizado o primeiro estudo: “Avaliação, implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família” e edição da Portaria 1329 que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional. Em 2000 é criado o Departamento de Atenção Básica (DAB), no Ministério da Saúde.

Em 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde, (NOAS/01) com ênfase na qualificação da atenção básica e criando os sistemas regionais de saúde.

Neste ano foi iniciada a primeira fase do estudo “monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil,” que foi completado com a segunda fase executada em 2002.

No ano de 2003 foi iniciada a execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), atualmente em andamento (BRASIL, 2004).

O PSF, durante anos de atividades, tem alcançado bons resultados, além de ter sido adotado em todos os estados brasileiros, em maior ou menor escala. Tem modificado para melhor vários indicadores de saúde, ao mesmo tempo em que facilitou o acesso da população aos serviços primários de saúde. Isto é patente quando o Ministério da Saúde anuncia em 2004, como digno de comemoração, o fato de que, após dez anos, são mais de 60 milhões de brasileiros acompanhados por 19.200 equipes do PSF, na maior parte dos municípios do Brasil.

Em maio de 2003, em uma reunião de trabalho patrocinada pelo DAB, do Ministério da Saúde em conjunto com a OPAS, foram debatidos: os princípios da Atenção Básica de Saúde (ABS), de integralidade, qualidade, equidade e participação social; formação, avaliação e fatores de permanência de recursos humanos (RH); resolutividade e PSF como estratégia para mudança do modelo de atenção. No relatório final são destacados os fatores mais importantes para consolidação do PSF como estratégia de ABS, que devem ser acompanhados. O enfoque familiar é um ponto muito importante de discussões e deve ser fortalecido, pois ainda se trabalha muito com o indivíduo. O desafio, portanto, seria conciliar enfoque familiar e individual de acordo com a natureza das necessidades e problemas em saúde. Foi apontada a necessidade de integrar ABS/PSF aos sistemas de saúde municipais, devido à evidência internacional em sustentar que os sistemas de saúde que integram os níveis de atenção primária e os sistemas de maior complexidade são mais eficientes, conseguem melhores resultados sanitários e logram melhor aceitação e legitimidade da população.

Outro desafio apontado foi a qualificação de recursos humanos. Tem-se investido muito na capacitação e se avaliado pouco. A preocupação volta-se para a qualificação e resolutividade para que as ações possam ser mais exitosas. Deve-se contextualizar o que o profissional deseja ao integrar o PSF para que ocorra sua fixação. Foi consenso do grupo que há necessidade de se gerar evidências sobre os resultados e impacto sobre a saúde que o PSF se propõe alcançar. A investigação aplicada e estudos de avaliação devem ser eixo central na perspectiva de identificar aspectos que podem ser otimizados (CHAGAS; SECLLEN, 2003).

Atualmente o Ministério da Saúde confirma a ampliação do número de equipes do PSF, anunciando, em dezembro de 2005 a existência de 24.600 equipes de PSF em todo o Brasil, que são responsáveis pelo atendimento a 55,5% da população do País. Ao mesmo tempo demonstra preocupação com o futuro desta estratégia no contexto do SUS. Hoje busca formas mais sensíveis de avaliar, ciente de que precisa de instrumentos mais sensíveis que possam obter informações de maior credibilidade em termos de qualidade dos serviços e alcance dos seus princípios de acessibilidade, equidade, universalidade e integralidade, proporcionados por este nível de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Em fevereiro de 2006, após discussões e negociações envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), foi editada a Portaria GM 399, regulamentando o PACTO PELA SAÚDE, firmado entre os gestores do SUS, em três dimensões: Pacto pela Vida; em Defesa do SUS; e de Gestão. Este pacto foi julgado necessário em decorrência do processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde que ampliou o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, desafiando os gestores a procurarem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio de organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços, com qualificação da gestão.

O Pacto pela Vida é o compromisso assumido pelos gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais; as prioridades dos níveis regionais ou estaduais podem ser agregadas às prioridades nacionais conforme pactuação local.

São seis as prioridades pactuadas:

- A. Saúde do idoso;
- B. Controle do Câncer do colo do útero e de mama;
- C. Redução da mortalidade infantil e materna;
- D. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue; Hanseníase; Tuberculose; Malária e Influenza;
- E. Promoção da Saúde;
- F. Fortalecimento da atenção básica.

A portaria GM 399 2006 enfatiza como objetivos para fortalecimento da atenção básica:

- A. Assumir a estratégia de Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais;
- B. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da Atenção Básica, por meio de estratégias de Educação permanente e de oferta de cursos de especialização, residências multiprofissionais e em medicina da família;
- C. Consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios;
- D. Ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos;
- E. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços;
- F. Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- G. Aprimorar a inserção dos profissionais de Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e a fixação dos profissionais;
- H. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada;
- I. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

Para regulamentar a política de Atenção Básica, o Ministério da Saúde editou a Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, onde são contempladas as formas de habilitação da equipes de Atenção Básica e as formas de funcionamento local de acordo com a característica das diferentes regiões do país.

Estamos, portanto, vivendo um novo momento, em que se impõe a necessidade de um maior empenho para consolidação desta estratégia de organização do Sistema de Saúde; esperamos que os atores nos três níveis administrativos correspondam às expectativas da população.

1.4 BASES TEÓRICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionadas para a enfermidade) no decorrer do tempo, oferecendo atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Ainda segundo a autora, organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos ou especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Estes enunciados estão de acordo com o que foi definido pela Assembléia Mundial de Saúde em maio de 1979. Atenção primária à saúde: “É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família, e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (OMS, 1978).

A carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa foi desenvolvida por um grupo de trabalho da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994. Nela são destacadas 12 características da atenção primária que contribuem para sua efetividade:

- 1) Geral: Não se restringe a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições;
- 2) Acessível: em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura;
- 3) Integrada: Curativa, reabilitadora, promotora de saúde e preventiva de Enfermidades;
- 4) Continuada: Longitudinalidade ao longo de períodos substanciais de vida;
- 5) Equipe: O médico é parte de um grupo multidisciplinar;
- 6) Holística: perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- 7) Pessoal: Atenção centrada na pessoa não na enfermidade;

- 8) Orientada para a família: Os problemas são compreendidos no contexto da família e da rede social;
- 9) Orientada para a comunidade: contexto de vida na comunidade local, consciência de necessidades de saúde na comunidade; colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde;
- 10) Coordenada: Coordenação de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe;
- 11) Confidencial;
- 12) Defensora: defensora do paciente em questões de saúde sempre e em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.

Reconhece ainda que devem ser observadas determinadas condições estruturais, melhoras organizacionais e questões de desenvolvimento profissional na oferta de atenção primária de alta qualidade.

Em termos de estrutura incluíam a clara definição de uma unidade de saúde em que os membros da população tivessem o direito de optar e mudar a escolha de profissionais da atenção primária; a capacidade de colocar uma unidade de saúde na comunidade em que sua população reside; atenção ao primeiro contato em que o acesso a especialistas é dado por meio do profissional de saúde da atenção primária (STARFIELD, 2002).

No Brasil se discute conceitos e normas para organização do sistema de saúde com a inserção do primeiro nível de atenção através do PSF, como política oficial para oferecimento de atenção básica, ou primária, a partir do início da década de 90.

A partir de várias Normas Operacionais Básicas (NOB) o Ministério da Saúde tem se esforçado no intuito de organizar um sistema de serviços de saúde com a porta de entrada caracterizada pela atenção básica, ou primária, hoje identificada como a estratégia Saúde da Família. Evidencia-se uma busca constante na definição de meios e modelos que organizados sistemicamente possam oferecer nova dimensão à atenção a saúde dos cidadãos.

Os secretários estaduais de saúde, através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), reunidos no “II Seminário do CONASS para Construção de Consensos”, em Salvador, na Bahia, entre os dias 27 e 28 de novembro de 2003, fizeram várias proposições para busca de entendimento com o Ministério da saúde.

Deste seminário na Bahia, foi retirado o conceito para a atenção primária segundo o entendimento dos secretários estaduais de saúde.

A atenção primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: Promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidos a populações de territórios (territórios-processos) bem delimitados das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2004).

Em outro trecho do documento, os secretários afirmam que “o Programa Saúde da Família” deve ser a principal estratégia organizativa da atenção primária no âmbito do SUS. Os secretários consideram, ainda, que o PSF deve ser entendido como estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social. É um processo dinâmico que permite a implementação dos princípios e diretrizes da **Atenção Primária**, devendo se constituir como ponto fundamental para a organização da rede de atenção, e é o (primeiro) contato preferencial com a clientela do SUS.

O Ministério da Saúde, buscando a regulamentação e ordenamento da atenção primária para o País, como tem feito sistematicamente, enviou para discussão na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em reunião realizada a 23 de março de 2006, os termos que, após aprovados, foram consignados na portaria 648/GM lançada dia 28 de março de 2006.

Em seu primeiro artigo a portaria enuncia: aprovar a política nacional de **atenção básica** com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do anexo a esta portaria.

Nos princípios gerais da atenção básica nesta portaria, são consagrados os termos do conceito da atenção primária propostos pelos secretários de saúde no CONASS, em seus princípios gerais:

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

A portaria enfatiza: a atenção básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema único de saúde.

Os fundamentos da Atenção Básica:

- I. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade.
- II. Efetivar a Integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços.
- III. Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

- IV. Valorizar os profissionais de saúde por meio de estímulos e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.
- V. Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.
- VI. Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

São citados por Starfield (1992) quatro atributos essenciais à atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Para avaliação desses atributos propõe quatro elementos estruturais, ou de capacidade que são acessibilidade, população alvo, variedade de serviços e continuidade. Dois elementos de desempenho ou processos que são a utilização de serviços pela população e reconhecimento de problemas ou de necessidades.

A esses atributos deve-se acrescentar a focalização na Família e a orientação comunitária.

Para obtenção ou medição dos aspectos mais importantes da atenção primária, pode-se utilizar uma abordagem sobre capacidade/desempenho utilizando-se esses elementos estruturais e de desempenho ou processo.

- 1 **Acessibilidade:** envolve a localização do estabelecimento próximo da população a que atende, horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos da acessibilidade.
- 2 **Variedade de serviços:** é o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população tem como estejam disponíveis na unidade ou no sistema de saúde.
- 3 **Definição da população eletiva:** refere-se ao quanto o serviço de atenção à saúde identifica a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela.
- 4 **Continuidade:** consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. Pode ser alcançada de várias formas: um mesmo profissional que atende um paciente ou um prontuário médico que registre todo atendimento prestado, ou um registro computadorizado.

- 5 **A utilização dos serviços:** refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde; pode ser a investigação da ocorrência de um novo problema, o acompanhamento de um problema antigo ou receber serviços preventivos.
- 6 **O reconhecimento de um problema (ou necessidade):** é o passo que precede o processo diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá processo diagnóstico ou será um processo inadequado. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou da população (STARFIELD, 2002).

- Atenção ao Primeiro Contato

É a característica fundamental de porta de entrada do sistema de saúde, porque na maioria dos eventos a população deve procurar a unidade de atenção primária para resolução de seus problemas. O reconhecimento desta característica pelos cidadãos é essencial para a viabilidade da organização de um sistema integrado de atenção. O primeiro elemento de avaliação deste atributo é a acessibilidade, que precisa ser entendida como uma característica dos serviços de saúde. Segundo Frenk (1992), a acessibilidade é representada pela razão entre os serviços oferecidos, sobre a resistência que a unidade opõe ao atendimento do cliente.

Observa-se que quanto maior a oferta dos serviços e menos dificuldades para o atendimento ao cidadão, amplia a acessibilidade dos pontos de atenção; isto implica que resolutividade associada ao atendimento facilitado e focado no paciente, pode se transformar em maior utilização dos serviços pelos cidadãos. Assim a unidade de saúde deve estar organizada para diminuir, em tempo e percepção, o período de espera para o atendimento; atender tanto a demanda programada quanto a espontânea, e oferecer capacidade estrutural, técnica e científica para resolução da maioria dos problemas da sua clientela.

A medição da atenção ao primeiro contato envolve avaliação da acessibilidade, elemento estrutural e da utilização, elemento processual. Algumas questões dizem respeito a esse atributo: O sistema oferece fácil acesso, tanto

geograficamente, quanto com horário de funcionamento? A população acha esse acesso conveniente? O acesso mais fácil estimula a população à utilização do serviço para problemas novos? (STARFIELD, 2002)

- Longitudinalidade

Este atributo é complementar ao primeiro, significando a utilização de uma mesma fonte de atenção ao longo do tempo por parte da população. O instrumento de gestão utilizado para se conseguir este fim é a adscrição da clientela através de cadastro familiar, ou seja, identificar a população-alvo de cada unidade da Atenção Primária. Pode ser considerado também como um mecanismo para controle de demanda para a unidade, por permitir a definição da quantidade de famílias que a unidade e equipe de saúde pode atender adequadamente. Isto deve ser realizado através de avaliação das condições geográficas, sociais, demográficas, epidemiológicas e sanitárias, da população.

