

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

**CÉLIA REGINA MACHADO SALDANHA**

**Fluxo do usuário hipertenso na rede de serviços de Juiz de  
Fora sob a ótica do médico e do usuário**

**Rio de Janeiro**

**2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CÉLIA REGINA MACHADO SALDANHA

Fluxo do usuário hipertenso na rede de serviços de Juiz de Fora sob a ótica do médico e do usuário

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Hésio Cordeiro

Rio de Janeiro

2007

CÉLIA REGINA MACHADO SALDANHA

Fluxo do usuário hipertenso na rede de serviços de Juiz de Fora sob a ótica do médico e do usuário.

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 9 de março de 2007.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Helena Magalhães de Mendonça  
ENSP-Fiocruz

Ao Assuero, pela cumplicidade e  
dedicação, de tantos anos, aos meus filhos,  
Rodrigo, Rafael e Renato pelo incentivo e por  
serem a razão da minha existência, às minhas  
noras, Isabela, Ana Angélica e Sandra pelo  
carinho.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Hésio Cordeiro, pela disponibilidade na orientação e pela coerência que dá sentido às lutas pelo SUS;

Aos professores do Mestrado, em especial ao Paulo Henrique, pelas dicas;

À Aline e ao Bob, fundamentais durante todo o mestrado.

À Denise Friedrich pela amizade e ajuda inestimável e ao Sebastião, amigo de todas as horas.

Aos colegas do curso que tornaram a sala de aula um cenário profícuo de discussões e conhecimento.

Às minhas amigas da “carroterapia”, Sônia e Elisa, que fizeram toda a diferença.

À Eni (CMC), Denise (estatística), Terezinha (laboratório), Diogo (SIAB) e Ludmila (APS) da PJJ que colaboraram na cessão de dados fundamentais à execução desse trabalho.

Aos amigos médicos de família e aos usuários que participaram das entrevistas e permitiram retratar um pouco desse universo que é a Saúde da Família em Juiz de Fora.

*Qualquer discriminação é imoral e lutar contra ela é um dever por mais que se reconheça a força dos condicionamentos a enfrentar. A boniteza de ser gente se acha, entre outras coisas, nessa possibilidade e nesse dever de brigar. ( Paulo Freire)*

## RESUMO

SALDANHA, C.R.M.. *Fluxo do usuário hipertenso na rede de serviços de Juiz de Fora sob a ótica do médico e do usuário*. Rio de Janeiro: 2007.

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico ocorridas nas últimas décadas adquirem características particulares no Brasil e impõem a redefinição das políticas públicas, em especial da saúde, o que culmina com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994. Espera-se com essa estratégia uma mudança de paradigma e que se faça valer os princípios do SUS de Universalidade, Equidade e Integralidade através do cuidado continuado, da prevenção de agravos e da promoção da saúde, principalmente nas populações mais vulneráveis. Dentre essas populações temos os portadores de hipertensão arterial que constituem um número expressivo da população e que, se monitorados, conseguem atingir níveis pressóricos adequados e melhorar sua qualidade de vida. Esse monitoramento é uma das atividades da ESF, porém para executá-la a contento se exige a formação de uma rede de serviços estabelecendo-se um fluxo de referência e contra referência. A proposta dessa dissertação é descrever o que o médico de família e usuários hipertensos inscritos na ESF dizem a respeito desse fluxo nos serviços de Juiz de Fora e a partir da análise desses relatos propor estratégias que possibilitem melhorias desse processo.

**Palavras-chave:** Saúde da Família, Hipertensão Arterial e Rede de Serviços.



## **ABSTRACT**

SALDANHA, C.R.M. *The hypertensive patients' flow in the selected areas of the family care program in Juiz de Fora: the perceptions of the patient and the family care physicians.*

Demographic and epidemiological changes that have taken place in the last decade are particular to the Brazilian situation. This has resulted in the family care program as proposed by the Ministry of Health in 1994. The new primary care model is based on the goals of universality, equity, and comprehensive total care with continuous health actions, prevention and health promotion. The target population is the one of the most vulnerable ones: patients with systemic arterial hypertension. It has a great prevalence rate in that population. The disease control is related to the management by the health services and improvement of the quality of life. Those results depend on the health services network. This work is aimed at describing the hypertensive patients' flow in the selected areas of the family care program in Juiz de Fora. The perceptions of the family care physicians in this county area were also studied. Strategic actions have been proposed as a result of the study.

Keywords: Family health - Systemic arterial hypertension - health services network

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMAC- Associação Municipal de Apoio Comunitário  
APS- Atenção Primária à Saúde  
CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas  
CMC- Central de Marcação de Consultas  
DADT- Departamento de Apoio Diagnóstico e Terapêutico  
DEIN- Departamento de Execução Instrumental  
FAE- Folha de Atendimento Especializado  
GM-Gabinete do Ministro  
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica  
HIPERDIA- Sistema de Informação sobre Hipertensos e Diabéticos  
INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
PAB- Piso de Atenção Básica  
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PPI- Programação Pactuada Integrada  
PE- Plano Estratégico  
AIH- Autorização de Internação Hospitalar  
PMS- Plano Municipal de Saúde  
PO- Plano Operacional de 1994  
PROESF- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família  
PSF- Programa de Saúde da Família  
SBHA- Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial  
SCHDO- Serviço de Controle do Hipertensão, Diabétes e Obesidade  
SIAB- Sistema de Informações de Atenção Básica  
SSDA- Secretaria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental  
SUS- Sistema Unico de Saúde  
UBS- Unidade Basica de Saúde

# SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
1.1- Apresentação do tema .....	21
1.2- Objetivo Geral: .....	23
1.3- Objetivos específicos.....	24
1.4- Metodologia .....	24
A - Análise documental: .....	25
B - Estudo da População Hipertensa: .....	26
C - Estudo com os médicos .....	29
D - Formalização legal: .....	29
<b>2-RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
2.1- Resultados da análise documental.....	31
2.2-Considerações sobre a análise documental .....	35
2.3- Resultados das entrevistas com os usuários: .....	37
2.4- Considerações sobre a fala do usuário. ....	47
2.5- Resultado das entrevistas com os médicos:.....	57
2.6- Considerações sobre a fala dos médicos: .....	63
<b>3- EXISTE UMA REDE DE SERVIÇOS EM JUIZ DE FORA? .....</b>	<b>66</b>
3.1-Números de Juiz de Fora.....	70
<b>4- REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NA REDE DE SERVIÇOS. ....</b>	<b>74</b>
4.1- Os modelos assistenciais e o nascimento do SUS.....	74
4.2- Estratégia de Saúde da Família .....	77
4.3- Redes de Serviços .....	82
4.4- Transição demográfica/ Transição epidemiológica.....	85
4.5- Hipertensão Arterial nos serviços de saúde.....	89
4.6- Outros Olhares .....	93
<b>5- CONCLUSÕES E PROPOSTAS.....</b>	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE A- ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O USUÁRIO .....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE B- ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS MÉDICOS.....</b>	<b>127</b>
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>128</b>

# **1- INTRODUÇÃO**

## **1.1- Apresentação do tema**

A proposta de pesquisar sobre o fluxo do usuário, que analisa o movimento de referência e contra referência deste na rede de serviços, no sistema de saúde de Juiz de Fora, foi elaborada a partir da impotência frente às dificuldades vivenciadas como médica de família na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Olavo Costa (1994 a 2001), como gestora (2001 a 2005) na coordenação do Programa de Saúde da Família (PSF) e, ainda, atendendo na Unidade Básica de Santa Luzia (2005 e 2006).

Juiz de Fora é um município da Zona da Mata de Minas Gerais, com 493 mil habitantes (IBGE, 2005), e distante 184 Km do Rio de Janeiro, o que lhe confere as facilidades da cidade grande com a tranquilidade de interior. Por ser o pólo da macro-região composta por cerca de 40 municípios, serve de referência em saúde para serviços de média e alta complexidade para mais de um milhão de habitantes.

O acesso do usuário à unidade básica é feito a partir da marcação da demanda espontânea ou pré-agendada. Para a população mais vulnerável, exposta a maior risco de adoecimento e morte, existe também um horário diferenciado. Dentre esses, estão os pacientes portadores de hipertensão arterial.

A proposta de trabalhar com esse grupo se deve não apenas ao fato de existir em todas as unidades básicas, pela exigência do Ministério da Saúde, mas, devido à alta prevalência da hipertensão arterial na população (quase 20 %), por ser o grupo

mais antigo e portanto mais consolidado em todas as unidades, por ser uma população bem delimitada, o que permite um acesso fácil e ainda pelo fato de que utiliza bastante os serviços especializados, seja nas intercorrências ou para realização de procedimentos, o que permite a extensão dos resultados às outras unidades facilitando a aplicação das propostas de forma mais ampliada, embora não seja possível a generalização dos dados por se tratar de uma pesquisa qualitativa realizada em uma unidade em cada região da cidade.

A alta prevalência da hipertensão arterial está associada ao fenômeno denominado transição demográfica e epidemiológica, que vem acontecendo em todo o mundo e adquire características particulares no Brasil.

Assim, essa alta prevalência associada à gravidade da doença faz com que seu monitoramento represente grande impacto na prevenção de agravos e na promoção da saúde, ações realizadas pela equipe de saúde da família, porém, alguns entraves ainda dificultam o bom desempenho dessas equipes em Juiz de Fora.

Ao referenciar um paciente para níveis de maior densidade tecnológica o profissional da unidade deve preencher uma guia de encaminhamento. Embora todos os pacientes levem a guia para a marcação da consulta especializada, pois é uma condição obrigatória para o atendimento, esta muitas vezes não é preenchida corretamente pelo médico da UBS, nem sempre é solicitada pelo médico especialista, e nunca é devolvida para a UBS. Estas falhas na referência e contra-referência, muitas vezes geram novos encaminhamentos, o que tende a caracterizar uma baixa resolubilidade da equipe além de impor ao usuário um constante ir e vir.

Assim constatamos que, no dia a dia da unidade de saúde, os pacientes têm dificuldades para a marcação das consultas especializadas o que gera no

profissional que encaminhou um desânimo frente a pouca autonomia que tem para resolver esse problema. Considerando estas dificuldades, vivenciadas pelos profissionais e pelos usuários dos serviços de atenção básica, usaremos como norte para a nossa pesquisa a seguinte premissa: os mecanismos de referência e contra referência existentes atualmente em Juiz de Fora não são suficientemente adequados para a utilização pelos médicos das unidades e menos ainda pelos os pacientes, dificultando a orientação do usuário no sistema e a sua inserção na rede de serviços de saúde.

Consideraremos como adequadas as estratégias que permitam a quase 100% dos pacientes considerados hipertensos graves ou moderados o acesso aos serviços especializados necessários para o perfeito monitoramento de sua hipertensão arterial e a existência de contra referência das informações às equipes do PSF possibilitando a organização de uma rede de cuidados.

Essa rede organizada facilitaria o cumprimento de princípios fundamentais do SUS como Universalidade e Equidade ativando-se o mecanismo da Integralidade (BRASIL, 1990)

## **1.2- Objetivo Geral:**

Os objetivos deste estudo se pautaram no fato de ser realizado num Mestrado Profissional e que por isso tende a oferecer respostas utilizáveis pelos serviços. Neste contexto o objetivo geral do presente trabalho é analisar sob a ótica do médico

e do usuário hipertenso, o fluxo percorrido pelo usuário, cadastrado na Estratégia de Saúde da Família do município na rede de serviços de Juiz de Fora.

### **1.3- Objetivos específicos**

Nos objetivos específicos pretendemos identificar as dificuldades do usuário; discutir este fluxo sob a ótica do profissional; e propor ações que facilitem a organização de uma rede de cuidados.

Acreditamos que a definição de uma estratégia que facilite um fluxo de informações entre as equipes que atuam na lógica da Saúde da Família e os níveis de assistência especializada permitirá a utilização desses resultados às outras estruturas de saúde do município, possibilitando o funcionamento de modo mais integrado e inclusivo.

### **1.4- Metodologia**

Analisar ações de saúde representa sempre um desafio, pois não existe um padrão de atendimento ou uma única maneira para se demonstrar satisfação ao ser atendido. Cada pessoa é única e assim também são os seus sentimentos de aceitação ou negação de um determinado procedimento.

Este sentimento muda também com o passar do tempo e com as novas experiências vividas. Assim, optamos pela pesquisa qualitativa, um estudo de caso, realizado em

Juiz de Fora, correndo o risco de ser pouco representativa numericamente, mas, garantindo o relato da percepção do profissional e do usuário no cenário em que estes se colocam e avaliam os processos pelos quais transitam.

Para Bosi, 2004, a abordagem qualitativa

“apresenta-se como orientação cada vez mais difundida no campo da atividade científica nesta virada do século como resposta aos desafios contemporâneos, em todas as áreas do saber, em particular na saúde, que, pela sua complexidade e multidimensionalidade pede um desenvolvimento mais intenso do componente humano, domínio dos estudos qualitativos” (BOSI, 2004, p.27).

Procuramos assim nesta análise muito mais que uma avaliação dos serviços, buscando entender o que os entrevistados percebem como prioritário considerando o impacto da organização dos serviços sobre a doença e os custos de seu manejo, e procurando entender de que forma são afetados (de forma negativa ou positiva) os outros aspectos da atenção ao paciente, aqueles de ordem biológica, psicológica, ambiental e principalmente de ordem social (STARFIELD, 2002, P. 265).

Nosso estudo tem portanto a focalização dos aspectos subjetivos considerando “a não neutralidade do investigador; a não representatividade estatística das amostras selecionadas e a conseqüente impossibilidade de generalizar os resultados e replicar os estudos”, mas, antes de tudo, acreditando na “inexistência de verdades universais e eternas” (BOSI, 2004, P. 24).

A pesquisa de campo se deu nos meses de julho e agosto de 2006.

## **A - Análise documental:**



Nesta etapa buscamos oferecer uma visão geral da situação existente. Foram utilizados para essa análise:

Plano Operacional para 1994 editado pelo Ministério da Saúde para orientar a implantação do Programa de Saúde da Família, O Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora de 1997, o Projeto do PROESF-(Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família) de 2003, Relatório de Gestão 2003/ 2004, Relatório de atividades do Departamento de Atenção Primária da Saúde 2002-2004, Cadernos do Ministério da Saúde, documentos relativos a implantação do PSF em Juiz de Fora.

Consideramos esta uma fase importante já que oferece uma visão dos mecanismos de funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde na época e estabelece a correlação entre os processos do serviço e as políticas de saúde vigentes no país, embora não esteja em nossos objetivos a discussão dessas políticas.

## **B - Estudo da População Hipertensa:**

Escolhemos trabalhar com a população hipertensa, cadastrada no Sistema de Informação em Atenção Básica, SIAB, considerando que este é um grupo existente em todas as unidades de PSF, permitindo maior abrangência e oferecendo dados mais uniformes, possibilitando estendê-los para as regiões com iguais características.

Num momento anterior às entrevistas realizamos uma pesquisa como exercício em quatro unidades próximas da área a ser realizado o estudo. Este “pré-teste” foi realizado por alunos de medicina e agentes comunitários de saúde, previamente

treinados, utilizando um questionário estruturado e teve por objetivo testar o instrumento e definir os padrões de utilização. Os resultados não foram utilizados na análise final.

#### **-Entrevista com usuários:**

Foram selecionadas quatro unidades, sendo uma em cada região da cidade, na região central, na região sul, na leste e na norte. A região noroeste não foi incluída por não possuir até o momento, unidade funcionando com a Estratégia de Saúde da Família.

Realizamos entrevistas com trinta e dois usuários, todos hipertensos e cadastrados nos grupos de controle de hipertensão. A escolha dos participantes se deu de forma aleatória, por sorteio, realizado na lista do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Dos sorteados dois estavam impedidos de responder por apresentarem patologias severas, com comprometimento da fala (1) e da cognição(1). Foram substituídos com novo sorteio.

Como instrumento de coleta utilizamos a entrevista, não estruturada (Apêndice A e B), permitindo que o profissional e o usuário, a partir de perguntas simples usadas como provocação, pudessem se manifestar livremente.

As entrevistas foram previamente agendadas, sendo alguns (12) em seus domicílios e outros nas unidades básicas. Não houve diferença entre a fala daqueles do domicílio para os entrevistados em unidades, porém, fizemos a opção pelo

agendamento nas unidades para permitir maior isenção e menos interferência externa nas falas dos usuários.

O critério a ser utilizado para limitar o número de entrevistas seria o da suficiência, ou seja, a repetição dos temas nas respostas, porém, desde o início das entrevistas as respostas foram bastante semelhantes e optamos por realizar o mesmo número de entrevista em cada região.

Em princípio consideramos que aqueles que já tinham lesões em órgãos alvo, deveriam ter mais necessidade de visitas aos especialistas que aqueles hipertensos leves, que podem perfeitamente ser acompanhados na unidade de saúde mais próxima de suas casas, porém achamos difícil fazer uma seleção prévia, posto que alguns, com hipertensão leve, na verdade possuíam outras patologias associadas. Assim, optamos por manter o critério de sorteio para definição do usuário a ser entrevistado.

#### **Quadro I- perfil do usuário entrevistado.**

Sexo	Feminino:22	Masculino:10	Total: 32
Idade	<50anos: 10	50 a 60anos: 12	Mais de 60anos: 10
Escolaridade	Até 4.a serie: 23	Segundo grau: 6	Superior: 3
Obesidade	Normal: 11	SP: 13	Obeso: 8
Estrutura familiar	Só: 4	2 a 4 pessoas: 19	Mais de 4 p: 9
Renda	1 salário: 10	2 a 3 salários:16	Mais de 3salários: 6
Plano de saúde	Sim: 8	Não: 24	
Freqüenta o PSF:	1 a 3 anos:5	4 a 8 anos:7	Mais de 8 anos:20
Doenças associadas	Não tem:12	Diabetes: 8	Mais de 2: 12

**Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas.**

## **C - Estudo com os médicos**

Como critério de seleção dos médicos usamos o fato de trabalharem há pelo menos um ano na área selecionada para a entrevista com os usuários, serem médicos de família e aceitarem participar das entrevistas. As entrevistas foram realizadas na própria unidade em horário agendado previamente.

### **- Entrevista com os médicos:**

Realizamos entrevista com 12 médicos de família das quatro unidades selecionadas, sendo 10 do sexo feminino, todos com curso de especialização em Saúde da Família e atuando há mais de cinco anos.