A unidade de saúde de atenção primária deve ser capaz de identificar a sua população eletiva, bem como os indivíduos de sua população que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário fazer um encaminhamento.

Permitirá que, ao longo do tempo, ocorra uma boa interação entre profissionais e população promovendo um conhecimento mútuo das necessidades de cada um e coletivamente. Portanto, a conexão entre a população e sua fonte de atenção deve-se refletir em relações interpessoais intensas que expressem a identificação entre os pacientes e profissionais de saúde. As pessoas precisam reconhecer a unidade como fonte habitual de atenção e utilizá-la ao longo do tempo, ou seja, criar vínculos com a unidade de saúde e reconhecê-la como capaz de resolver os seus problemas.

Algumas questões devem ser levantadas para avaliação desse atributo: Os indivíduos identificados como usuários têm a unidade de saúde como fonte regular de atenção? A natureza da interação entre o profissional de saúde e os pacientes reflete uma cooperação mútua? (STARFIELD, 2002)

- Integralidade

Após, ou ao mesmo tempo, do estabelecimento da unidade de Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde e da adscrição da clientela, deve ser perseguido o objetivo da integralidade. Este atributo deve ser compreendido da forma vertical e horizontal, como atenção integral ao indivíduo e população favorecendo a atenção entre os diferentes níveis da atenção de um sistema integrado de saúde. É justificada quando as unidades de atenção primária oferecem ou fazem arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviço de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro deles (elenco de serviços), que pode ser na própria unidade, ou por referência, na atenção secundária e terciária. Inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Os profissionais de saúde da atenção primária devem ser capazes de identificar, no atendimento aos pacientes, os problemas que necessitam tratamento ou avaliação especializada, para encaminhamento.

A população precisa ter conhecimento de quais serviços são ofertados na unidade à qual está vinculada. Quando não há boa divulgação, ou os problemas de saúde das pessoas não são resolvidos nas unidades de atenção primária, a tendência é que procurem assistência nos hospitais e ambulatórios especializados, sobrecarregando estes serviços e levando à ineficiência do sistema de saúde.

Questões importantes que se referem à integralidade podem ser: o pacote de serviços ofertados é compreendido pela população? Os profissionais ao oferecer serviços reconhecem um amplo espectro de necessidades na população? Eles encaminham a outros especialistas, quando apropriado?

- Coordenação (integração)

Exige alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas.

São os mecanismos utilizados para garantir a integralidade da atenção possibilitando a que o tratamento e cuidados recomendados para o paciente ocorram num contínuo sem que sofra interrupções, para o mesmo problema, ou novos problemas identificados. Este reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento, ou se houver um prontuário médico, com registros adequados, inclusive contra-referência de atendimentos, que esclareçam os problemas e permitam o atendimento continuado. Isto caracteriza a continuidade que é o elemento estrutural de avaliação. O prontuário pode ser em papel, ou eletrônico e em rede informatizada.

Há diversas questões que se referem à coordenação: O agendamento permite que os pacientes consultem sempre com o mesmo profissional em todas as consultas? Os prontuários médicos contêm informações pertinentes ao atendimento dos pacientes? Existe aumento do reconhecimento de problemas associados a melhor continuidade?

- Focalização na família

Este princípio rompe com o tradicional modelo de atenção voltado para o indivíduo fora de seu contexto. O contato com a realidade de vida das famílias favorece o conhecimento maior e mais aprofundado das necessidades de saúde da unidade familiar e de seus membros, possibilita o conhecimento dos indivíduos no seu contexto familiar, vinculando a equipe de atenção primária à unidade familiar sob sua responsabilidade.

- Orientação comunitária

Consiste no incentivo à participação da comunidade na resolução de seus problemas, o conhecimento do entorno onde habitam as famílias e o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto econômico, social e cultura em que vivem. Implica a análise situacional das necessidades de saúde, favorecendo o rompimento com a visão biologicista do processo saúde/doença, permitindo a criação de vínculos intersetoriais e comunitários.

2 JUSTIFICATIVA

O empenho do autor em realizar esta pesquisa é uma forma de complementação de uma escolha, realizada a muitos anos, no início da vida profissional. Como médico, no início do exercício da profissão me decidi por enveredar pelos caminhos da saúde coletiva no início dos anos oitenta.

Como servidor público e da rede privada de assistência, o autor teve oportunidade de vivenciar as carências de serviços de saúde desorganizados e incompetentes, com administração temerária e gestão inseqüente, senão irresponsável, distante das necessidades da população; era o período em que o INAMPS fornecia assistência à população previdenciária e aos pobres através de hospitais conveniados.

Acompanhava os preparativos para a oitava conferência nacional de saúde, após a redemocratização do país. Nos últimos anos da década de oitenta, teve oportunidade de participar da administração no município de Brejo Santo conseguindo convencer o prefeito a contratar médicos para atenderem a população na zona rural, em áreas cobertas por agentes de saúde. Quatro anos depois, no ano de 1991, como secretário de saúde no município de Caririaçu, levou essa iniciativa para aquele município contratando médicos e enfermeiras para atendimento à população dos distritos e localidades mais populosas da zona rural do município. Não tinha pretensões de ser um PSF, mas tinha visão de atenção primária, inclusive com ênfase no atendimento a crianças e gestantes. Logo depois, apareceram as iniciativas em nosso estado para a consolidação dessa estratégia que foi oficializada pelo Ministério da Saúde. Isso demonstra o seu interesse pelo assunto, e ao longo do tempo se dedicou ao estudo da atenção primária, que inclusive foi tema de sua monografia de término da especialização em gestão de SILOS.

É um interesse que impele à dedicação de parcela do seu tempo livre para estudar este assunto que não se esgota e cada vez se estimula mais a procurar estudar, ou aprender com os outros, formas de consolidar nosso sistema integrado de saúde com uma atenção primária como real porta de entrada.

3 JUAZEIRO: história e contexto

Juazeiro do Norte situa-se na região Sul do Estado do Ceará, precisamente no Cariri cearense, uma área com muito verde, que não deixa de passar por períodos de estiagens prolongadas levando sofrimento a parte da população rural.

A origem desse município remonta ao século XIX a partir dos anos 1827, quando o padre Pedro Ribeiro da Silva Monteiro, dono do sítio Tabuleiro Grande, construiu uma capela, em frente a uma árvore grande, de Juazeiro, que servia de abrigo a viajantes em suas andanças em demanda da cidade do Crato. A capelinha de Nossa Senhora das Dores foi o ponto de partida para o surgimento daquela que viria a ser uma das maiores senão a maior cidade do interior cearense, Juazeiro do Norte. Nome dado em homenagem ao pouso dos viajantes que passaram por aqueles caminhos entre Missão Velha e Crato.

O sítio Tabuleiro Grande, com sua capelinha e doze escravos, foi doado pelo padre Pedro Ribeiro à padroeira Nossa Senhora das Dores.

Após o padre Pedro, seguiram-se outros padres e afinal o jovem padre Cícero Romão Batista, que ordenado em 1870 ali chegou no dia 11 de abril de 1872, a partir de quando se considera que começa a história de Juazeiro do Norte propriamente dita.

Aos primeiros contatos o jovem padre deparou-se com um vilarejo miserável e dominado pelo vício. Entregou-se ao trabalho de doutrinação e conquista daquela gente para um labor condigno (PEIXOTO, 2001).

O padre Cícero manteve naquele vilarejo intensa atividade de ajuda aos menos favorecidos, atendendo aos enfermos, assistindo aos desorientados; oferecia conselhos ajudando os pobres; tirava de uns para favorecer a outros, mantendo uma atividade religiosa invejável, melhorando a capelinha com reformas.

Com seu estilo de vida baseado na austeridade, caridade e no voto de pobreza, tornou-se figura conhecida em toda região.

Um fato inusitado mudou amplamente a sua vida, tornando-o famoso.

Foi quando no dia 6 de março de 1889, durante a missa da primeira sexta feira da quaresma, a beata Maria de Araújo ao comungar a hóstia transformou-se em sangue. Este fenômeno se repetiu por muitas vezes e os milagres ultrapassaram fronteiras, começando dessa forma as romarias a Juazeiro do Norte.

Com as romarias a população do vilarejo aumentava porque muitos dos romeiros aqui permaneciam não retornando a seus estados de origem.

O padre Cícero sofreu punições impostas pela Igreja, quando o conselho dos cardeais em 1897 condenava os “pretensos milagres,” prodígios vãos e supersticiosos, deliberando uma série drástica de medidas. Padre Cícero foi chamado a Roma onde permaneceu de fevereiro a outubro de 1898. Voltou de Roma proibido de celebrar, permanecendo em Juazeiro como grande líder e respeitado por todos.

Juazeiro crescia de tal forma, que, quando em termos demográficos já parecia superar o Crato, foi iniciado um movimento pela proclamação de sua independência, com o povo reunido na praça da liberdade, hoje Almirante Alexandrino de Alencar, para deliberar que não mais pagaria impostos ao Crato.

A vila de Juazeiro do Norte foi elevada à categoria de cidade pela Lei 1178, de 23 de julho de 1914. O padre Cícero é o principal personagem da história do Juazeiro do Norte, até hoje reverenciado e aclamado todos os anos em romarias que se repetem durante todos os anos, por pessoas de todos os recantos do Nordeste e de estados de todo o Brasil (SAMPAIO, 1999).

Este município cresce ininterruptamente ao longo dos anos, por força de atração que exerce sobre as pessoas que aqui chegam e se deixam influenciar pela sua aparência próspera. A cada ano gente de fora que vem a Juazeiro resolve se estabelecer aqui em busca de vida melhor e confiando no seu progresso.

Sua economia é baseada principalmente no comércio e área de serviços, seguida timidamente por uma indústria incipiente principalmente de calçados e manufaturados de material sintético.

Juazeiro tem hoje, uma população de 242.139 habitantes, sendo sua população predominante na área urbana em torno de 85% e apenas 15% na área rural.

O município tem passado, nas duas últimas décadas, por transformações importantes na área da assistência à saúde. Nos anos oitenta oferecia serviços de saúde de forma predominante, em hospitais privados, com poucos postos de saúde municipais e ou estaduais e uma unidade ambulatorial mantida pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Eram seis hospitais, todos conveniados ao INAMPS: três Hospitais gerais (atendiam Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia; e Clínica Cirúrgica) Hospital São Lucas; Pronto Socorro ou policlínica, e o Hospital Santo Inácio.

Um hospital de trauma, o Hospital de Fraturas, dois hospitais pediátricos: Instituto Materno Infantil de Juazeiro do Norte (IMIJUNO) e Pronto Socorro Infantil do Cariri (PSIC). A partir da Constituição, promulgada no final da década de 80, precisamente em 1988, com a concepção do SUS, Sistema Único de Saúde, foi iniciado o processo de descentralização da assistência à saúde da população, tendo início a organização do sistema municipal de saúde acompanhando o processo que se estendia por todo o estado e pelo Brasil.

A reformulação do sistema de saúde ocorreu por várias fases apresentando hoje, uma melhor organização no sistema de assistência hospitalar e na atenção primária.

O Hospital São Lucas passou por reformas e hoje compõe a rede municipal de saúde, como maternidade de referência, contando com uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neo-natal e uma unidade de atendimento a urgências pediátricas.

O Hospital Santo Inácio, após passar por crises administrativas, sofre uma reformulação, passando por um processo de implantação de co-gestão com a administração municipal, através da Secretaria de Saúde e a Faculdade de Medicina de Juazeiro (FMJ), para fortalecer sua condição de hospital escola e de alta complexidade.

O Pronto Socorro, hoje Policlínica de Juazeiro encontra-se em dificuldades para se manter funcionando, ultimamente teve que desativar sua UTI por falta de condições de mantê-la funcionando.

Dos hospitais pediátricos, apenas o PSIC continua em atividade, diga-se com dificuldades, tentando recuperar o funcionamento de uma UTI pediátrica, até pouco tempo inapropriada para funcionamento; recebe ajuda da secretaria de saúde do município para continuar como única unidade para internação de pacientes pediátricos.

Na década de 1990 com o processo de municipalização da assistência e a formulação de políticas para a atenção primária, a partir da implementação do Programa Saúde da Família e com a formação de equipes no município, o processo se tornou contínuo evoluindo através de avanços e retrocessos ao longo do tempo. Houve aumento na cobertura de assistência ambulatorial, com diminuição na quantidade de internações hospitalares.