Para análise dos conteúdos das entrevistas usamos a leitura compreensiva exaustiva, procurando-se compreender além dos significados imediatos, (BARDIN,1977) para que pudéssemos ter a noção do conjunto com a compreensão das particularidades de cada fala, identificação dos temas mais citados, separação em categorias que permitissem agregar os valores referidos e a elaboração de síntese com articulação dos objetivos do estudo com a base teórica consultada.

## **D - Formalização legal:**

Todos os entrevistados foram devidamente informados do teor da entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). As

entrevistas foram gravadas em fitas cassete, após a solicitação da permissão para esse procedimento pela pesquisadora.

Antes de iniciar qualquer procedimento de entrevistas, submetemos o projeto e solicitamos a permissão da gerência de Atenção Básica e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá. Esse projeto foi autorizado pelo Comitê no parecer número 254, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## **2-RESULTADOS**

Neste capítulo apresentaremos os resultados da pesquisa e das entrevistas, seguidos pelas considerações sobre os mesmos.

### **2.1- Resultados da análise documental**

O Plano Operacional para 1994 do Ministério da Saúde identifica o Programa de Saúde da Família como capaz de “restaurar a dignidade dos profissionais de saúde”, confiando que a partir disso se estabeleça o compromisso ético e que se forme um vínculo de confiança com a comunidade” acreditando ser uma estratégia capaz de “tornar realidade os princípios básicos do SUS”. Para conseguir esses objetivos determina que a unidade básica deve ser a “base de acesso ao sistema de saúde”, constituindo o que chama “porta de entrada” sendo “essencial que se garanta o sistema de referência e contra referência”, enfatiza a importância da preparação de profissionais “capazes no exercício da cidadania, além de tecnicamente competentes” (BRASIL, 1994, p.4).

Em relação aos exames define que será facilitado o acesso dos pacientes aos laboratórios e serviços de referência com rápido retorno dos resultados à unidade de origem e quanto aos atendimentos especializados determina que sejam encaminhadas pela equipe do PSF que “orientará e fará os contatos para o agendamento” (BRASIL, 1994, p. 8).

Para a capacitação estimula os acordos com as instituições de ensino, responsáveis na formação de recursos humanos em saúde comunitária, e para a avaliação do desempenho das equipes usa como critério três premissas: indicadores de saúde, satisfação da população sobre o serviço prestado e a supervisão que “realizará consultas no local, junto ao usuário e a equipe de saúde, com finalidade de aprimorar a qualidade dos serviços” (BRASIL, 1994, p.7).

Este Plano norteou todo o processo de implantação de Juiz de Fora. Os profissionais da primeira turma conheciam cada parágrafo. No momento da implantação tentavam reproduzi-lo nas ações, mas, nem sempre isso era possível e, na mudança de administrativa, tornou-se bem mais difícil.

A nova administração municipal iniciou organizando um amplo debate com as comunidades construindo o Plano Estratégico de Juiz de Fora (PE/JF).

O PE/JF, iniciado em 1997 com a realização do Seminário: “A cidade como sujeito do desenvolvimento: a necessidade de uma visão de longo prazo” tinha como um dos objetivos a melhoria da qualidade de vida a curto, médio e longo prazo, através do desenvolvimento sustentado conciliando o crescimento econômico com qualidade de vida, com envolvimento e mobilização de toda a comunidade (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA,1997).

O diagnóstico específico da saúde demonstrava como tendência o aumento da demanda por serviços de saúde pressionada por “processos migratórios” tendo como consequência a queda da qualidade do atendimento, considerando à não existência proporcional de investimentos. Nessas tendências também sinalizava o aumento dos atendimentos ambulatoriais com redução das internações, considerando como pontos fortes: o Programa de Saúde da Família, os conselhos

locais de saúde, os pólos de capacitação profissional, e a gestão plena da assistência à saúde, entre outros (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 1997).

Nos pontos fracos eram citadas, a baixa qualidade do atendimento ambulatorial e a carência de um trabalho mais efetivo na saúde preventiva, talvez, tendo como motivadores a deficiência dos recursos humanos e materiais nos postos de saúde.

Ainda no diagnóstico o PE/JF identificou como pontos necessários à consolidação da identidade do município a “democratização eficaz das informações”, e a “prática igualitária, para a inclusão de todos” além da “ausência de privilégios quanto ao acesso aos bens públicos” (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 1997, p. 75).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de 1997 usou como pano de fundo o diagnóstico realizado pelo PES/JF e teve, dentre os seus focos, a necessidade de ampliação da rede assistencial do SUS a partir da identificação de vazios assistenciais na atenção básica, e, da necessidade de suporte assistencial para o nível especializado além da adequação quali-quantitativa dos recursos humanos em saúde e da programação em todos os níveis do sistema priorizando a referência e contra referência.

Percebemos assim, que as propostas do Plano Operacional continuavam sendo contempladas nos documentos oficiais que embasavam a nova equipe de governo, talvez pelas imposições dos conselhos de saúde através da participação popular.

Nessa ocasião houve uma primeira tentativa de se avaliar o PSF com base nos dados da Epidemiologia.

No levantamento realizado na época sobre a mortalidade por grupos de causas as mortes relacionadas ao aparelho circulatório chegavam a 1102 casos, o que representava 62,37%, uma “verdadeira epidemia”. O documento classifica como inaceitável a concentração desses óbitos que ocorre na faixa dos 30 a 59 anos



(31%) “quando o cidadão está no auge de sua capacidade produtiva” (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 1997, p.33).

Em relação às internações e ao gasto com Autorização de Internações Hospitalares (AIH) também as causas do aparelho circulatório lideravam em relação às outras causas. Na ocasião apontava-se como necessário para a redução desses números “o trabalho multidisciplinar e interinstitucional, articulando ações” para tentar modificar aquela realidade.

Na análise do modelo assistencial constatou-se que o acesso aos serviços era dificultado, o sistema de referência era precário com um número excessivo de encaminhamentos para os Institutos<sup>1</sup> e que a contra referência não existia, principalmente pela ausência de prontuários nas clínicas especializadas. Também foi detectado e considerado um problema o fato dos usuários poderem marcar consultas especializadas sem o encaminhamento da unidade básica de saúde (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 1996, p.58).

Nesta ocasião existiam 19 equipes de Saúde da Família e se verificou uma baixa resolutividade das equipes, justificada talvez, pela falta de instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação dos processos de trabalho das mesmas.

Uma das propostas do Plano Municipal de Saúde-97 foi a organização de um sistema de referência e contra referência suportado pelo prontuário de cada usuário com a utilização de uma folha de atendimento especializado (FAE), de caráter permanente conduzida pelo usuário, com ampla descrição do motivo do encaminhamento. Considerava-se também que as Equipes do PSF teriam “supervisão contínua e permanente, sendo treinadas para utilização correta do sistema e atualização das informações, além do acompanhamento dos pacientes em

---

<sup>1</sup> Os Institutos foram mais tarde renomeados como Departamentos Especializados e constituíam a atenção Secundária.

nível primário, no âmbito de sua capacidade, com a orientação de condutas recomendadas pelo nível secundário” (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 1996, p.62). Quase tudo desse Plano ficou no papel, ou na intenção, pois poucas ações foram realmente colocadas em prática.

A III Conferência Municipal de Saúde (CMS) em 2000 trouxe novamente à baila essas discussões, e entre suas propostas tinha a criação de um departamento de Atenção Primária à Saúde, investimento prioritário na UBSs e revisão do organograma adequando-o às “novas necessidades” do modelo assistencial, além de garantir a efetividade das unidades de apoio (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2000, p. 3).

Uma novidade sugerida foi a criação de um programa educativo para o usuário que visava o esclarecimento dos objetivos e regras de funcionamento do PSF.

Em relação ao atendimento e controle dos pacientes hipertensos estava prevista a ampliação da equipe de técnicos do Serviço de Hipertensão Diabetes e Obesidade (SCHDO) e a informatização do mesmo.

A Reforma Administrativa de 2001 modificou o Organograma, criou o Departamento de Atenção Primária à Saúde, conseguiu verba para sua operacionalização com o PROESF e redefiniu responsabilidades, porém, ao dar os primeiros passos na execução de suas reformas, uma nova troca administrativa, em 2004, transformou o cenário construído em passado e, mais uma vez, a percepção de um PSF funcionando e a formação de uma rede de serviços ligada a ele foi postergada, pois se tornou prioritária a construção de unidades de urgência nos bairros.

## **2.2-Considerações sobre a análise documental**

A rotina de um departamento na Secretaria de Saúde é bastante previsível. Faz-se a cada quatro anos o Plano Pluri Anual (PPA) que define as diretrizes de atuação no próximo quadriênio e os indicadores a ser monitorados são eleitos. Ele é feito no último ano da administração e serve de base para o próximo governo. A cada ano o PPA é atualizado com base na Conferência Municipal de Saúde e são definidas as metas e os orçamento, o que constitui o Plano Municipal de Saúde.

No momento da atualização do Plano todos os segmentos comunitários são chamados a participar, juntamente com os conselhos e lideranças políticas. A partir daí, cada setor ou departamento traça o seu Plano de Metas e no final do ano elabora o seu Relatório de Gestão. O consolidado desses documentos gera o Plano de Metas Municipal e vai embasar a Lei de Diretrizes Orçamentárias.

A partir da implantação do Pacto de Atenção Básica um cuidado especial foi exigido do Departamento de Atenção Básica, pois suas metas tinham que se adequar aos índices pactuados com o Ministério da Saúde.

Nos últimos anos tem havido uma pressão importante por parte do Governo Federal para o monitoramento da HAS. As Secretarias municipais tiveram que se organizar para o cadastramento de todos os hipertensos no HIPERDIA, sistema informatizado que deveria, como o SIAB, ser atualizado constantemente, oferecendo subsídios para quantificar a necessidade de medicamentos e insumos. A Secretaria de Saúde de Juiz de Fora contratou técnicos que, ajudados pelas equipes do PSF, principalmente pelos agentes comunitários de saúde, organizaram esse cadastro chegando a cadastrar 45 000 hipertensos/diabéticos (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2004).

Passado esse primeiro momento após o cadastramento houve um período com grande falta de medicamentos, talvez, pela expectativa criada em torno dessa busca ativa o que gerou uma grande demanda nas UBS e levando ao descontentamento e muitas queixas dos usuários, havendo inclusive muitos mandatos judiciais com vistas à aquisição de medicamentos.

Em relação à rede de serviços, pelo aumento da demanda e pelo fato de muitos usuários migrarem dos Planos de Saúde onde o foco é bastante especialista, cresceu também a procura pelas especialidades no SUS, o que comprometeu, substancialmente a organização da rede de serviços.

Essa mudança no perfil do usuário, criou também uma outra exigência em relação ao atendimento que passou a ser percebido como de qualidade pior nas avaliações individuais, embora, muitas vezes se perceba nas falas dos usuários certo preconceito por se tratar de um serviço público.

A dificuldade percebida é que essa população que reclama e avalia mal o serviço não comparece às reuniões e nem nos momentos de atualização do Plano Municipal, e as decisões são sempre tomadas, ou, pelo menos sugeridas, pelas mesmas pessoas.

### **2.3- Resultados das entrevistas com os usuários:**

Nas primeiras perguntas, todos os entrevistados, mostraram-se reticentes, preocupados com o que iríamos fazer com a gravação e se comprometeria os profissionais da UBS.

Faziam questão de elogiar o serviço e de dizer que eram sempre muito bem atendidos. Só relaxavam quando viam que as perguntas não giravam em torno do atendimento local e sim dos processos enfrentados para sair e retornar a UBS.

Apesar do foco não ser o atendimento na UBS, utilizamos os relatos dos usuários sobre os processos realizados nesse cenário porque representavam a maior parte dos depoimentos.

Durante a transcrição e análise buscamos perceber diferenças relativas a idade, sexo, gravidade, etc. Em nenhum desses tópicos conseguimos identificar variação constante, que pudesse ser significativa.

Optamos por separar as respostas por temas e posteriormente por categorias.

**Tabela II- Principais categorias citadas pelos usuários como dificultadores no fluxo do usuário na rede de serviços.**

<b>categorias</b>	<b>freqüência absoluta</b>	<b>freqüência relativa</b>
<i>recusa x aceitação em relação a UBS.</i>	24	32,4%
<i>dificuldades em relação aos acessos.</i>	22	29,72%
<i>problemas logísticos internos e externos a UBS</i>	12	16%
<i>alternativas ao processo de referência-contrá referência.</i>	7	9,45%
<i>problemas relacionados à cultura dos profissionais</i>	6	8,1%
<i>adequação entre o número de atendimento e as necessidades.</i>	3	4,1%
<b>total</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>

**Elaboração própria a partir das entrevistas**

Descrevemos aqui as falas dos usuários procurando seguir as seqüências das categorias listadas, porém, sem conseguir delimitar muito cada uma, já que esses limites são imprecisos e correríamos o risco de nos tornarmos repetitivos.

Ao se referirem ao atendimento na UBS os usuários se mostravam satisfeitos. Como a pesquisa foi realizada com aqueles que freqüentavam a unidade com a estratégia de Saúde da Família e que estavam inscritos em grupos de controle de hipertensão, ficam mais evidentes as manifestações de apoio, porém, percebemos também algumas críticas ao atendimento local.

Dentre as perguntas, questionávamos quais as vantagens que o PSF trouxe para o bairro, se havia diferença no atendimento, quando comparado ao de uma unidade tradicional. As respostas variaram, desde aquelas bem objetivas, que tinham foco no recebimento de medicamentos, ou no tipo de organização do serviço, com consultas agendadas e ações de promoção da saúde.

*“Mas aqui ganho os remédios, quando saio a volta já está marcada, ainda visitam os acamados e os agentes levam os exames”.*

*“Gosto da UBS, do pessoal, é perto de casa e ainda ganho o remédio”.*

*“Uso o PSF desde que começou, participo de grupos, reuniões e consultas”.*

*“Tenho liberdade pra falar o que estou sentindo e em outros lugares não tenho como falar”.*

Alguns pacientes, embora fossem inscritos no programa de controle da hipertensão, demonstraram resistência na mudança do formato assistencial e deixavam claro que estavam ali apenas pela consulta médica.

*“Não conheço o PSF, é isso que vai nas casas? Na minha casa não vai não”!*

*“Não participo de nenhuma atividade. Sei que tem ginástica, reunião, mas não vou, eu fico desanimada”.*

*“Uso o PSF há doze anos, mas participo apenas das consultas. Já participei de reuniões para formação de conselho, mas desanimei”.*

*“Faço controle da PA (3/3 meses) e pego medicamento”.*

Uma questão bastante valorizada, até mais que o medicamento, foi o fato do PSF estar próximo às residências permitindo que as pessoas frequentassem a unidade sem grandes deslocamentos, reduzindo o custo e o tempo necessário para tal.

*“Acho que a unidade é uma vantagem pra gente. Antes tinha que acordar cedo, ir lá pra baixo, enfrentar fila”.*

*“No centro da cidade é mais difícil, nos bairros é mais fácil porque tem o programa da família”.*

*“Se não tivesse aqui, tinha que ir ao SUS. É bem longe e difícil de marcar”.*

Para a análise do acesso perguntamos se era fácil marcar consulta na unidade básica. Apesar dos pacientes dos grupos serem pré-agendados, esse agendamento garante sua consulta para a próxima reunião do seu grupo, que acontece a cada 2 ou 3 meses. Caso o paciente tenha uma gripe ou uma dor e precise de uma consulta, deverá chegar bem cedo e entrar na fila, o que não garante o atendimento no mesmo dia, a não ser no caso de urgência.

*“Quando precisa tem que vir bem cedinho e esperar”*

*“Quando tenho algum problema venho no posto, mas, se não conseguir vou direto no SUS”.*

*“Não tem facilidade de ser atendido fora do dia. Consulto muito na Unidade Regional.”*

Conhecendo esse fato o paciente, muitas vezes, procura direto uma unidade de urgência o que sobrecarrega este serviço e gera confusão na concepção do PSF.

*“Acho que aqui tinha que ter um Pronto Atendimento ou Emergência”*

*“Tem gente que não precisa e vem consultar, tirando a vez de quem precisa”*

Identificamos na fala do usuário a dificuldade para a marcação e a solicitação de que alguém, de preferência um dos componentes da equipe, recebesse o paciente a qualquer hora e que lhe desse alguma informação sobre o atendimento ou até, que lhe oferecesse uma forma de cuidado até que a consulta fosse marcada. Percebemos também a culpabilização do usuário demonstrando uma confusão com o tipo de atendimento proposto, de prevenção e promoção, entendendo que aquele que “não está doente” não deveria procurar a unidade.

A solicitação de exames é uma necessidade em muitas doenças, principalmente as crônicas, e, os próprios pacientes hoje, induzidos pela mídia ou por outros tipos de informações, buscam periodicamente as unidades para realizá-los. É o que chamam “check up”. Essa demanda crescente faz parte dos processos de trabalho da equipe de Saúde da Família, porém, se encontra dependente de outros serviços considerados como atividade-meio, que são os laboratórios, serviços de imagem e de traçado: serviços de Apoio Diagnóstico.

Apesar de, em suas falas, não existir uma referência explícita às falhas desse setor, percebemos que há um descontentamento em relação à falta do acesso a exames, principalmente aqueles mais especializados, e também da falta de alguns equipamentos nas unidades, o que os faz desvalorizar o atendimento.

*“Aqui não tem nem RX”.*



*“Agente tem que marcar uma consulta com o especialista só pra pedir um exame. Tinha que poder pedir aqui (na própria unidade), isso já adiantava o tratamento”.*

*“Na verdade a ida ao cardiologista demorou uns 20 dias, mas o exame que ele pediu demorou mais de 5 meses”.*

*“Quando vou a Unidade Regional faço tudo que preciso, inclusive os exames, não tem que esperar. Aqui além de demorar, tem que remarcar a consulta”.*

*“Fui ao endocrinologista e ele me pediu uns exames, mas, não consigo fazer. A moça ficou com o papel e disse que me ligava quando fosse marcado, mas, isso já faz seis meses”.*

*“Pra marcar médico de ouvido, demorei 2 anos, e os procedimentos demoram mais que a consulta”.*

Muitas vezes o usuário prefere procurar outros serviços ou os laboratórios particulares e, muitos laboratórios de bairros fazem “preço especial” para quem leva a solicitação do SUS, numa tentativa de aumentar seu volume de atendimento.