Conseguiu-se paulatinamente ampliação do número de equipes de saúde da família, atendendo hoje a 76% da população contando com 53 equipes do PSF cadastradas pelo Ministério da Saúde, sendo 47 para atender a áreas urbanas e 6 equipes na zona rural; a essas equipes juntam-se 27 equipes de saúde bucal e 395 agentes de saúde, mais 100 agentes de saúde do PACS. A partir do ano de 2007 foi iniciado, em algumas unidades do PSF um regime de pronto atendimento para urgências ambulatoriais, funcionando até às 22hs. Visando ampliar o atendimento às pequenas urgências, tem o objetivo de diminuir a pressão sobre o sistema hospitalar. As referências para internações são realizadas pelo antigo SAMDU, hoje Unidade Mista César Cals, através da central de regulação macrorregional instalada na regional de saúde em Juazeiro, pois o município não possui central de regulação para internações local. As consultas especializadas são realizadas em várias unidades do município e em ambulatórios mantidos pela faculdade de medicina. Essas consultas são agendadas por uma central de regulação municipal, assim como os exames de laboratório e de imagem. O município tem também um laboratório de análises clínicas que realiza a maioria dos exames complementares. Os exames de imagem da alta complexidade são realizados por serviços contratados.

Como em todo o país, o município busca formas de melhorar a atenção primária, seguindo as normas do Ministério da Saúde. Este processo é que deve ser avaliado e acompanhado para melhor entendimento.

As tabelas abaixo mostram a evolução das internações ocorridas neste município, por causas sensíveis a atenção básica, para pacientes locais. São pactuadas para melhorias, entre os municípios, o estado e o Ministério da saúde no pacto de atenção básica. A primeira é correspondente aos anos de 1997 e 2007.

Tabela 1: Internações por causas sensíveis a atenção ambulatorial

OCORRÊNCIAS	FREQUÊNCIA		PERCENTUAL (%)	
	1997	2007	1997	2007
Internações p/ IRA em < 5 anos	1.539	1.469	13,2	13,8
Internações p/ diarreia em < 5 anos	1.230	1.120	10,6	10,6
Internações p/ AVC	307	105	2,6	0,9
Internações p/ ICC	605	198	5,2	1,9
Internações p/ diabetes	167	207	1,4	2
Outros, exceto partos.	7.809	7.515	33,67	29,2
Total:	11.657	10.614	100	100

Fonte: tabnet do DATASUS, 1997 e 2007. Brasil (2006).

Na tabela a seguir mostramos as principais causas de internações para a população do município, retiradas de lista das trinta internações mais frequentes, durante o ano de 2006 da qual excluimos: cirurgias eletivas, como colecistectomia, herniorrafia inguinal, ou apendicectomia. Diagnósticos de agravos que não são considerados sensíveis a atenção primária ou ambulatorial, dentre os quais, estão: gastrite e duodenite; hemorragias digestivas.

Tabela 2: Principais motivos de internação hospitalar no município de Juazeiro do Norte. Jan./Dez. 2006

Parto Normal	2.248	Estafilococcias (Pediatria)	268
Parto Cesariana	1.262	Insuficiência Cardíaca	223
Entero infecções em lactentes	493	Crise Asmática (Pediatria)	203
Laringotraqueobronquite	462	AVC isquêmico ou hemorrágico agudo	195
Curetagem pós aborto	445	Pneumonia em adulto	186
Entero infecções (pediatria)	415	Diabetes sacarino	158
Pneumonia em crianças	279	Crise hipertensiva	149
Pneumonia do lactente	272	Insuficiência respiratória em criança	146

Fonte: DATASUS. Brasil (2006).

A população de Juazeiro tem uma assistência à saúde melhor que há dez anos por ampliação da cobertura, ou por melhor qualidade da assistência? Entre os anos de 1997 e 2007 a quantidade de equipes do PSF foi dobrada no município, atingindo o total de 54 equipes cadastradas, no final desse ano. A impressão sobre os dados apresentados, é que podem não fornecer informações definitivas, mas ajudam a orientar o processo de avaliação que deve ser coordenado pelos gestores atuais e/ou vindouros. Acreditamos que este é o momento para uma avaliação mais adequada.

O Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) é o meio de registro das informações geradas através de atividades realizadas pelas equipes do PSF e indicadores de morbi-mortalidade. Dados que são enviados pelos municípios para as secretarias estaduais de saúde e para o Ministério da Saúde onde são utilizados para avaliação do pacto de atenção básica. Dentre os indicadores mais cobrados estão os de mortalidade infantil, ou de óbitos em crianças menores de 1 ano. Na tabela abaixo mostramos o registro de óbitos de menores de um ano, no município, dos anos de 2001 e 2007, com um intervalo de 7 anos de atividades do PSF em

Juazeiro. Os dados foram obtidos nos arquivos do SIAB da Secretaria Municipal de Saúde.

OCORRÊNCIAS	2001	%	2007	%
Óbitos em menores de 1 ano	36		42	4,50
Óbitos em RN < 28 dias	19	52,78	30	71,43
Por diarreia	10	52,63	5	16,67
Por IRA	2	10,53	1	3,33
Por outras causas	7	36,84	24	80
RN 28 dias a 11 meses e 29 dias	17		12	28,57
Por diarreia	7	41,18	00	00
Por IRA	4	23,53	1	8,33
Por outras causas	6	35,29	11	91,67

Fonte: SIAB, Secretaria Municipal de Saúde, 2008

Taxa de mortalidade infantil em 2001: 19,25 / 1000 N. V.

Taxa de mortalidade infantil em 2007: 14,22 / 1000 N. V.

A quantidade de profissionais de saúde, em todas as áreas foi ampliada, ao longo do tempo no município, provocando a migração de profissionais residentes em Juazeiro do Norte para trabalharem em outros municípios vizinhos ou mais próximos.

Contribuem para isso duas faculdades de Medicina, uma federal, em Barbalha, Campus avançado da UFC, e outra privada, a Faculdade de Medicina de Juazeiro (FMJ), em Juazeiro do Norte.

Existem Vários cursos universitários de várias áreas em todo o Cariri principalmente em Juazeiro, formando profissionais em diferentes áreas da saúde, como Fisioterapia, Biomedicina, Educação Física, Nutrição, Biologia, Enfermagem e

outras. Portanto o setor da saúde no município e na região apresenta-se com possibilidades para desenvolver-se de forma sustentável nos próximos anos.

Imaginamos que com planejamento e uma boa gestão este setor poderá corresponder às necessidades da população.

Economicamente Juazeiro tem como maior empregador a área de serviços que é responsável por 69,68% do Produto Interno Bruto (PIB) local, decorrente predominantemente das quatro maiores romarias que ocorrem durante o ano em homenagem ao padre Cícero Romão Batista. A presença de 400 a 600 mil romeiros em cada uma delas, ajuda a movimentar o comércio e o setor de hospedagem que conta até com casas de famílias que recebem romeiros todos os anos nesses eventos. O comércio também é movimentado por visitantes de municípios vizinhos e de outros estados, como Pernambuco e Paraíba.

Ao mesmo tempo essa população flutuante sobrecarrega o sistema de saúde local periodicamente. A segunda maior participação no PIB municipal é atribuída ao incipiente setor industrial, hoje em ampliação, que responde por 29,84% do total, tendo como destaque a produção de calçados e folheados a ouro. A agropecuária como era de se esperar contribui apenas com 0,49% do PIB local por conta de sua baixa atividade.

4 OBJETIVOS

- 1 Analisar o Programa Saúde da Família (PSF), no município de Juazeiro do Norte-CE, conforme os princípios da Atenção Primária e as diretrizes do Sistema Único de Saúde;
- 2 Identificar as práticas ou atividades gerenciais, que influenciam positiva ou negativamente o desempenho das equipes nas ações de atenção à saúde em unidades do PSF.

5 CONTEXTO METODOLÓGICO

O sistema de serviços de saúde tem dinâmica particular, de acordo com sua organização, capacidade resolutiva e eficiência na distribuição dos cuidados, visando à justiça social. É, portanto, inserido para fins de estudo, na área das Ciências Sociais, podendo-se utilizar os métodos de pesquisa qualitativa em saúde, por tratar-se de um tema de domínio eminentemente interdisciplinar convivendo com a inevitável sobreposição entre as disciplinas e a conseqüente diversidade. Outro tema recorrente é o reconhecimento de que mais do que explicar, verificar ou prever, o objetivo deste tipo de estudo é compreender e/ou transformar a realidade médica ou social (BOSI; MARCADO-MARTINEZ, 2004).

É um estudo qualitativo em que procuramos analisar, em um sistema municipal de saúde, o primeiro nível de atenção, representado pelo Programa Saúde da Família, ou Estratégia Saúde da Família (ESF). O Programa Saúde da Família é a estratégia de organização da atenção primária nos municípios, e deve seguir um modelo determinado, funcionando como porta de entrada ao sistema de saúde.

A atenção primária deve, como primeiro nível do sistema de serviços de saúde, funcionar como orientador da atenção, encaminhando os cidadãos para tratamento em níveis de maior complexidade da assistência, quando necessário.

Nesse estudo buscou-se verificar se os atributos da atenção primária, conforme enunciados por Starfield (2002) estão sendo observados, ou respeitados no Saúde da Família (SF) do município de Juazeiro do Norte-CE. Serão analisados os atributos da Atenção ao primeiro contato (porta de entrada); Integralidade; Longitudinalidade e Coordenação. Para efeito de avaliação, devem ser utilizados os elementos estruturais propostos por este autor: Acessibilidade; Fonte de atenção ao longo do tempo ou adscrição de clientela; Capacidade de Oferta adequada de serviços (na unidade primária ou em outro nível de atenção); continuidade (mecanismos para encaminhamentos a outros níveis de atenção). Os elementos processuais são: reconhecimento de necessidades ou problemas; utilização dos serviços de saúde.

Maria Bosi nos lembra que um estudo qualitativo sobre as políticas, serviços ou programas de saúde, deve partir de pressupostos, implicar processos, e finalidades completamente distintas, quando levado a cabo, desde qualquer modelo escolhido.

Para se entender um serviço ou programa de saúde pode-se ter como meta conhecer a perspectiva dos profissionais que ali trabalham mas dar igual ou maior importância à opinião dos usuários, dos cuidadores ou dos administradores encarregados dos recursos materiais. No fundo é importante o reconhecimento da existência de diversos pontos de vista e sobretudo, de que o outro pode ter um ponto de vista diferente e igualmente válido, sobre o tema em questão. Esta multiplicidade de perspectivas ou de formas de entender e significar é parte da realidade dos que se ocupam de estudos qualitativos e um dos seus pressupostos essenciais (BOSI; MARCADO-MARTINEZ, 2004).

Em nossa pesquisa valemo-nos de entrevistas semi-estruturadas; discussões de grupos (grupos focais); e a observação sistemática.

Foram realizadas entrevistas com usuários em unidades de pronto-atendimento ou a urgência do município. Entrevistamos usuários entre aqueles que não apresentavam um quadro clínico que merecesse atendimento de urgência podendo ter seus problemas resolvidos na atenção primária, com uma orientação adequada ou medicação que pudesse ser utilizada em casa, como, por exemplo, queixas de febre que não apresentavam febre no momento do atendimento; crianças com história de diarreia, mas com estado geral bom, ativas; queixas de dor a vários dias, que não haviam sido atendidos no Saúde da Família; problemas de pressão.

Entrevista semi-estruturada com o Secretário de Saúde do Município e coordenadores da atenção primária. Grupos focais com os profissionais de saúde: médicos, enfermeiras e agentes de saúde. Foi realizada observação sistemática nas unidades de saúde da família.

Segundo Minayo (1996), a entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. Por essa técnica, pode-se obter dados de duas naturezas:

- a) Os que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis, etc. São dados chamados por vários autores de objetivos, concretos ecológicos, ou morfológico da realidade.
- b) Os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. São informações ao nível mais profundo da

realidade, considerados “subjetivos”. Só podem ser conseguidos através dos atores sociais envolvidos (MINAYO, 1996).

Leva-se em consideração que a entrevista semi-estruturada e não-estruturada difere apenas em grau, porque na verdade nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta:

Procura atingir seus objetivos, tentando manter a margem de movimentação dos informantes tão amplas quanto possível, e o tipo de relacionamento livre de amarras, informal e aberto dentro das limitações já conhecidas. O entrevistador se libera de formulações pré-fixadas para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam a abrir o campo de explanação do entrevistado ou a aprofundar o nível de informações ou opiniões (MINAYO, 1996).

Foram realizadas discussões de grupos ou grupos focais com profissionais da Saúde da Família (SF), componentes de 10 equipes em unidades sorteadas de forma aleatória, das áreas urbana e rural. A composição dos grupos foi com profissionais da mesma categoria, que foram grupos com médicos, com enfermeiras e o último com agentes de saúde, por seu maior envolvimento na atenção direta à população.