*“Se for esperar pelos exames a gente morre. Eu prefiro pagar. É mais rápido e garantido”.*

*“Quando precisei de exames demorou, tive dificuldade. Não tinha vaga. Tive que repetir o exame porque o primeiro não deu certo e aí procurei o HU e ficou mais fácil, mas tive que ir ao coordenador pra conseguir uma vaga”.*

Embora não entendam com detalhes o funcionamento dos serviços o usuário percebe que “algo não funciona bem”, que faltam materiais, que faltam vagas especializadas, que o profissional da CMC não tem boa vontade, e por isso existe a demora. Percebemos isso em suas falas:

*“A marcação pela CMC tem vez que demora bastante, às vezes não dá pra esperar”.*

*“Outra dificuldade da unidade é a falta de insumos, faltam materiais de curativo”.*

*“Pra ortopedia, mesmo sendo retorno demora uns 30 dias”.*

*“Muitas vezes quando se consegue a consulta, já não precisa mais”.*

*“Pra marcar foi fácil, pois a minha mãe já tratava lá e eu queria a mesma médica, assim ela mesma me deu o encaminhamento e foi bem fácil marcar”.*

*“Para melhorar acho que precisava ter garantia de consulta “fora de hora”.*

Embora o estudo tenha sido realizado em unidade com ESF, alguns pacientes deixavam claro que possuíam alternativas para “furar” o bloqueio em relação a consultas especializadas, procurando mecanismos para serem atendido mais rapidamente:

*“Às vezes vou a Regional, quando aqui está fechado, demora, mas consigo consultar no mesmo dia”.*

*“Tinha um plano do Sindicato, mas passei mal e fui direto no HU. Foi de graça e não demorou”.*

*“Vou direto na Associação dos Cegos. Marca direto e não demora nada.”*

*“Tenho um conhecido que marca direto no HU”.*

Uma outra forma de conseguir o atendimento mais rápido seria através de planos de saúde. Alguns usuários, que não os possuíam, declaravam ser esse seu sonho de consumo.

*“Acho que quem tem um bom plano de saúde não precisa esperar. Às vezes tem um plano, mas que não cobre exames, não adianta”.*

Ou se percebia certo descontentamento com o serviço oferecido:

*“Meu Plano? É um SUS arrumadinho, se precisar de um exame mais sofisticado tem que pagar ou fazer no SUS”.*

*“Tenho o plano da AME. Só dá direito à consulta”.*

Na maioria das falas havia uma preocupação com o custo:

*“Dá direito a 2 consultas por mês e desconto nos exames”.*

*“Tenho Plano de Saúde para internação, mas não pra consulta. Tenho que pagar os exames, a não ser internada”.*

*“Tenho o plano de saúde da Cemig – a gente paga na conta de luz, e quando precisa usar, paga uma parte, é baratinho”.*

Algumas vezes o relato do usuário demonstrava que, mesmo pagando um plano, tinha vivido a experiência de precisar e ter que recorrer ao SUS, pois a sua cobertura não era suficiente para o procedimento necessário.

*“...Me senti mal, fui ao Regional Leste e o cardiologista mandou direto pro hospital, o plano não cobria, fiz tudo pelo SUS”*

Quando precisavam qualificar a atuação do profissional os pacientes se mostravam reticentes, tentavam justificar os atrasos e falhas percebidas.

A formação do profissional é determinante de sua maneira de atuar, porém, muitas vezes, após anos de serviço e na falta de uma política adequada de recursos humanos que permita a esse profissional aprimorar sua prática, incorporam-se vícios de postura, o que além de gerar estresse e desgaste físico ao próprio profissional, gera descontentamento no usuário.

*“...quando a gente chega pra consulta com o especialista, estava marcado pra 7 horas, mas ele só chega às 9 horas”.*

*“O atendimento é tão rápido, nem dá pra sentar, perguntam o que você tem e vão logo receitando”.*

*“Às vezes demora mesmo quando o médico chega cedo, aí o que vale é quem chegou primeiro. Acho que o horário deveria ser reservado”.*

Os hipertensos obesos procuram, muitas vezes, uma solução mágica para conseguir emagrecer, porém, como o acesso ao especialista é demorado e, ele nem sempre aceita fazer esse controle na unidade básica, existe pouca adesão ao tratamento por causa da demora.

*“Fui encaminhado porque precisava emagrecer e não consigo sozinho. O ruim é que a volta não fica agendada. Tem que marcar de novo e aí demora muito”.*

*“Seria interessante que fosse mais rápido, talvez seja porque é muita gente pra atender”.*

Uma dificuldade já percebida pelo usuário é com relação ao tratamento dispensado. Eles já notam uma diferença entre o da unidade e o dos departamentos especializados e atribuem ao desconhecimento das regras do SUS.

*“Talvez exista pouco conhecimento em relação ao PSF / SUS”.*

*“Fui ao especialista e ele nem olhou minha pressão, mandou continuar com o remédio e voltar em três meses. Nunca mais voltei”.*

*“Fui ao endócrino duas vezes, mas, ele não sabia nem porque eu tinha ido. Não havia nenhuma anotação”.*

*“Graças a Deus consegui marcar num médico particular e que não me cobra”.*

Consideramos recursos em saúde, os bens e serviços, diretamente ligados à saúde e necessários para que possamos realizar um atendimento digno ao usuário,

permitindo, não apenas sua inserção no Sistema de Saúde, mas também a resolubilidade, isto é, a resposta a todas as suas demandas.

Quando questionados sobre recursos, o item que mais aparece na fala dos pacientes é a falta de medicamentos.

*“Aqui os médicos são maravilhosos, só deixa a desejar a falta de remédios”.*

Outra dificuldade percebida é a fila para a marcação de consultas, muito acima da capacidade de absorção da equipe, o que muitas vezes não permite o atendimento naquele horário.

*“Acho que a pessoa idosa tinha que ter prioridade. Mas não gosto quando chega um idoso e passa a minha frente”.*

*“Tem que chegar bem cedo senão não consegue, é muita gente e são poucas vagas”.*

*“O bairro cresceu muito e ficou difícil consultar”.*

*“No início a consulta era mensal, mas agora a marcação é de seis em seis meses”.*

*“É só chegar cedo e marcar. É tudo uma questão de sorte”.*

*“Se eu sentir outra coisa, eu posso vir, mas tenho que marcar... é muita gente, tenho que vir pra fila bem cedinho. O pessoal daqui é bom, pena que não fica mais tempo aberta”.*

As pessoas que conhecem outra experiência percebem que podia ser pior.

*“Eu já morei numa cidade que mesmo pagando era muito mais difícil”*

Alguns, ainda que aceitando bem a unidade, sentem falta do especialista, não conseguem se adaptar ao novo paradigma.

*“Acho que precisa ter mais especialistas, mais médicos, os que estão aí não conseguem dar conta das necessidades”.*

*“Prefiro ir direto no HU, lá tem mais especialistas”.*

*“Pra todas as especialidades demora. Às vezes a gente até esquece que marcou”.*

## **2.4- Considerações sobre a fala do usuário.**

Para melhor entender algumas queixas dos usuários faz-se necessário descrever o funcionamento “padrão” de uma unidade básica com ESF.

A marcação de consultas para a demanda espontânea acontece geralmente pela manhã, tendo como critério único a ordem de chegada. O usuário deve chegar antes da abertura da unidade e aguardar na fila e nem sempre existe um lugar adequado para esperar, sendo muitas vezes exposto ao sol e à chuva.

Com o aumento da demanda essa fila ficou muito grande, ultrapassando a capacidade de absorção da equipe. Nos primeiros tempos do PSF a Sala de Espera ajudava na redução dessa demanda e fazia-se uma triagem com agendamento. Hoje, poucas equipes fazem Sala de Espera e a triagem recebeu o nome de “acolhimento” palavra que nem sempre significa a mesma coisa para equipes diferentes.

Embora tenham sido bastante discutidas as formas de acolhimento em Juiz de Fora, nunca conseguiram serem viabilizadas a contento. Hoje, o que ocorre, na maioria das vezes, é a barreira que chamamos “balcão”. Em muitas unidades de Juiz de Fora, percebemos que esse é um nó crítico.

Nosso balcão não é apenas uma estrutura física é uma barreira entre o paciente, que busca um atendimento, e o atendente. Muitas vezes, o profissional, administrativo ou da saúde, deslocado para fazer esse serviço se sente punido ou ameaçado pelo usuário impaciente e, coloca nesse contato todo o seu mau humor. Parece um campo de batalha onde o de “fora” tenta “furar” um cerco para conseguir um serviço, e o de “dentro” tenta rechaçar o “oponente”.

Este embate é o tipo de relação que faz mal para todos. Para o usuário, que não consegue ser atendido, para o profissional, que fica doente após algum tempo nessa lida, para a equipe, que perde o vínculo, construído com tanto esforço, e para Estratégia de Saúde da Família, que recebe uma avaliação negativa no quesito satisfação do usuário.

A falta da informação entre os setores da saúde, que impede a integralidade, associada a uma demanda crescente parece dificultar o trabalho da equipe e, com isso, o acesso do usuário à unidade se torna mais difícil, o que implica numa avaliação negativa do serviço logo no primeiro contato. Um dos motivos do aumento de demanda é a busca pelos exames complementares. Muitos usuários reclamaram da demora que têm encontrado para realizar os exames e procedimentos solicitados, porém, percebemos no dia a dia que existe uma solicitação exagerada dos mesmos, seja por exigência do usuário, seja por uma necessidade do profissional para reduzir o tempo da consulta.

Essa é uma realidade bastante contraditória, pois, o paciente necessita de mais tempo para estabelecer e estreitar o vínculo com a equipe ,mas, esta , por sua vez, tem que atender cada dia um número maior de pacientes.

Nos últimos anos muita tecnologia foi incorporada aos cuidados com a saúde. Temos aparelhos e sistemas que auxiliam no diagnóstico e tratamento de doenças que nem conhecíamos há alguns anos. Toda essa parafernália tecnológica, porém, deixou num segundo plano as técnicas de abordagem, nossa tecnologia leve, nossa capacidade de ouvir e sentir o que o paciente gostaria realmente de nos dizer e, além disso, o tempo encurtou.

Outra dificuldade acontece no momento da solicitação dos exames. Na implantação do PSF em Juiz de Fora a questão do apoio diagnóstico foi bastante discutida e decidiu-se que, para se conseguir a resolubilidade esperada, (pelo menos 85% da demanda) o acesso aos exames devia ser garantido, conforme orientação do Plano Operacional de 1994 (BRASIL, 1994).

Na mudança de administração entendeu-se que essa “facilidade” ficava muito cara e criou-se uma cesta básica de exames. Com isso os generalistas ficaram “amarrados” ao especialista tendo que encaminhar para solicitar exames específicos como, por exemplo, raioX de face ou dosagem de hormônios e, ainda que tivessem, capacidade de diagnosticar e tratar, não estavam autorizados a solicitar exames que estivessem fora da cesta básica.

Com o passar do tempo e a pressão exercida junto aos gestores, essa cesta foi sendo ampliada e hoje, embora ainda existam restrições, os exames mais simples podem ser pedidos na própria unidade, demorando em torno de 20 dias para a devolução do resultado, porém, aqueles mais sofisticados, de imagem principalmente, ainda precisam ser solicitados por especialistas e dependem de uma marcação centralizada, que atende não apenas a Juiz de Fora, mas, a toda região, o que compromete bastante a agilidade do procedimento.



Temos que considerar também que no caso de uma glicemia de jejum, por exemplo, qualquer demora compromete o resultado e que um exame realizado há 20 dias praticamente não tem valor para decisão terapêutica.

Além do custo e da incorporação de tecnologias, os serviços de apoio diagnóstico são ainda extremamente dependentes dos recursos humanos e da qualidade de seus processos de trabalho, bem como das condições em que esses acontecem, reiniciando um novo ciclo.

A demanda por exames desencadeia novas consultas e novos procedimentos o que gera aumento do consumo de materiais, nos insumos, e gera um esgotamento dos serviços.

Para repor os insumos e recursos materiais temos os serviços de Apoio Logístico que correspondem a todos os serviços que, de alguma forma, contribuem para que o setor saúde funcione.

Dentro dessa denominação temos serviços inespecíficos, como os de manutenção predial e instrumental e outros mais direcionados, como compras de materiais (formulários, materiais para curativos, seringas, agulhas, materiais de limpeza), e insumos (recursos pedagógicos, vídeos, etc).

As ações de apoio logístico, responsáveis pelo funcionamento das unidades, sua manutenção e até pelas questões de pessoal, são distribuídas em departamentos, que se colocam de forma matriciada no organograma atual. O uso desse formato serve para demonstrar a ausência de um padrão hierárquico e também para que os serviços “conversem” entre si, construindo a integralidade das ações, condições importantes, mas, que nunca saíram do papel.

Esses Departamentos são: Departamento de Execução Instrumental (DEIN), Departamento de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (DADT), Departamento de Regulação, Departamento de Auditoria, Departamento de Vigilância Sanitária.

O Departamento de Execução Instrumental (DEIN) é responsável por todos os processos administrativos – compras, manutenção, controle de pessoal e administração do Fundo Municipal de Saúde. É responsável também pela compra de medicamentos, embora a solicitação e o controle estejam no Departamento de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (DADT). Todos os processos de compra, manutenção e reposição são extremamente burocráticos o que dificulta muito a gestão dos serviços.

Dentro dessas dificuldades estruturais temos aquelas que vão desde as inadequações físicas das unidades, falta de instrumental, falta de insumos, e, até a falta de produtos básicos de manutenção, como produtos de limpeza.

Em vários momentos do PSF de Juiz de Fora, cogitou-se em criar uma OP (ordem de pagamento) para cada unidade, ainda que fosse um valor pequeno. Esta verba permitiria que o próprio gerente local pudesse resolver problemas como queima de lâmpadas, quebra de cadeado, ou até a compra de um produto emergencial de baixo valor.

O processo de compra na Secretaria de Saúde é extremamente complexo e a liberação da OP gerou, na época, grande confusão pela burocracia que envolveria, nunca sendo posto em prática. Assim, vários procedimentos realizados passam por vários departamentos, necessitando de muitas assinaturas para que se realizem.

Este é um fator que retarda o fluxo dos processos na administração municipal, pois quem compra não sabe, na maioria das vezes, a importância de um item o que

ocasiona situações como a ocorrida em 2003, em que os serviços paralisaram por falta de água sanitária, indispensável para a higienização das unidades e percebida como dispensável no momento de priorizar a compra. Esta situação fica ainda mais confusa quando pensamos que os processos de orçamento e licitação da Saúde são da responsabilidade de uma outra Secretaria: a de Administração.

Não menos complexos são os processos envolvidos numa consulta. Ao atender um usuário o médico desencadeia um processo que envolve em média sete procedimentos: agendamento, marcação da consulta, retirada de ficha, marcação e coleta de exame, encaminhamento, entrega de medicamentos, curativos, esterilização de material, limpeza da sala, etc. Quando multiplicamos esse número pelo total de atendimentos no mês, cerca de 300, e pelo total de equipes, 80, chegamos a um número próximo de 17 000 processos que envolvem insumos e recursos materiais e humanos.

É importante lembrar que esse é um atendimento simples, individual, mas, o PSF desenvolve também ações coletivas, realizadas às vezes nas comunidades, além de reuniões, planejamentos, e visitas domiciliares, que pela suas complexidades podem gerar outros inúmeros procedimentos. Cada procedimento usa determinados materiais, papéis, equipamentos, e instrumentais que precisam ser constantemente repostos ou sofrer manutenções.

Além desses, temos os chamados equipamentos físicos, ou instalações que irão comportar as equipes, permitindo que seu desempenho se dê de forma mais confortável possível.

Na implantação do PSF em Juiz de Fora, muitas unidades foram “adaptadas” numa ansiedade de se colocar o programa “pra funcionar”. Com o tempo percebemos que

era impossível oferecer um serviço de qualidade num espaço inadequado, até porque as equipes ficavam nesses espaços por quarenta horas semanais no mínimo. Reformas foram feitas, mas ainda de forma muito precária.

Em 2003, graças ao PROESF (Projeto de Consolidação e Expansão da Saúde da Família) conseguimos verba para a melhoria num grande número de unidades. Essas reformas, porém, não podem parar nunca, pelo risco de perder a qualidade do atendimento e na satisfação do usuário.

Um outro complicador é a pressão exercida nas unidades pelos usuários das áreas descobertas. Apesar do empenho das equipes e dos gestores em oferecer um bom serviço de atenção primária a saúde, esta cobre apenas pouco mais de 50% da população e ainda existe uma grande demanda que não consegue ser absorvida, havendo necessidade de se complementar esse atendimento.

Os diversos serviços que atuam de forma complementar ao SUS, com ou sem financiamento deste, funcionam como se fossem “válvulas de escape”. Um desses serviços, o do Hospital Universitário, oferece atendimento ambulatorial em especialidades e internação hospitalar, quando necessário. Alguns ambulatórios disponibilizam vagas pela Central de Marcação de Consultas e assim, entram na marcação normal da UBS, outros não e são acessados de forma direta, muitas vezes com a ajuda de algum “conhecido”.

Esse mecanismo de utilizar pessoas conhecidas do sistema para conseguir vaga de especialidade também é muito utilizado nos serviços do SUS, algumas pessoas detêm informações privilegiadas e conseguem “furar” a fila de marcação.

Esse privilégio não é exclusividade dos serviços de saúde e menos ainda de Juiz de Fora, porém, o que deveria existir, e este é o nosso foco, é uma maior transparência na divulgação dessas informações, possibilitando um pouco mais de equidade.

Em nosso trabalho percebemos que, mesmo em famílias bem pobres, existia uma preocupação em manter um plano de saúde, ainda que fosse apenas para aquele familiar mais frágil ou para realizar alguns procedimentos mais difíceis na rede pública.

Na falta de condição para pagar um Plano de Saúde os usuários vão em busca dos especialistas, certos de que conseguirão os mesmos serviços oferecidos pelos planos, porém, isso não é tão simples.

Na maioria dos departamentos de serviços especializados, em Juiz de Fora, os médicos enfrentam dificuldades: os espaços nem sempre são adequados, não existe prontuário do paciente e, muitas vezes, ocorre falta de equipamentos.

Outro problema é que esses profissionais possuem vários tipos de vinculação ao SUS: alguns são do Ministério da Saúde, outros são da Secretaria de Estado da Saúde, outros da Secretaria Municipal de Saúde e ainda aqueles ligados à Universidade Federal. Os médicos de Família têm seu vínculo complementado, (20horas) pela Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC) com vínculo da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

Para os médicos de família existe a obrigatoriedade de cumprir 40 horas semanais e além disso devem participar de reuniões de conselhos o que geralmente ocorre fora do horário de atendimento, além disso há uma dificuldade em relação ao vínculo empregatício porque não existe um plano de carreiras e o médico que entra na AMAC hoje tem o mesmo salário daquele que entrou em 1994.