Foram momentos importantes da pesquisa, a realização dos grupos focais, tanto pela frequência dos convidados em torno de 8 a 10 profissionais por categoria, e mais pela participação de todos, onde, bem à vontade, demonstraram interesse pela discussão, desenvolvendo empenho em dissecar o assunto ou os temas em discussão levantados pelo pesquisador. Os profissionais se comportaram sem reservas, por se dizerem relaxados, e não foram percebidas qualquer barreira psicológica, que impedisse a manifestação de qualquer um dos presentes. Todos se portaram de forma espontânea, e podemos dizer, com satisfação.

Conforme afirmam Vizcaino e Barrica (1996), as vantagens de fazer um grupo focal podem ser: o acesso aos comentários de todo um grupo; uns podem motivar a participação dos outros; a atmosfera do grupo pode estimular uma análise mais profunda que as entrevistas individuais; o grupo não permite que se faça afirmações que não são corretas; pode-se obter melhores informações porque uns detalham mais que outros; a informação é obtida com rapidez relativa.

Na visão de Debus (1988), nos grupos focais a interação entre as pessoas provocará respostas mais ricas e o surgimento de idéias novas e originais; o facilitador pode observar o debate conseguindo um conhecimento direto dos comportamentos, atitudes, linguagem e percepções do grupo.

Para Minayo (1996), as discussões de grupos ou grupos focais têm seu valor como abordagem qualitativa; seja em si mesma, seja como técnica complementar. É geralmente utilizada para:

- a) Focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas;
- b) Complementar as informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo, em relação a crenças, atitudes e percepções; desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares;
- c) Afirma que o grupo focal se constitui uma técnica de inegável importância para se tratar das questões de saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população.

Por último, foi realizada a observação não participante, em unidades de saúde dos profissionais que participaram dos grupos focais, complementados por duas unidades onde se utiliza técnicas de acolhimento aos usuários, vinculada à faculdade de medicina.

Foi realizada a observação em um período de funcionamento das unidades após entrevista não-estruturada com os médicos. Na observação, foi seguida a proposta para inserção do pesquisador no campo, como sugerida por Raymond Gold (*apud* MINAYO, 1996), que se constitui em quatro situações:

- a) Participante total;
- b) Participante como observador;
- c) Observador como participante;
- d) Observador total.

Foi escolhida a técnica do observador como participante que é empregada como estratégia complementar ao uso das entrevistas; trata-se de observação quase formal, em curto espaço de tempo. Portanto, limitada pelo contato superficial, mas pode se associar o observado aos conteúdos das entrevistas (MINAYO, 1996). Foram observadas as estruturas das unidades em termos de

equipamentos, farmácia e disponibilidade de medicamentos. O funcionamento da recepção, critérios de atendimento aos usuários; arquivo de prontuários da unidade, consultórios médicos e odontológicos, informações visíveis aos usuários.

Segundo Minayo (1996), esses tipos de papéis estereotipados por Gold, só podem ser assim entendidos para fins analíticos, nenhum deles se realiza puramente, a não ser em condições especiais.

Em diferentes fases do trabalho de campo, um procedimento pode ser privilegiado em relação aos outros, em conformidade com as condições de pesquisa, aos acontecimentos considerados mais ou menos importantes e à própria finalidade da investigação, o parâmetro mais objetivo das diferentes estratégias.

Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Seu critério portanto não é numérico. Podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Isto é, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados multiplicar as tentativas de abordagens (MINAYO, 1996)

As informações adquiridas serão submetidas à validação por um processo de comparação entre os enunciados dos diferentes atores ouvidos, confrontados com registros documentais analisados; a coincidência encontrada na triangulação entre o relatado e os registros dará confiabilidade aos dados. Este procedimento é necessário, como forma de possibilitar a apreensão dos acontecimentos e dar a estes o atributo de verdade, isto é, que estejam em conformidade com o real, graças à função e ao poder, adequados do pesquisador, dos recursos gerais e dos instrumentos auxiliares da pesquisa (TURATO, 2003).

5.1 ANÁLISE DOS DADOS

Nos estudos qualitativos, as maiores dificuldades aparecem no momento da escolha da técnica de análise dos textos após o trabalho de campo e a coleta das informações. Na literatura, são encontradas formas diversas de interpretação das informações colhidas com o propósito de analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, isto é, avaliando tanto as interpretações

quanto às práticas dos sujeitos. “Um ponto comum das pesquisas qualitativas é o *status* central dado à interpretação do significado das ações sociais.” (MINAYO, 1996).

Minayo e Deslandes (2002) lembram, segundo Sperber, que: “A interpretação qualitativa não se direciona à interpretação de fatos sociais mas à ‘interpretação das interpretações’ dos atores sobre os fatos, práticas e concepções”.

Analisar tais representações é operar uma “dupla hermenêutica”, ou seja, reinterpretar as interpretações desses sujeitos (GIDDENS 1989 *apud* DESLANDES et al, 2004).

“A filosofia e a antropologia hermenêutica ajudam a entender que a interpretação não é uma reprodução mas a construção negociada do sentido dado” (MINAYO; DESLANDES, 2002).

Neumane (1994 *apud*, MINAYO, 1996) propõe para análise qualitativa dos dados os métodos da teoria fundamentada; aproximação sucessiva; ilustrativa; de comparação de domínio e de tipos ideais. Minayo (1996) oferece como opções para análise final das informações conseguidas no trabalho de campo três métodos: análise de conteúdo; análise do discurso e a hermenêutica dialética.

A **análise de conteúdo** foi definida por Bardin (1979 *apud* MINAYO, 1996) como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Ocorreram discussões ao longo do tempo, sobre os aspectos positivistas da análise de conteúdo definida por Berelson (1952 *apud* MINAYO; DESLANDES, 2002) como: “Uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los”.

Por outro lado, os adeptos da análise de conteúdo argumentam em linha diferente, colocando em cheque a minúcia da análise de frequência como critério de objetividade e cientificidade; tentando ultrapassar o alcance meramente descritivo do

conteúdo manifesto da mensagem, procurando atingir mediante a inferência, uma interpretação mais profunda.

Do ponto de vista operacional, segundo Minayo (1996):

A análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, aquele que ultrapasse os significados manifestos [...] em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.

Os debates entre os autores parecem mostrar que, no processo de conhecimento, não há consenso ou ponto de chegada. Pode-se sentir que a ciência exige a união entre a razão e a experiência; e o exercício do pensamento e a perseverança nos estudos que amplia a nossa capacidade de entendimento da realidade. A etapa de análise ou tratamento dos dados empíricos reunidos nos momentos de coleta da pesquisa exige concentração e esforço intelectual para se conseguir resultados coerentes com a história e valores do segmento social estudado.

Lazarsfeld em um curso ministrado na França sobre técnicas de análise de conteúdo um dos alunos perguntou sobre a condução de certos problemas práticos. Sorrindo o mesmo respondeu: “A gente diz e escreve muitas coisas, mas na verdade agente faz como pode” (POIRIER *apud* MINAYO, 1996).

Minayo (1996) menciona críticas de vários autores direcionados à análise de conteúdo e análise de discurso, sendo como a mais freqüente a sua fraca capacidade explicativa com ênfase quase absoluta na fala como material de análise. Em contrapartida, a autora oferece uma proposta de passos a seguir para análise do texto:

- 1) Ordenação dos dados: consiste na reunião de todo material das entrevistas, e o conjunto do material conseguido nas observações e dos documentos, se forem analisados (populares e institucionais). São conseguidos: a) por transcrições de fitas cassete; b) releitura do material; c) organização dos relatos em determinada ordem (já supõe um início de classificação); d) organização também dos dados de observação em determinada ordem de

acordo com a proposta analítica, “Essa fase dá ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo”.

- 2) Classificação dos dados: deve-se ter a clareza de que não é o campo que traz o dado, porque o dado não é “dado”, é construído. É fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo, e num processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do pesquisador. Do ponto de vista dialético a classificação é um processo que, levando em conta o embasamento teórico dos pressupostos e hipóteses do pesquisador, é feito através do material recolhido. Este momento compõe-se de duas etapas:

- a) leitura exaustiva e refletida dos textos, prolongando uma relação interrogativa com eles [...] Essa atividade ajuda o pesquisador a, processualmente estabelecer as categorias empíricas confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas.
- b) constituição de um “corpus” ou de vários conteúdos de comunicações se o conjunto das informações não é homogêneo. Cada um dos grupos fornece informações e representações específicas, constituindo conjuntos diferenciados. Nesse momento se faz uma “leitura transversal de cada corpo [...] os critérios de classificação podem ser tanto variáveis empíricas como variáveis teóricas já construídas pelo pesquisador.”

Geralmente a interação de ambos os critérios permite ao analista o aprofundamento do conteúdo das mensagens. Em seguida, faz-se o enxugamento da classificação por temas mais relevantes que podem surgir tanto para comprovação de hipóteses como material exploratório de campo (MINAYO, 1996).

- 3) Análise final: As etapas anteriores (ainda que o marco teórico esteja presente o tempo todo) fazem uma inflexão sobre o material empírico, que é o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação.

Deve-se partir da aparência de caos das informações recolhidas e fazer com que sejam, ao mesmo tempo uma revelação de sua especificidade de concepção e de participação nas concepções dominantes, e mais que isso, de

expressão da visão social de mundo do segmento em relação à sociedade dominante:

A interpretação além de superar a dicotomia objetividade versus subjetividade, exterioridade versus interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos (MINAYO, 1996).

A problemática da saúde introduz um apelo à unidade indissolúvel entre teoria e prática; isto implica que a análise final de qualquer investigação no setor se dirija para uma vinculação estratégica com a realidade. Acredita-se que se impõe a qualquer conclusão de trabalhos realizados na área de políticas públicas, pistas e indicações que possam servir de fundamento para propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformação de relações e mudanças institucionais, entre outras possibilidades (MINAYO, 1996).

Nossa opção foi por seguir os passos sugeridos pela autora para a análise de conteúdo, no estudo do material recolhido nesta pesquisa, por considerarmos adequado para consecução de nossos objetivos. É necessário ter uma visão crítica da realidade, em que a participação dos envolvidos seja analisada quando inserida em um contexto social complexo, onde os atos são mediados por concepções, costumes, valores e relações conflituosas, entre poder constituído e o corpo da sociedade como um todo.

6 RESULTADOS

Foi realizada, conforme descrito na metodologia, análise do conteúdo através da ordenação dos dados de transcrição das gravações dos grupos focais, dos registros das observações e entrevistas com usuários e secretário de saúde. Em seguida realizamos leituras sucessivas do material de forma crítica, constituindo os *corpus* ou grupos de mensagens representativas de categorias empíricas que representassem expressão das categorias analíticas estabelecidas como norteadoras da pesquisa: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; foco na família e participação da comunidade.

Foram agrupados conjuntos diferentes para cada categoria profissional ou população entrevistados. Desse conjunto heterogêneo de informações procuramos construir dados, que demonstrassem a realidade contida na mensagem dos participantes, de acordo com as variáveis definidas anteriormente.

Buscou-se durante a classificação das informações, sentidos, relações de contexto que ilustrassem as categorias analíticas do estudo, dentro da realidade percebida pelos atores participantes e que se agrupassem em conjuntos de diferentes percepções e posturas que nos permita reflexões a partir dos resultados para modificar o real através do percebido.

Aqui foram buscados dados que não são “dados” como bem lembra Minayo (1996), mas construídos no dia a dia e “sentidos” pelas pessoas no seu “viver” de rotina e dificuldades e se expressam em cansaço, desânimo, descrença.

Essas formulações foram agrupadas em categorias como: Acessibilidade; cuidados contínuos, ou mesma fonte de atenção; elenco de serviços; continuidade da atenção.

Na análise final, foram buscados resultados que possam contribuir para avanços futuros nessa construção do SUS, desenvolvendo uma atenção primária resolutive e que dê um sentido organizacional ao nosso sistema público de serviços de saúde.

6.1 ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO

Há um consenso geral de que a atenção primária deve ser a base de um sistema de saúde bem desenhado e orientar a organização do sistema como um todo. O aspecto mais importante para a caracterização da atenção primária, segundo Giovanella (2006) é a análise da posição desses serviços na rede assistencial, como unidades de primeiro contato, com instituição de porta de entrada, instrumento fundamental para permitir a coordenação dos cuidados pelo clínico geral ou o médico de família.

Para análise efetiva da atenção primária, no caso, o Programa Saúde da Família, como primeiro contato, ou porta de entrada do sistema de saúde, são propostos por Starfield (2002) dois atributos: A acessibilidade, que é o elemento estrutural, e um de processos que é a utilização dos serviços de saúde pela população.

A utilização dos serviços de atenção à saúde, será maior ou menor de acordo com as facilidades que a população percebe em determinada unidade de atenção para ser atendida.

Segundo Frenk (1992), a acessibilidade dos pontos de atenção é proporcional à oferta efetiva de serviços e inversamente proporcional à resistência oposta ao atendimento dos cidadãos.

No estudo realizado, pode-se perceber na fala dos profissionais de saúde, várias barreiras impostas aos usuários que buscam atenção nas unidades:

“Eu acho que o que atrapalha o atendimento no PSF é que você é limitado, tem o número de consultas definido de 16 a 20 usuários, e se o profissional não souber dizer um não, ele tem dificuldades e vai sobrecarregar suas atividades. A comunidade não tem sensibilidade de aceitar marcar um número ‘x’ de consultas para melhor atender”.
(Médico n. 1)

“Desde que tem os dias certos da semana para atendimento especializado (os programas do Ministério), isso tá comprometendo pelo excesso de pacientes a ser atendidos.” (Médico n. 2)

De um lado o serviço impõe resistência para atendimento à população quando limita a quantidade de usuários a serem atendidos pelo médico, limitando o acesso ao cidadão, restringindo-lhe o direito.

Outro fator de limitação ao acesso, e que reduz a acessibilidade dos serviços de atenção é a organização da demanda por programas prioritários do Ministério da saúde.

“Eu trabalho com cronograma, cada dia tem um programa diferente, Segunda feira, pela manhã eu faço puericultura, à tarde eu faço livre demanda; Terça faço visita domiciliar, a tarde livre demanda; quase todo dia eu tenho livre demanda porque o povo quer realmente é se consultar, eles não querem saber de organização, não. Na quarta-feira atendo as gestantes, à tarde livre demanda; na quinta-feira, pela manhã, como eu tenho 425 hipertensos e 76 diabéticos eu organizo por agente de saúde o atendimento toda quinta-feira. Na sexta-feira, como a gente só trabalha meio expediente, até as 13hs, eu atendo livre demanda”. (Médico n. 3)

“Isso não prova que você está fazendo PSF, realmente está cumprindo programas pré-estabelecidos!” (Médico n. 4)

“Eu tenho dificuldades para cumprir os programas do Ministério da Saúde, porque está impregnado na cabeça das pessoas, inclusive dos gestores, o “assistencialismo”, que as pessoas só querem consulta”. (Médico n. 2)

Segundo Starfield (2002), acessibilidade tem como representação a localização da unidade próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e a percepção da população sobre a conveniência destes aspectos. A utilização refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde. Há vários motivos para uma consulta: a ocorrência de um novo problema, o acompanhamento de um problema antigo, ou para serviços preventivos.

Frenk (1992) sugere que o domínio da acessibilidade se restrinja ao processo de buscar e receber atenção. Conclui que qualquer que seja o enfoque eleito, o resultado final será uma medida de acessibilidade considerada como o grau de ajuste entre os recursos para a saúde e a população no contexto da capacidade disponível para produzir serviços.

Considerando-se os estudos de Frenk (1992) e Starfield (2002), a acessibilidade da atenção primária no município em estudo é reduzida e tem prejudicado o desempenho do sistema como um todo.

Ficam evidentes as carências da assistência no PSF nas palavras dos profissionais de saúde:

“Um problema difícil para minha equipe é a falta de estrutura da unidade onde trabalho, não temos condições de realizar um trabalho adequado para a população.” (Médico n. 4)

Nas palavras dos profissionais vários fatores influem negativamente para o desempenho das equipes:

“os médicos que trabalharam em minha equipe, não se engajaram na prática que exige o PSF “eles não se comprometem, é só no consultório, é só consulta, não faz a parte educativa. Eu sozinha tenho que fazer palestra, prevenção, pré-natal, atendo uma multidão!” (Enfermeira n. 1)

Os médicos reclamam da quantidade de pacientes que atendem:

“ora, você atende vinte pacientes, tem condições de atender trinta? Não tem!” (Médico n. 6)

Existe a prática de encerrar o atendimento para não atender mais do que o estipulado.

“16h. tem que fechar o posto, senão 16h30 começam a chegar as dondocas, que estavam esperando.” (Médico n. 5)

“Na realidade o povo ainda não está educado para ser atendido no PSF.” (Médico n. 7)

“tem esse problema do povo, que ainda não “entenderam” o que é PSF.” (Médico n. 3)

“eu sou chamada para atender urgências, e o que não resolvo, encaminho para o médico resolver, se não resolver encaminha pro SAMDU (pronto socorro).” (Enfermeira n. 1)

Algumas equipes trabalham em áreas rurais ou urbanas atendendo em mais de uma unidade.

As agentes de saúde acham que são exigidas demais em seu trabalho, porque cada agente tem o dever de acompanhar de 250 a 300 famílias, devendo dar maior atenção às famílias mais necessitadas, por exemplo, aquelas em que existem hipertensos e diabéticos, idosos, crianças desnutridas, vacinas atrasadas, gestantes.

“Resumindo, tudo dentro do município é nas costas do agente de saúde! Agora condições de trabalho, são péssimas, é a cara e a coragem mesmo; não temos pasta, tem gente que a muito tempo não tem uma balança; nos achamos sem recursos para trabalhar.” (Agente de saúde n. 1)

“as pessoas acamadas devem ser visitadas pelo médico e a enfermeira com a gente, não está sendo feito isso por quê? Porque não tem transporte.” (Agente de saúde n. 2)

“PSF não tem porte pra isso não! A própria secretaria não fornece o medicamento de urgência pra posto do PSF! Chega uma criança no posto, com 39 graus de febre o Doutor ou a Doutora, faz um encaminhamento para o São Lucas (urgência pediátrica).” (Agente de saúde n. 3)

Os relatos sobre as condições de trabalho no PSF pelos profissionais de saúde, bem como a forma como se referem à população, parece demonstrar um

certo sentimento preconceituoso contra as condições sócio culturais das pessoas que são atendidas por eles, que deveriam ser reconhecidos como cidadãos, iguais a eles, e com direito a uma assistência de melhor qualidade. Compete aos cidadãos ditos “carentes” se conformarem com o que lhes são ofertados pelo poder público. O mínimo necessário para atender suas necessidades. Como é lembrado por Cohn (2001 *apud* CARNEIRO JÚNIOR; SILVEIRA, 2003), a sociedade brasileira acumula anos de políticas públicas conservadoras; a democracia ainda é um objetivo a ser atingido e que é necessário a participação ampla da sociedade articulada com os canais de participação política para que os direitos sejam alcançados.

Situações semelhantes foram encontradas por Serapioni e Silva (2006) em pesquisa realizada, em vários municípios do Estado do Ceará, onde na organização do trabalho as equipes seguem um cronograma conforme a área de abrangência do PSF. O atendimento é realizado de acordo com a ordem de chegada, e a norma estabelecida é de 16 fichas por turno, para atendimento.

Carneiro Júnior e Silveira (2003) ainda lembram Sales que afirma: A característica da construção da cidadania no Brasil tem um traço forte de concessão dada pelo Estado a grupos específicos, de acordo com os interesses das elites dominantes. “Cidadania Concedida” é a denominação dada por Sales, a essa maneira de estabelecer direitos na nossa sociedade.

A realidade nos impõe a indagar quando teremos práticas de saúde orientadas para o exercício da cidadania? Promover ou ofertar cuidados de saúde para uma população bastante enferma e desprovida de recursos? Como pensar na universalidade da atenção quando grupos populacionais sem acesso e diferentes perfis sócio-demográficos e de saúde? Precisa de instrumentos teóricos e práticos para fornecer respostas mais satisfatórias às demandas de saúde (CARNEIRO JÚNIOR; SILVEIRA, 2003).

Se a população não tem acesso a um sistema de serviços de saúde, baseado na atenção primária resolutive, não consegue manter um bom estado de saúde, pela ausência de informações e de práticas preventivas. A população reclama da falta de acolhimento nas unidades de atenção primária; faltam a alguns profissionais, condições técnicas para desenvolver um bom relacionamento com a

população mais carente que está sob seus cuidados. Dessa forma não procuram o diálogo, conhecer as necessidades das pessoas, promover uma atenção mais humanizada.

Pode-se afirmar que há uma relação entre acesso e acolhimento.

Schimidt e Lima (2004) lembram que, para Carvalho e Campos (2000), “o acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário”.

Portanto, a acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Ao sentir-se acolhida a população procura, além de seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos (SCHIMIDT; LIMA, 2004).

Nesta pesquisa foi observada a ausência de acolhimento aos usuários, nas observações realizadas e nas informações dadas por pessoas entrevistadas em unidades de pronto-atendimento :

“É muito difícil no posto, a gente tem que chegar muito cedo para conseguir uma ficha para ser atendido”.

“No PSF não tem medicamento, prá fazer os exames a gente espera mais de mês”.

Observamos em unidades que foram visitadas, pessoas muito cedo sentadas nas calçadas aguardando que o posto fosse aberto. As fichas são distribuídas, ou são anotados os nomes das pessoas por ordem de chegada, pelo auxiliar administrativo, até dezesseis pacientes por turno, dependendo da disponibilidade do médico para atender mais. Os casos que podem ser atendidos, de acordo com a gravidade, são analisados pela enfermeira, o recepcionista, ou a auxiliar de enfermagem, para ser levado ao médico além da cota estipulada. Em duas unidades fomos informados pelo médico que na sua unidade fora implantada a prática do acolhimento, que seria realizado pela enfermeira, para atendimento aos casos mais graves. Na conversa com os profissionais e depois na observação, foi constatado que o acolhimento na realidade, trata-se de uma triagem: a enfermeira faz uma entrevista com o paciente ou a mãe, quando criança, e de acordo com a gravidade do caso encaminha para atendimento imediato pelo médico, ou agenda a

consulta para o dia seguinte. Mesmo sendo negado pelo médico, constatamos que é seguido o atendimento de programas a cada dia; ou seja, utilizam o cronograma, mesmo tendo a prática da triagem. Essa forma de organizar o atendimento pelos programas ministeriais para garantia dos “indicadores” dificulta até para quem é inscrito em um programa, diminuindo a acessibilidade, restringindo o acesso, como relatam usuários e profissionais de saúde:

“na maternidade onde trabalho, vão muitas gestantes que poderiam ser atendidas no PSF e ao serem indagadas porque estão ali, sempre respondem que foram lá, mas não foram atendidas porque não era o dia das gestantes isso acontece muito!” (Médico n. 4)

O que foi encontrado coincide com o relatado por Schimidt e Lima (2004) em estudo realizado no Rio Grande do Sul: O que se observa é o encaminhamento do usuário para o serviço de pronto-atendimento ou de urgência, ditado pela organização do trabalho e não pela necessidade do usuário, contribuindo para que no imaginário popular se cristalice a idéia de que o pronto socorro é o local que resolve todos os problemas agudos.

A dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde pode ser observada pela fila para consulta médica, disputa no momento de distribuição das senhas para atendimento e agenda médica lotada por compromissos externos. Nesses casos podemos afirmar que a estratégia Saúde da Família conforma-se como forma excludente de atenção, no qual a prioridade é de quem chegar primeiro.

É evidente a relação entre a organização do processo de trabalho das equipes e a carência de acesso à população dos serviços de saúde.

A realidade para a população é o atendimento centrado no médico e a manutenção das filas em horários desumanos para a garantia de acesso. Assim possibilita afirmar que não basta aumentar o número de equipes de Saúde da Família sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho (SCHIMIDT; LIMA, 2004).

Os profissionais de saúde insistem que são muitas as dificuldades enfrentadas por eles no trabalho, todos concordam que há médicos sem compromisso:

“tem profissional que pensa que o PSF é bico, vai lá atende seus dezesseis e vai embora.” (Médico n. 7)

“Quem tiver equipe aqui ainda tou procurando. Tem Doutor que não fala com a enfermeira.” (Médico n. 2)

“Você não pode atender hipertenso e diabético muitas vezes porque falta medicamento.” (Médico n. 1)

“Na zona rural as equipes atendem em várias localidades: atendemos no posto e mais cinco lugares diferentes nós não temos uma maca! Pedimos uma maca portátil e ela não veio. O posto não tem a mínima condição de atendimento, de nada! São duas salas a minha e a da enfermeira, num almoxarifado funciona a sala de vacinas e fica o fichário do posto; o povo espera na porta sem proteção contra o sol.” (Médico n. 8)

“o médico da minha área atende quatro comunidades, quando falta alguém é difícil pra ele ir atrás.” (Agente de saúde n. 4)

“no posto que eu trabalho, coordeno os profissionais, coordeno tudo! Faço de tudo para os indicadores atingirem 100%.” (Enfermeira n. 4)

“A equipe não tem muita integração, o médico é só técnico, bom profissional, mas não tem perfil. Como é que contrata o profissional que tem vários trabalhos e ainda está no PSF? Não há uma divisão do trabalho entre o médico e a enfermeira, há sobrecarga da gente porque o médico faz mais consulta ambulatorial.” (Enfermeira n. 5)

“A sobrecarga de trabalho é maior para nós, porque os médicos não dividem as atividades. O médico para o PSF é aquele profissional que não tem consultório particular; não precisa sair 10Hs. da manhã do posto, voltar às quinze e sair 16:30; que esteja disposto a dividir a burocracia com a equipe. Não adianta dizer que a primeira consulta de pré-natal é com o médico se ele não preenche nada (prontuário). O médico tem que saber que nunca pára, ta saindo e chegando gente, é hora de conversar com as pessoas, mandar vir outro dia, dialogar com os pacientes.” (Enfermeira n. 6)

Há concordância entre todos os profissionais, que dificulta muito o desempenho da equipe, a quantidade de usuários cadastrada para cada uma; têm isso como um complicador para o acesso aos cuidados e o trabalho da equipe.