Esta precariedade no vínculo tem reduzido bastante o quadro dos médicos de família realmente envolvidos com a ESF sendo substituídos por profissionais sem a devida qualificação prejudicando sobremaneira a qualidade dos serviços prestados.

A variedade de vinculação e, conseqüentemente, de salários, traz dificuldades na regulamentação dos horários e formas de trabalho. As agendas dos especialistas ficam a disposição da CMC, porém, isso não garante a qualidade ou a resolubilidade do atendimento.

Alguns especialistas a partir dessas mudanças saíram da assistência e assumiram tarefas burocráticas ou de ensino, alguns ficaram e passaram a ser identificados como “médico do SUS”, contrapondo a idéia de “médicos de família”, outros, porém, que já possuíam uma história na cidade e eram bem conhecidos, optaram por ficar nos departamentos especializados, e ficam sobrecarregados, tendo que responder pela referência de dentro e de fora do município.

Após o início da ESF muitos alguns passaram a ser “pedidores de exames” porque ao se criar a cesta básica alguns usuários já tinham formado vínculo com os médicos de família, e aí buscavam os especialistas apenas para a solicitação de exames que não podiam ser solicitados na unidade e, muitas vezes, nem retornavam para levar os resultados, o que gerou descontentamento e represálias destes em relação ao generalista.

As diferentes formas de se relacionar com os pacientes e a falta de integração entre os serviços são percebidas pelos usuários e justificadas pelo desconhecimento do que seria o SUS.

Uma outra questão bastante referida pelos usuários foi com relação a falta de medicamentos. Até a implantação da ESF a dispensação era quase exclusiva no

nível central. A partir do momento que as unidades iniciaram a dispensação de remédios houve um aumento considerável de solicitações e de processos na justiça buscando consegui-los.

Antes, apenas os pacientes menos favorecidos financeiramente os requisitavam, porém, com o empobrecimento da população e os avanços tecnológicos gerando medicamentos cada vez mais caros e de alcance mais restrito, temos uma procura incessante, gerando custos consideráveis ao sistema de saúde e fazendo com que o paciente procure outras unidades quando não encontra seu remédio na sua unidade de referência.

Um critério para se conseguir o medicamento na unidade básica é estar cadastrado em programas de monitoramento. Muitos pacientes hipertensos não querendo participar desses programas procuram a marcação da consulta na livre demanda ou buscam os especialistas. Essa procura em horários diferentes ao das equipes de ESF sobrecarrega as unidades tradicionais que funcionam após as 17 horas.

A partir das reclamações quanto ao horário de funcionamento algumas unidades com a ESF passaram a funcionar até as 22 horas, porém com médicos de apoio, pediatras, ginecologistas, e até clínicos. Como funcionam em livre demanda não fazem prevenção o que confunde o usuário e, às vezes, atrapalha o trabalho que o médico de família vinha realizando, principalmente no caso dos hipertensos.

Para a marcação com o especialista também ocorre a demanda reprimida e aí, não adianta chegar cedo, a espera sempre acontece. Todos os dias ao abrir as agendas existe um número limitado de vagas no sistema, quem não consegue marcar tem que voltar no outro dia. Embora o número de vagas ofertadas seja maior que o pactuado para a região existe sempre solicitação por mais vagas.

## 2.5- Resultado das entrevistas com os médicos:

Para facilitar a visualização consideramos algumas categorias que foram citadas pelos profissionais, porém, não percebemos uma limitação nítida entre elas e optamos por fazer as considerações de forma mais abrangente

**Tabela III - Principais categorias citadas pelos médicos como dificultadores no fluxo do usuário na rede de serviços.**

<b>Categorias</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Problemas logísticos: infra-estrutura	12	25,53%
Dificuldades em relação aos pacientes:	8	17,02
Dificuldades em relação ao entendimento do que é o PSF	8	17,02
Problemas relacionados à educação permanente:	8	17,02
Adequação entre o número de atendimento e as necessidades-	6	12,78
Alternativas ao processo atual ou Referência-contra referência	5	10,63
<b>total</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

### **Elaboração própria a partir das entrevistas com os médicos**

Durante as entrevistas com os médicos um dos itens mais citados foi o relacionado aos problemas de infra-estrutura e que corresponderam a 25% do total. Foram englobadas nesse tópico desde dificuldades com a estrutura física da unidade, inadequações dos espaços, até os problemas da falta de integração entre os níveis assistenciais. Os médicos se mostraram muito receptivos e não apresentaram resistência à gravação das entrevistas. Suas falas denotavam certo desânimo com a Estratégia de Saúde da Família, como se não adiantasse mais investir:



*“As dificuldades são as mesmas do SUS - financiamento, gerenciamento, estrutura física, organizacional”.*

*“A área adscrita é muito grande pro trabalho que a gente faz. Faltam insumos nas unidades, fica difícil trabalhar”.*

*“A demanda é muito grande e estamos vivendo um período de transição, quando se descobre a demanda reprimida, e é difícil dar conta dessa demanda”.*

*“Às vezes uma coisa é simples, fácil de resolver, e fica emperrada, se torna enorme”...*

Quando pedimos para avaliarem o mecanismo de marcação para consultas em especialidades as respostas foram variadas, embora tendo conotação negativa.

*“Na hora de encaminhar a primeira barreira é o tempo para marcação que demora até 3 meses”*

*“Acho que demora muito por haver falta de profissional, ou de estrutura, ou de organização, não sei...”.*

*“O mecanismo como um todo não é satisfatório porque a gente não recebe a CR. Muitas vezes encaminho para fazer exames complementares e o paciente volta do especialista sem resolver o problema e a gente acaba tendo que resolver aqui”.*

*“Falta a atuação de forma integrada com as outras áreas de atenção. É como se a atenção primária ficasse isolada e aí não consegue dar a resolutividade que poderia”.*

*“Demora demais...e agora o encaminhamento só vale pra três meses, aí, o paciente é avisado e tem que voltar e pegar outro papel. A gente acaba fazendo vários encaminhamentos pro mesmo fim”.*

*“Às vezes o tempo é determinante, se não tratar fica com defeito, mas a demora inviabiliza o tratamento”.*

*“As vezes o próprio especialista precisa encaminhar para outro especialista e manda o paciente de volta pra marcar na unidade”.*

*“Não existe um protocolo para o encaminhamento, cada um segue o seu próprio esquema”.*

Nas dificuldades relatadas pelos profissionais em relação às solicitações e comportamentos dos usuários, notamos que, muitas vezes, pela impotência do profissional frente a uma demanda, este se torna impaciente e culpa o outro pelas faltas que, muitas vezes, são do sistema de saúde como um todo:

*“A culpa é do próprio paciente que perde a consulta e não avisa, a aí não dá pra substituir, perde-se a vez e tem de entrar de novo na fila”.*

*“Há limitação de fazer a parte curativa, porque todos querem o especialista”.*

*“Má aceitação pela própria comunidade. O povo não entende o que a gente está fazendo e quer consulta o tempo todo”.*

*“Como houve mudança em apenas uma parte do Sistema, quando o paciente consulta na Urgência ou na Atenção Secundária a lógica é outra. Isso acaba confundindo sua percepção de SUS e cria demandas confusas”.*

*“Alguns já descobriram que existe a coordenação (de turno) e vão direto. Furam a fila”.*

No entendimento dos médicos, viver o dia a dia de uma unidade com ESF é uma experiência única, pois não existe uma rotina padrão. Mesmo nas unidades em que existe uma separação dos programas por dia e turno, acontecem imprevistos, isto é,

o grupo do dia é de hipertensos, mas, aquela criança atendida ontem e que não melhorou, certamente retornará. Dessa forma, seu atendimento é muito diversificado e, por mais que se queira “organizar” sempre haverá algo mais. Na opinião dos entrevistados é muito difícil, para um gestor que nunca esteve na prática, entender esse processo, o que pode representar uma dificuldade na provisão de insumos e recursos e nas exigências quanto a número e qualidade do atendimento.

*“É uma nova visão e difícil de ser entendida, principalmente por parte da gestão. A gente bate de frente o tempo todo e é difícil atingir os objetivos”.*

*“Acredito que o PSF é a solução pra Saúde Pública. A dificuldade é que o gestor não sabe o que é”.*

*“Falta a atuação de forma integrada com as outras áreas de atenção. A atenção primária fica isolada e aí não consegue dar a resolutividade que poderia”.*

*“Acho que é um programa diferente, que tem futuro, é interessante e sai da rotina. Só não deslancha por falta de interesse dos gestores”.*

*“Tenho uma formação mais humanística e vi no PSF uma forma de trabalhar mais adequada ao meu perfil. Hoje a lógica se deteriorou, fomos engolidos pela demanda”.*

Quando perguntamos ao profissional os motivos dos encaminhamentos, percebemos que, em algumas especialidades existe ainda muita insegurança do médico de família. Geralmente, aquela especialidade com a qual se identifica mais, ou exerceu por mais tempo, possui maior resolubilidade, outras, prefere encaminhar. Apesar disso, muitas vezes, o paciente retorna para saber sua opinião sobre o tratamento, pois é com ele que se fez o vínculo. Esse retorno aumenta a responsabilidade e a necessidade de saber mais, de estudar mais. Em suas falas os

profissionais revelam a falta dessa educação continuada ou de uma supervisão mais presente.