Uma dificuldade que falaram é a quantidade de famílias:

“tem PSF com 4.600 pessoas cadastradas; na minha equipe tem 1500 famílias, é demais, você não consegue.” (Médico n. 1)

Eu penso que o PSF é o futuro e esse futuro pra gente construir do jeito que está será errado. A mudança tem que partir de nós. “Eu entrei em uma equipe nova e já tenho 1.400 famílias, e é impossível pra uma equipe atender!” (Enfermeira n. 7)

“No meu posto é a maior dificuldade, porque cada agente não tem condições de acompanhar 290, a 300 famílias cadastradas.” (Agente de saúde n. 2)

É importante que a atenção primária seja compreendida como a porta de entrada do sistema de serviços de saúde. Em uma concepção de atenção primária orientada para a comunidade, os serviços devem estar orientados, conhecendo suas necessidades de saúde, centrar-se na família para bem avaliar como responder às necessidades e ter competência cultural para reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais. Há um consenso em geral de que a atenção primária

deve ser a base de um sistema de serviços de saúde bem desenhado e orientar a organização do sistema como um todo (GIOVANELLA, 2006).

Giovanella (2006) expõe diferenças estruturais entre a atenção primária nos países europeus e no Brasil: em alguns países da Europa a inscrição de usuários nos serviços é realizada por iniciativa do cidadão segurado que desfruta de alguma liberdade de escolha, e possibilidade posterior de troca, entre profissionais de saúde ou serviços, atuantes em determinado espaço geográfico, diferente da adscrição compulsória da população como ocorre no Brasil.

Outra diferença apontada pela autora é a quantidade (listas) de cidadãos inscritos por médico de atenção primária, que varia de 1030 na Itália a 2500 na Espanha bem menos que no Brasil, onde é estipulado para a abrangência da equipe do PSF a adscrição de até mil famílias e média de 3450 pessoas por equipe, ou até mais como vimos em nosso estudo.

6.2 LONGITUDINALIDADE

A longitudinalidade é uma característica complementar ao primeiro contato e representa a condição em que o usuário esteja ligado a uma fonte de atenção que lhe garanta ao longo do tempo, resposta às suas necessidades de saúde.

Para Starfield (2002), do ponto de vista da atenção primária, a longitudinalidade representa uma relação pessoal de longa duração, entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Implica a existência de um local, um indivíduo, ou uma equipe de profissionais, que sirva como fonte de atenção por um período de tempo, independente da presença, ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde, ou do tipo de problema. Atenção longitudinal significa que o grupo populacional identifica uma fonte de atenção como “sua”; que a equipe reconhece através de cadastro dos usuários, um contrato informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa, não para a doença.

O elemento estrutural para avaliação da longitudinalidade é a adscrição de clientela, ou população eletiva; o elemento processual é a utilização do serviço ao longo do tempo.

Starfield (2002) lembra Albert e Chaney (1971), que consideram a essência desse atributo da atenção primária, a relação pessoal ao longo do tempo, independente do problema de saúde ou da presença de um problema, entre um paciente um médico, ou uma equipe multiprofissional.

Entende-se pelo exposto que essa relação e a conseqüente aproximação entre profissionais de saúde e sua população adscrita, deve possibilitar maior conhecimento dos profissionais sobre os problemas dos pacientes levando a uma maior aproximação dos pacientes aos profissionais.

Este cadastramento de pacientes para as equipes do PSF, no município estudado é considerado defeituoso por todas as categorias de profissionais de saúde, ouvidas.

“O cadastro é feito na área de abrangência, pelo endereço e a dificuldade, é que muitas pessoas moram de casa alugada e são cadastradas no período que vivem na localidade, mas a maioria não permanece nem um ano no endereço, e quando se chega à residência depois de algum tempo as pessoas não moram lá, como fazer? indaga.” (Médico n. 7)

“Você tem, vejamos, trinta prontuários individuais, em uma mesma ficha (cadastro familiar), uma mesma família; são parentes que vêm de outros municípios para fazer exames – é o jeitinho brasileiro!” (Médico n. 3)

Essas distorções apontadas pelos profissionais provocam também restrição do acesso às unidades, contribuindo para diminuição do vínculo usuário-equipe de saúde através de uma baixa utilização de seus serviços pelo cidadão.

Há um consenso entre os médicos que os pacientes que não conseguem atendimento na unidade do PSF, procuram atenção no pronto-atendimento municipal:

“todo paciente que não conseguiu vaga no PSF ou que não são atendidos, com medicação, procuram a UMCC (Unidade Mista César Cals), antigo SAMDU: Os que não têm necessidade, o que está saindo do trabalho, pedir medicação ou atestado, ou urgência.” (Médico n. 4)

É evidente que o pronto-socorro mostra-se mais acessível ao usuário do sistema, o que dificulta a criação de vínculo entre o usuário e a equipe ou unidade de atenção primária.

“O posto que eu trabalho fica em um bairro nobre e a população mais carente, que utiliza o posto, fica em um bairro vizinho, portanto o posto fica afastado da demanda daquela população adscrita. É a maior dificuldade que a gente tem para manter os ‘indicadores’; as pessoas não vão espontaneamente ao posto, 2 a 3 meses sem ir buscar a medicação. O indicador da hipertensão estava baixo, então resolvemos uma vez por mês ir para o posto mais próximo, da assistência social, só para atender os hipertensos.” (Enfermeira n. 6)

“Para o pré-natal é a maior dificuldade com o médico, as gestantes não querem fazer com ele, fica mais com a gente que tem mais aquela atenção de atender, conversar.” (Enfermeira n. 2)

As agentes de saúde reclamam da forma como é realizada a territorialização:

“as famílias são cadastradas por área ou território, que é definido na secretaria de saúde: elas (as coordenadoras de PSF) têm uma maneira de dividir, dar uma área para você que nem conhecem! Então seria necessário que elas fossem lá.” (Agente de saúde n. 5)

O secretário de saúde do município concorda: segundo ele, a territorialização do município teve um erro muito grande em sua implantação. E explica: No início pingaram em cada bairro uma equipe, provocando uma reação na população, que estava acostumada a ser atendida em posto de saúde, do município, do estado, ou federal e todo mundo era atendido, bem ou mal, mas era atendido. Com esse “mapeamento” pessoas morando perto do posto ficam sem atendimento.

Entre os princípios fundamentais para os sistemas de saúde, expressos na “Carta de Jubljana” para os países europeus, sobre reformas dos sistemas de atenção à saúde, está que estas reformas

devem ser dirigidas às necessidades dos cidadãos, levando em conta, através de um processo democrático, suas expectativas sobre saúde e cuidado de saúde. Devem assegurar que a voz e escolha dos cidadãos, decisivamente, influenciem na forma como os serviços de saúde são desenhados e operacionalizados. Os cidadãos, devem também ter responsabilidade com sua própria saúde (PAÍSES da Comunidade Européia, 1996).

Campos (*apud* SCHIMITH; LIMA, 2004) afirma que o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Essa relação deve ser

utilizada para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculos sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre os profissionais e pacientes, estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante o atendimento.

Para que o usuário reconheça a unidade do PSF como sua principal fonte de atenção, deve ser respeitado e tratado como cidadão com a garantia de seus direitos. O acesso aos cuidados deve ser compreendido pelos provedores da atenção como um direito do cidadão, e, portanto, um dever dos trabalhadores em saúde, como exercício de cidadania.

“Acho que a população está se contentando com migalhas, porque saúde de qualidade ainda não existe.” (Médico n. 2)

“A comunidade não percebeu, ainda, a dificuldade que existe para funcionamento daquele PSF. Eles querem a presença, só o profissional e então, com aquilo eles se contentam.” (Médico n. 1)

“É na humanização! Mesmo não havendo uma visão humanizada, está dando resultado é no contato direto das pessoas com o profissional.” (Médico n. 5)

Em 1994, o Ministério da Saúde ao propor o PSF o fez como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, para organizar a atenção básica, investindo no “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população” (SCHIMIDT; LIMA, 2004, p.7).

Na visão de pereira, o acolhimento deve influir positivamente no padrão de utilização dos serviços por parte dos indivíduos e também influenciar em questões sócio-organizacionais do serviço como: Horizontalidade das relações cuidador/indivíduo, aumento da disponibilidade dos profissionais para responder às demandas e a oferta de cuidados aceitáveis e adequados às reais necessidades da população. Parece que pode afetar o caráter de longitudinalidade do cuidado na medida em que objetiva a criação de vínculos pessoais duradouros e a identificação e responsabilização mútua entre equipe e indivíduos (PEREIRA, 2006).

Solla (2005) lembra que o acolhimento deve garantir a resolubilidade como objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário.

Para esse autor o acolhimento assume a condição de reorganizador do processo de trabalho identificando demandas dos usuários e reorganizando o serviço. Essas atividades teriam o objetivo de ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde, gerando vínculo. Isto faz do acolhimento mais do que uma triagem qualificada, mas formada por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas, para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e utilizando o potencial dos demais profissionais. Dessa forma a incorporação da proposta de acolhimento pode contribuir para uma efetiva responsabilização clínica e sanitária por parte do sistema de saúde e construir vínculos entre usuários e trabalhadores (SOLLA, 2005).

6.3 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

A integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-los.

A integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessário, para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência.

A atenção primária é orientada para o atendimento das necessidades das pessoas. Deve disponibilizar uma variedade de serviços voltados para essas necessidades e alcançar um alto nível de desempenho no reconhecimento de necessidades existentes na população.

As “necessidades” vão desde sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades, intervenções preventivas indicadas ou intervenções para promoção

da saúde. O desafio é reconhecer as situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada (STARFIELD, 2002).

Como a atenção primária é continuada as funções de cuidado e cura são provavelmente mais prolongadas, mais extensivas e mais variadas. Tipos mais extensivos de recursos devem muitas vezes ser aplicados.

A atenção primária lida com um conjunto maior de preocupações em relação à saúde e o faz dentro de um contexto social mais amplo, devendo dispor de um amplo conjunto e tipos de recursos a sua disposição (STARFIELD, 2002).

Entendemos atenção primária como um modelo para organização da assistência em sistema de serviços de saúde integrado, com a proposta de atenção integral à saúde de uma determinada população.

Um desenho lógico desse modelo se manifesta através dos atributos organizativos: atenção ao primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação. Quando respeitada essa seqüência organizacional, certamente se conseguirá a interação entre os serviços promovendo eficácia e eficiência, com melhores resultados para a saúde da população (ATUM, 2000). A perseguição ao objetivo de implementar uma atenção primária, com a característica de orientar os cuidados de saúde aos cidadãos de forma integrada, deve ser uma meta a se perseguir. Os profissionais de saúde, através dos médicos dão sua versão:

“Quando o paciente necessita um atendimento especializado, eu não sei se foi atendido, se realizou exames, não sei nada.” (Médico n. 6)

“Quando é um caso mais grave, a gente vai atrás, faz uma visita no hospital.” (Médico n. 3)

“Eu acompanho um paciente sei que ele precisa de um internamento e não posso encaminhá-lo ao hospital, tenho que mandar para o pronto socorro; eu encaminhei um doente grave, ele voltou, no outro dia foi a óbito.” (Médico n. 5)

“Pacientes atendidos na urgência são orientados a procurar o médico do PSF mas não recebem o relatório do atendimento; não passam nem medicação para casa depois.” (Médico n. 7)

“Você vê seu paciente e não pode fazer o que é preciso.” (Médico n. 4)

“Não se faz saúde preventiva sem educação sanitária; não adianta tratar o hipertenso sem ele saber se cuidar! A maioria pensa que é tomar o medicamento e ficar bom, não é assim! Não se cura hipertensão, as pessoas precisam ter noção disso, precisam fazer prevenção.” (Médico n. 8)

O conceito de integralidade é consagrado na constituição brasileira de 1988. Seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde. Nesse conceito se prevê que de forma articulada sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação.

A garantia do princípio da integralidade implica em dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem contar com um atendimento diversificado, organizado e humano. Isto portanto não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos (CAMPOS, 2003).

Nesse sentido as enfermeiras relatam:

“A gente tem a maior dificuldade para fazer reunião educativa. A população não quer.” (Enfermeira n. 3)

“Para o PSF melhorar precisa de mais informação, a população não vai para as palestras.” (Enfermeira n. 5)

“As pessoas não compreendem a sistemática de priorizar o atendimento por programas: a gente explica que tem as prioridades cobradas pelo ministério, que tem que atender grupos de risco, por doenças.” (Enfermeira n. 7)

“Se tem um monte de dificuldades, carência de material, de medicação.” (Enfermeira n. 2)

“[...] A gente faz treinamento e na prática nada acontece.” (Enfermeira n. 8)

“O paciente vai no posto e não tem o medicamento.” (Enfermeira n. 6)

“Você não tem o material para trabalhar com qualidade.” (Enfermeira n. 1)

“Meu posto é do PROARES, tem estrutura ótima, mas passei um ano sem aerosol, o aparelho quebrou, nunca voltou; quebrou o Pinard, aí a gente não tinha nem sonar, nem o Pinard.” (Enfermeira n. 4)

Em um seminário realizado pelo Ministério da saúde com participantes de vários países, no relatório final chegaram à conclusão que: O PSF foi proposto pelo governo e está sendo construído conceitual e teoricamente por dentro do fazer. Não está concluído, É uma estratégia de avanços em cima de nós críticos, o que gera “confiabilidade e adesão” (CHAGAS; SECLLEN, 2003).

Na visão do agente de saúde, a dificuldade para o PSF funcionar é conseguir um bom atendimento médico:

“No meu posto o mais difícil é o acesso ao médico.” (Agente de saúde n. 5)

O secretário de saúde do município lembra:

Ainda hoje existe uma cultura na cabeça da população que saúde só pode ser feita pelo médico. Às vezes a criança ou adulto não está doente ao extremo pra precisar de uma consulta médica. Até chegar ao nível secundário a missão está cumprida, mas quando passa para a alta complexidade: cardiologia, neurocirurgia, a gente tem uma dificuldade muito grande de ser atendido.

Os médicos discutem as prioridades para o desenvolvimento da atenção:

“Eu pergunto: a dificuldade para formar uma equipe do PSF é a falta de insumos, material didático, medicamento para a população, ou saber se aqueles dados que você ‘toma conta’ estão melhorando? Ou é só pra cumprir a meta? Eu procuro, além disso, resolver os problemas!” (Médico n. 6).

“O que dificulta, é saber que você faz seu trabalho e não ver melhorar; não é só o assistencialismo que muita gente esta fazendo!” (Médico n. 8)

“Você dá só a medicação e isso não resolve. Não melhora a escola; você não vê melhora no saneamento; não tem melhora na qualidade de vida das pessoas; então não é só atender!” (Médico n. 5)

“Se o gestor não procurar resolver os problemas paralelos não vai depender só das equipes não; na área que eu trabalho parte tem saneamento, a outra parte não, é esgoto a céu aberto e as crianças brincando com terra, em contato com o esgoto.” (Médico n. 1)

Um documento da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) afirma que:

integralidade no contexto do Sistema Único de Saúde pode ser vista como uma imagem objetivo, uma noção amálgama, com vários sentidos. As noções e diretrizes do SUS foram forjadas desde um lugar de oposição, a partir de uma crítica radical a práticas, instituições e organização do sistema de saúde.

A partir dessa primeira noção de objetivos, o texto complementa, tentando mostrar o que deve ser evitado para se definir a integralidade:

[...] como crítica a uma atitude médica fragmentária, a um sistema que privilegia a especialização e segmentação, a atitude médica reducionista – recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e portanto a queixa do paciente, a partir do referencial da medicina integral (BRASIL, 2006).

Os profissionais de saúde precisam buscar compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta, para além da atenção curativa, a partir da medicina preventiva. Integralidade tomada como horizontalização dos programas.

Integralidade que garanta acesso às técnicas de tratamento e diagnóstico necessários a cada caso, a partir da atenção primária, com articulação aos meios de

diagnóstico e atenção especializada, quando necessário, tomada como acesso a diversos níveis de atenção.

As ações de saúde devem ser voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura e os serviços de saúde devem ter o indivíduo como um ser humano integral e submetido às mais diferentes maneiras de vida e trabalho, que o leva a adoecer e morrer (KELL; SHIMIZU, 2005).

Para Tanaka (*apud* GIOVANELLA *et al.*, 2002), a diretriz da integralidade englobaria 5 dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo visto na sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis; o tratamento diferenciado para quem está em situação desigual; e, a interferência nas condições gerais de vida da população.

Integralidade refere-se a um sistema que garanta de forma articulada, para indivíduos e populações, ações sanitárias de três tipos: promoção da saúde, prevenção das enfermidades e de acidentes, e recuperação da saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

A mesma autora construiu um conceito de integralidade composto por quatro dimensões, quais sejam: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; 4) abordagem integral do indivíduo e famílias.

Relaciona cada uma destas dimensões a um diferente campo de intervenção: a primeira ao campo político de definição de prioridades; a segunda à organização do sistema de atenção; a terceira à gestão do sistema e a quarta ao cuidado individual (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

A forma como é organizado o trabalho nas equipes de PSF é considerada por Maria Almeida como hierarquizado tendo o médico papel central e hegemônico na equipe de saúde, sendo imperativo a revisão do seu papel, para consolidação de uma equipe. Propõe a interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes, e maior integração da equipe. Não ocorrendo essa integração, corre-se o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na

recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Para Campos e Belisário (*apud* ALMEIDA; MISHIMA, 2001), existe uma carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos que imediatamente respondam a esse desafio de estabelecer um plano de ação que se volte para essa atuação vigilante e uma ação cuidadora, sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta entendida, como parceira da equipe de saúde.

A multiprofissionalidade deve ser entendida como a atuação conjunta de várias categorias profissionais. O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária. É nessa relação de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa, com um saber próprio, que deve ser entendido o trabalho dos diferentes agentes: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde – na saúde da família. Conseguir a articulação desses distintos aspectos não é fácil nem para um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possa ser construída uma idéia de equipe integração. Integrar conhecimentos disponíveis nos espaços de trabalho, nos espaços de formação, nos espaços de produção de conhecimento, especialmente nos espaços de construção de cidadania (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

6.4 COORDENAÇÃO

A coordenação é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perde muito de seu potencial, a integralidade é dificultada e a função de primeiro contato torna-se uma função puramente burocrática. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. O desenvolvimento de sistemas organizados de serviços de saúde, com integração da atenção em diversos níveis de atenção aumenta a consciência da ausência de uma sólida informação de

base, bem como a necessidade de tentativas mais sistemáticas de desenvolvê-la (STARFIELD, 2002).

“a pessoa faz uma consulta com o médico ele não anota nada em prontuário.” (Enfermeira n. 3)

“A grande dificuldade é que a gente faz a nossa parte e quando chega a vez do médico, ele não faz; não preenche direito o prontuário; quando precisa para resolver problemas do paciente, está tudo por fazer. Acontece um imprevisto com o paciente e o médico faltou, a gente fica sem saber o que fazer, porque não tem nada anotado.” (Enfermeira n. 1)

“Primeiro não há contra-referência, encaminha o paciente, ele é atendido e volta para casa, mas não tem a contra referência; na urgência tem uma demanda espontânea louca, deixam de ir para o posto e vão para o SAMDU, não tem como ter retorno.” (Enfermeira n. 5)

“existe a referência do primário para o secundário, mas o contrário não existe, há dificuldade para continuidade do tratamento.” (Enfermeira n. 4)

“Uma paciente fez colposcopia, com resultado normal, o médico que não tinha experiência com prevenção, pediu que eu encaminhasse ao ginecologista. Terminou a paciente procurando atendimento particular.” (Enfermeira n. 6)

Os pacientes quando voltam, você não sabe o que foi feito, se fez o tratamento ou se curou.” (Enfermeira n. 4)

Quanto aos médicos, as queixas são semelhantes:

“O paciente fica por vinte e cinco dias internado e volta sem nada, você não sabe o que foi feito lá.” (Medico n. 3)

Starfield (2002) classifica os desafios da coordenação divididos em três partes:

1. dentro do estabelecimento de atenção primária, quando os pacientes são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares (incluindo laboratórios);
2. Com outros especialistas, chamados para fornecer aconselhamento ou intervenção de curta duração;
3. Com outros especialistas que tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico.

Um caso excelente deve resultar em um modelo deliberativo entre o paciente e o profissional de atenção primária que considera o médico como análogo a um professor que ouve e depois aconselha a respeito das questões relacionadas à saúde. O papel do profissional de atenção primária deve ser o de moderador em relação à tomada de decisão do paciente, evitar duplicação desnecessária de

exames e procedimentos e minimizar a expressão para o paciente, de diferenças insignificantes no julgamento com outro profissional que esteja envolvido (STARFIELD, 2002).

A coordenação exige tanto um meio de transferência de informações (o componente estrutural ou de capacidade) quanto o reconhecimento de necessidades (o componente processual ou de desempenho). Métodos mais convencionais, embora não necessariamente mais fáceis, para melhorar a transferência de informações envolvem uma melhoria na continuidade dos profissionais ou equipes de profissionais, prontuários médicos ou sistemas de informações computadorizados. A adição da lista de problemas aos prontuários resulta em um melhor reconhecimento do problema (STARFIELD, 2002).

Para Conill (2004), a oferta de um conjunto amplo de ações num sistema de saúde só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade. Da mesma forma, não é interessante ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos. O que vale a pena verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais.

A autora registra que no estudo de caso da implantação do PSF em Florianópolis, foram detectados problemas relativos ao quantitativo insuficiente de recursos humanos e na referência para serviços especializados. Conclui que essa barreira pode comprometer vantagens obtidas na integralidade ao impedir a realização de certas atividades, como a prevenção por sobrecarga da demanda por atenção curativa. E conclui: havendo problemas na referência para especialidades, a continuidade torna-se também difícil, e a qualidade prejudicada como um todo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva é de uma atenção primária, ou básica, resolutive e que corresponda às expectativas da população, com assistência de qualidade, dentro de uma realidade diferente, de respeito aos direitos constitucionais da população de qualquer extrato social. Diante desta visão global pode - se compreender o seu desenvolvimento prático como um conjunto de atividades-meios concatenadas e interdependentes num exercício contínuo para sustentação de resultados favoráveis e permanentes dos níveis de saúde. É importante visualizar os componentes estruturais e processuais deste modelo de atenção como um corpo inteiro, dividido por funções diferentes, mas integradas, sem perda do sentido global da função.

Assim procura-se, de forma abstrata, observar que a porta de entrada de um sistema de serviços de saúde deve ser acessível ao usuário, aumentando o potencial de utilização dos serviços ofertados e derrubando barreiras ao acesso, quer sejam geográficas, estruturais, relacionais, organizacionais, gerenciais ou culturais; os arranjos organizacionais devem permitir a que cada equipe de saúde ou profissional da atenção primária seja responsável por uma parcela de população eletiva, que não exija esforços adicionais, ou seja, uma quantidade adequada à capacidade de atendimento da unidade e correspondente à necessidade de utilização por esta população, mantendo o equilíbrio oferta-demanda. Ao mesmo tempo a unidade de atenção primária deve apresentar um elenco de serviços internos e/ou externos com capacidade para atender a qualquer problema ou doença, identificados, através de uma relação abrangente de atividades, desde a promoção da saúde, a prevenção e recuperação e reabilitação, quer seja na própria unidade ou em outro serviço.

Para consecução desse objetivo de saúde integral, necessário se faz a obtenção do cuidado continuado, ou garantia da continuidade da atenção em um continuum, através dos mesmos profissionais, ou outros mecanismos, como prontuários únicos ou mecanismos de informática que forneçam informações adequadas sobre a vida do cidadão, permitindo intervenções eficazes, diminuindo os riscos de práticas danosas e possibilitando a recuperação do paciente.

Neste estudo, quando se analisa o atributo de primeiro contato é constatado que a acessibilidade dos serviços de atenção primária, neste sistema municipal de saúde, encontra-se comprometida, porquanto restringe o acesso à assistência, de diversas formas identificadas e que estão disfarçadas na aparência de “normalidade”.

São múltiplos os fatores condicionantes de baixa acessibilidade, entre os quais estão a organização da assistência priorizando os programas de saúde pública do Ministério da saúde, em prejuízo de agenda aberta, por necessidades:

A instituição de filas de atendimento por ordem de chegada, forçando a que as pessoas cheguem à unidade de saúde muito cedo para conseguirem senha para atendimento e que são limitadas, sendo em número insuficiente para a demanda e associada a uma população assistida acima da capacidade de resolução da unidade de saúde.