*“Claro que, se você sabe mais você diminui os encaminhamentos, aumenta a resolutividade da UBS”.*

*“Se houvesse uma equipe de supervisão fixa seria mais fácil, permitiria o acesso mais direto ao especialista, também o especialista conheceria o paciente”.*

*“Talvez a gente encaminhe também por defesa. O médico fica se protegendo no encaminhamento”.*

*“Às vezes o especialista “trata mal” o paciente para ele não voltar. Isso sobrecarrega os bons, temos que encaminhar sempre para os mesmos”.*

*“Fiz especialização na área, me preparei para isso. Acho importante o vínculo com o usuário. O PSF é a forma que trabalha a atenção básica, mas ,é preciso reciclar”.*

*“É preciso que haja um processo de supervisão ou de educação continuada como uma solução para melhorar a resolubilidade”.*

*“Em SP todo o profissional do PSF era obrigado a participar da educação continuada, oito horas por mês”.*

*“A solução seria uma equipe de supervisão mais presente, pra gente estudar, rever as questões, discutir com os especialistas”.*

*“Se a supervisão estivesse mais perto, funcionaria melhor”.*

*“Com a supervisão “in loco” seria melhor. Às vezes o paciente retorna e o prontuário ainda não chegou, fico sem saber o que fazer”.*

A presença, em todos os relatos, da necessidade da supervisão técnica nos dá bem a dimensão do quão solitário está esse profissional.

Nas entrevistas com os médicos percebemos certa impaciência quando questionados sobre o acesso dos pacientes a consultas na unidade básica e sobre a idéia de que a unidade deve ser vista como porta de entrada do sistema de saúde

*“Atendemos de porta aberta e acabamos tendo que dar resposta pra tudo, inclusive o que não é da área médica”.*

*“Depois de algum tempo na unidade você passa a ter que resolver tudo pro paciente, ele que você cuide dele o tempo todo, até nas questões não médicas, e isso consome tempo, as consultas ficam mais demoradas”.*

*“Eu não concordo com a idéia da pirâmide, acho que porta de entrada é onde o indivíduo consegue entrar”.*

*“Outro problema é que o leque de exames é muito restrito. Nem um RX de coluna a gente pode pedir”.*

*“Há estudos que dizem que todos os dias 1% da população adscrita viria por demanda espontânea, aqui no posto isso corresponderia a cerca de 90 pessoas/dia para as três equipes. É um número muito grande!! Não há com trabalhar assim”!!*

Ao final da entrevista ofereci sempre a oportunidade do profissional se expressar sobre o que ele entendia como alternativa melhor em relação ao processo atual.

As respostas foram bastante diversas, talvez dependendo das experiências vividas anteriormente.

*“Acho que seria bom se houvesse mais serviços de urgência e emergência, talvez uma unidade para cada região da cidade, pois o que existe hoje não dá conta”.*

*“O retorno ao especialista já deveria ser marcado pelo próprio especialista para evitar que o paciente tenha que voltar na UBS para pegar novo encaminhamento”.*

*“Deveria aumentar a cobertura do PSF, pois as pessoas das áreas descobertas forçam a ida ao especialista, dificultando a mudança de paradigma”.*

*“O horário da UBS é muito restrito. Se passar mal fora do horário como faz? O paciente não tem uma orientação quanto a isso”.*

*“A contra referência seria o ideal, mas nunca recebi. Parei de preencher a referência”.*

*“Ainda acho que o que vale é o papel, mas entendo que é chato escrever, atrasa a consulta, raramente preencho a referência”.*

*“Em São Paulo tinha uma unidade de referência próxima ao PSF, facilitava bastante. O contato com o especialista era bem próximo”.*

*“Seria interessante ter um médico de referência, aquele que você já conhece”.*

*“O especialista tem que ser incluído no processo, ele precisa ser sensibilizado para tentar resolver o problema do paciente”.*

## **2.6- Considerações sobre a fala dos médicos:**

Os médicos entrevistados, todos atuando na ESF há algum tempo, ao reclamarem da demora para conseguir o atendimento especializado têm como referência um momento anterior, quando, por existirem menos equipes e por atuarem com uma área mais adscrita, conseguiam encaminhar com mais facilidade.

Além do crescimento populacional na área, pela migração dos planos de saúde, novos nascimentos, redução da mortalidade, existe uma “invasão” daqueles que moram em áreas sem cobertura da ESF, nos vazios sanitários.

Esse aumento, sem a contrapartida da melhoria das condições de trabalho e de investimentos, sem programas de Educação Permanente sistemáticos e, sem a implantação de uma política adequada de recursos humanos, gera desmotivação e perda na qualidade do atendimento.

Quando associamos a tudo isso, um atendimento especializado sem integração com a atenção primária e com características de atendimento tão diferentes, teremos como resultado final um descontentamento generalizado que interfere sobremaneira no fluxo do paciente nos serviços de saúde.

O sistema da Central de Marcação de Consultas permite que, se avisado com alguma antecedência, a consulta seja cancelada e se oferece a vaga para outra pessoa, porém, esse mecanismo raramente é acionado. O paciente muitas vezes não o faz por esquecimento já que a consulta demorou muito para ser marcada, mas, muitas vezes ele não comparece por não possuir dinheiro para passagem e fica constrangido de revelar, faltando simplesmente e perdendo a consulta.

Essa perda diária é importante, chegando a 20% das agendadas, e tem gerado até “campanhas” dos gestores junto aos profissionais e usuários para que não ocorram, mas, até agora sem grandes resultados.

Na organização dos serviços, na alocação dos recursos humanos, enfim, no momento em que se propõe a fazer funcionar um serviço, temos que considerar quem são os melhores profissionais para exercer as atividades e de que forma deverão atuar.

Muitas vezes no serviço público, isso não é levado em conta. As pessoas vão sendo contratadas, não existe nenhum tipo de acolhimento ou contato prévio onde lhe seja dito qual a missão daquele serviço.

Embora esteja dentro das regras da ESF a atuação em equipe, e, apesar de todas as unidades selecionadas estarem com as equipes completas, pouco se falou do trabalho dos outros profissionais. Os médicos em questão assumiam como suas as responsabilidades do atendimento e do encaminhamento realizado, talvez, por isso, estivessem tão cansados.

Na implantação da ESF estimulou-se, através da busca ativa da população de risco e de ações educativas, o controle dos agravos mais comuns. A iniciativa de se buscar os mais vulneráveis criou um aumento da demanda por consultas e por procedimentos que, atualmente, não consegue ser resolvida pela equipe da unidade de saúde o que vem aumentando muito o tempo de espera.

Essa demora é percebida pelos profissionais entrevistados como um aumento da exposição da chamada “porta de entrada” a problemas que nem sempre dizem respeito ao setor saúde. O aumento de demanda associado a redução dos incentivos, gerou cortes na cesta de exames e procedimentos, o que é visto pelos médicos como um descompasso entre oferta de serviços e necessidade da população.

Esse excesso no número de atendimento gera um aumento de encaminhamentos e de solicitação de exames, o que desencadeia aumento do número de retornos transformando-se num círculo vicioso o que compromete a entrada de outras pessoas no sistema e dificulta o fluxo do usuário na rede de serviços.



### **3- EXISTE UMA REDE DE SERVIÇOS EM JUIZ DE FORA?**

O processo de descentralização tem possibilitado aos municípios criar formas de organização das práticas de assistência à saúde com uma diversidade de modelos orientados pela integralidade, resolubilidade e acesso universal, instrumentalizadas pela saúde coletiva e pela clínica, mais próximas da realidade local.

Quando observamos nossa forma de atuar percebemos que se “torna urgente avaliar os diferentes impactos e promover a busca de alternativas para a construção de uma agenda que contribua para a equidade nas condições de vida e de saúde, consoante as diretrizes de um Sistema Único de Saúde” (BOSI, 2004, p:65).

Juiz de Fora, no Sistema Único de Saúde (SUS) possui 42 unidades básicas na zona urbana e 14 postos na zona rural, oito departamentos de especialidades (entre eles o Departamento de Clínicas Especializadas), três unidades de urgência e emergência com funcionamento 24 horas e 1 hospital municipal. A cidade conta ainda com recursos de 1 hospital universitário, ligado à Universidade Federal de Juiz de Fora, 1 hospital Estadual e 1 Santa Casa de Misericórdia. Além desses serviços, temos também 1 maternidade, cinco hospitais psiquiátricos e quatro hospitais gerais privados além de Clínicas e Serviços de Apoio Diagnóstico conveniados ao SUS.

Das 42 unidades básicas, 30 funcionam com a Estratégia de Saúde da Família (PSF), duas unidades funcionam como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e as outras atendem no modelo tradicional, com clínicos, pediatras e ginecologistas. Esses serviços cobrem hoje 65% da população sendo 50% coberto pela ESF que conta com 80 equipes (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2005).

Para estabelecer a ligação entre as unidades básicas e as especialidades, facilitando o mecanismo de referência, existe uma Central de Marcação de Consultas (CMC) que possui um sistema informatizado e trabalha com uma telefonista em cada unidade de saúde.

Ao ser implantada, em 1995, a Central de Marcação de Consultas pretendia orientar o usuário, principalmente em relação aos mecanismos de referência e contra-referência