Algumas unidades funcionam em áreas distantes de onde vive a população assistida; as equipes de saúde na zona rural atendem em mais de uma unidade, em dias diferentes; a pouca disponibilidade do profissional médico em algumas equipes e até dificuldade para a manutenção desses profissionais, que na fala do secretário ou já estão aposentados, ou se aposentando, ou são recém-formados que estão esperando para fazer um curso de pós-graduação ou residência médica.

A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato.

“Acesso” é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde. A acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de assistência devem estar acessíveis; os requisitos diferem na atenção primária porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde.

A Longitudinalidade no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes que devem produzir um vínculo não de dependência, mas de confiança, para que as unidades

de saúde da atenção primária sejam o primeiro ponto de atenção procurado, a cada necessidade percebida. Esta característica é uma parte crucial da atenção primária. Implica a existência de um local, um indivíduo ou equipe que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo independente da presença ou ausência de problemas

O cadastramento das famílias é o método utilizado pelo PSF para adscrição da clientela, em detrimento do cadastro individual, visando dar enfoque familiar à assistência. No entanto, dá margens ao uso indevido dos cadastros por inclusão de pessoas para tratamentos ocasionais sobrecarregando os trabalhos das equipes.

Na realidade o que promove maior ligação ou vínculo com a unidade ou equipe, é a necessidade das pessoas portadoras de doenças crônicas como hipertensos ou diabéticos, que necessitam de medicamentos de uso continuado e não podem arcar com as despesas. As gestantes que fazem pré-natal, durante a gravidez e primeiros meses pós parto, ou seja, as pessoas inscritas nos programas ministeriais que são seguidas por indicadores exigidos pelo Ministério da saúde. A maioria utiliza ocasionalmente, por eventos agudos, se dividindo entre a unidade do PSF e o pronto socorro, mais esse que o primeiro. Os usuários alegam que vão pouco ao postinho porque lá tudo é difícil; pra consultar tem que chegar de madrugada, um exame pra fazer demora demais, o jeito é procurar outros meios.

É a baixa acessibilidade interferindo na relação de confiança entre equipes e usuários.

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problema de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não-médicos. Por intermédio dessa relação os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes a conhecer seus profissionais com o passar do tempo, como cada um dos atributos da ação.

Este atributo não deve ser analisado como restrito a atenção primária, mas extensivo aos outros níveis de atenção. A manutenção de um relacionamento com uma fonte habitual de atenção implica que o local será a sua primeira fonte de

atenção ao primeiro contato e que esta fonte habitual de atenção, deverá assegurar também, que esta seja integral através da coordenação.

Essa noção de atenção primária não deve ser esquecida quando queremos um bom desempenho para os sistemas dos serviços de saúde, porque a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazer de forma integrada e continuada, tornam-nos componentes-chave de um modelo para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde.

A integralidade exige que a atenção primária reconheça a variedade de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para aborda-las. Os componentes da integralidade no contexto dos serviços de saúde para populações e pacientes são: estrutural: variedades de serviços e o de processos, reconhecimento de necessidades.

A variedade de serviços adequados para a assistência primária consiste de três componentes: os problemas e necessidades das populações e dos pacientes; as tarefas que são necessárias para abordar estes problemas e o local em que são realizadas. São levadas em consideração com quais problemas lidam, como eles são tratados e onde.

No nível populacional, para se obter a integralidade, é necessário que os serviços de saúde abordem as necessidades evidentes da população. Isto implicaria em informações locais, sobre as condições de saúde daquela população sob responsabilidade da unidade de atenção primária; conhecimento das condições ambientais; epidemiológicas; sócio-demográficas, culturais; econômicas, históricas.

No caso do nosso estudo, constatamos que os profissionais não dispõem de um perfil epidemiológico, de um quadro das necessidades da área onde atuam, ou seja, uma sala de situação, o que poderia ajudar na busca de soluções. A ação se concentra na busca aos pacientes portadores de doenças vinculadas a programas específicos. Mesmo assim, os portadores de hanseníase e tuberculose são diagnosticados e o tratamento iniciado, no centro de dermatologia ficando a unidade do PSF responsável pela continuidade do tratamento, com a medicação enviada pela farmácia do município.

Além da baixa acessibilidade dos serviços por fatores descritos anteriormente, ao baixo vínculo do usuário ao serviço, acrescenta-se oferta reduzida de cuidados, por quanto a unidade dispõe de poucos recursos instrumentais, diagnósticos e ou curativos. A atenção é baseada no modelo biomédico curativo, atendendo a quem consegue acesso para atenção a eventos agudos.

Não são realizadas ações preventivas, ou educativas nem mesmo para inscritos em programas ministeriais, é um posto de saúde no modelo tradicional, se diferencia pela ação das enfermeiras e pelos agentes de saúde que procuram de todas as formas ao seu alcance suprir a carência de cuidados aos mais necessitados; suprimindo a ausência, quando necessário e freqüente, de alguns médicos. São poucos médicos considerados “comprometidos” com os pacientes ou com o PSF; que tentam organizar melhor o desenvolvimento das ações, tentando suplantar as dificuldades decorrentes da ausência de estrutura.

Diante desse quadro, como as características da atenção primária são interrelacionadas, a coordenação da atenção responde à situação geral com seu elemento estrutural, a continuidade, bastante falho ou quase inexistente.

Para manter a essência da coordenação deve-se disponibilizar, em meios restritos, todas as informações a respeito de problemas e serviços anteriores referentes a cada usuário e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada a necessidades para cada atendimento. Parte dos médicos no município estudado como referido pelas enfermeiras não cultivam o hábito de anotar nos prontuários dos pacientes informações importantes; mesmo que haja por parte do médico bons registros, o médico que atende aquele paciente por referência, não tem acesso ao prontuário do mesmo, se restringe a informações dadas pelo paciente, como uma primeira consulta. Se o paciente precisar retomar ao especialista, raramente consegue consulta com o mesmo que o atendeu antes. Na atenção especializada os médicos atendem vários pacientes em exíguo espaço de tempo. Cada consulta é como se fosse a primeira vez.

As consultas são marcadas na central de regulação do município.

As internações neste município; mesmo estando em gestão plena de sistema municipal, ainda são operacionalizadas pela central de regulação macrorregional que funciona na regional de saúde instalada no município.

Assim se configura um sistema de saúde fragmentado, portanto iníquo, que precisa melhorar muito, pois sem a coordenação, quando existe a longitudinalidade, esta perde muito do seu potencial, a integralidade é dificultada e a função de primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa. Em uma pesquisa realizada em São Paulo dentro dos estudos de linha de base, do PROESF utilizando o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) através de inquérito encontrou respostas semelhantes: A acessibilidade é percebida por usuários, profissionais e gestores a pior dimensão.

Para os usuários as dimensões piores são acessibilidade, enfoque familiar e orientação comunitária (ELIAS *et al.*, 2006).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família. **Interface- Comunicação, Saúde, Educ** v., 9, ago. 2001.

ATUM, R. **What are the advantage and disadvantage of restructuring a health care system to be more focused an primary care services?** Washington, D.C.: WHO, 2004.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8 n. 2, p.569-584, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 607p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária: seminário do Conass para construção de consensos / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2004.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 648/GM. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de apoio à descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b. 76 p.

CARNEIRO JR., N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. Saúde Pública**, 2003, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, Nov./Dec. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a26v19n6.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2007.

CHAGAS, L.; SECLLEN, J. **Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil**. OPAS. Brasília, 2003.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Publica**, 2004, v. 20, n. 5, p.1417-1423, set./out. 2004.

CREVELIM, M.A. Participação da comunidade da equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum em trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

CUNHA, J.P.P. da; CUNHA, R.E. da. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F.E. de; OLIVEIRA JÚNIO, M. de; TONON, L.M. **Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1995. 102 p. p. 11-26. (Cadernos de Saúde, 1).

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigacion mediante grupos focales**. [S. l.]: Health Com., 1988. 97 p.

ELIAS, P.E. et al. Atenção Básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato social no Município de São Paulo. **Revista Ciencia e Saude Coletiva**, v. 11, n. 3, 2006.

FONSECA, M.D.N.; VILAR, M.C.P. de M. (Org.). **O modo de fazer saúde no Estado do Ceará**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado, 2002. 75 p.

FRENK, J. El concepto y la medicion de accesibilidad. In: WRITE, K.L. (Ed.). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia**. Washington, D.C.: OPAS, 1992. 1228 p. Cap. 80, p. 929-943. (Publicación Científica, 534).

GERALDES, P.C. **A saúde coletiva de todos os nós**. Rio de Janeiro: Revinter, 1992. 208 p.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família, sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de saúde publica**, v. 22 n. 6 junho de 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26 n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: Configurações e reformas e reformas organizacionais na década de 90. **Cadernos de Saúde Publica**, v. 22, n. 5, maio 2006.

GOYA, N. **O SUS que funciona em municípios do Ceará**. Publicação com a cooperação da Associação dos Municípios da Ceará (AMECE) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fortaleza, Ceará 1996.

KELL, M. do C.G.; SHIMIZU, H. O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: um estudo de caso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **1ª EXPOGEST: Mostra Nacional de vivências inovadoras de gestão no SUS: prêmio Eleutério Rodrigue Neto: eixo 3: condução do sistema de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 237-238

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 32, jun. 1991.

MERHY, E.E. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MENDES, E.V. **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário**. Brasília: OPAS, 1994. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13).

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. 269 p. (Saúde em Debate, 46).

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S.F. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 380 p.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento; a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.8, n.2, p.557-67, 2003.

PEREIRA, R. P. A. **O acolhimento e a estratégia saúde da Família**. Grupo de estudos em saúde da família. Belo Horizonte: AMMFC, 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP>>. Acesso em: 12 jan. 2008.

PESSOA, P. R. **O modelo médico – assistencial privatista**. Cartilha do curso sobre desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil, 2006. Disponível em: <<http://ead.fiocruz.br>>. Acesso em: 02 abr. 2008.

OFICINA: avaliação da atenção básica: estratégias de institucionalização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7. **Anais...** Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/congresso%20sc/oficinas/avaliac.pdf>. Acesso em: 15 out. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados primários de saúde**: Declaração de Alma-Ata, 1978 – Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978. Brasília, 1979. 64 p.

SAMPAIO, F. D. **Municípios do Ceará, história geografia, administração**. [S. l.: s. n.], 1999.

SCHIMIDT, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. da. **Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará**: uma avaliação multidimensional. Fortaleza: Edições UECE, 2006. v. 1. 96 p.

SILVA, S.F. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: HUCITEC, 2001. 293 p. (Saúde em Debate, 141).

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 5, n. 4, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielophp?>>. Acesso em: 15 jan. 2008

STARFIELD, B. **Atención primaria**: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Masson, 2002. 499 p.

STARFIELD, B. **Primary care**: concept evolution on policy. New York: Oxford University Press, 1992.

TEIXEIRA, C.F. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde Debate**, v. 27, p. 257-277, 2003.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico**: qualitativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIZCAINO, G.; BARRICA, P. **Cambio de comportamiento en salud**: técnicas de investigación cualitativa. Equador: CARE, 1996. (Serie: Saúde em Debate, 46).

APÊNDICES

A: ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
FAMÍLIA

**ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

- 1) Falem sobre o trabalho de vocês no PSF.
- 2) A percepção de vocês sobre mudanças na atenção á saúde após o trabalho do PSF.
- 3) Discutir dificuldades e perspectivas para implementação do PSF.

C: ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM USUÁRIOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM USUÁRIOS

Sexo: M (); F. () Profissão: _____

Local onde mora: a) Zona Rural () b) Zona Urbana ()

Onde o/a Sr./a. mora tem PSF? Quem é o médico?

Como é o atendimento no PSF?

Quando o Sr.(a). utiliza o PSF ou outro serviço?

Como o Sr(a). faz para conseguir atendimento fora do PSF?

Como o (a) Sr(a) acredita que devia funcionar o PSF?

Como era antes sem a Saúde da Família?

D: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES

- 1) Fale de suas impressões sobre o PSF hoje.
- 2) Relate as perspectivas futuras para o PSF no município
- 3) Fale sobre a relação da população com o PSF.
- 4) Quais as dificuldades para consolidação do PSF no município?

ANEXO

A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FACULDADE DE MEDICINA DE JUAZEIRO DO NORTE

Juazeiro do Norte, 05 de julho de 2007.

PARECER DO CEP / FMJ: 29/07

Para: Francisco Maglionio Gomes
Pesquisador Responsável

O Comitê de Ética em Pesquisa da FMJ avaliou na sessão ordinária de 27.06.2007 através do **PROCESSO 29/07** o projeto, de sua autoria, "PSF Como Estratégia de Atenção Primária: Uma Realidade no Município de Juazeiro do Norte – Ceara". O mesmo foi considerado relevante e pertinente ao contexto local, sendo, portanto **APROVADO**.

Atenciosamente,

Dra. Paola Colares de Borba
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP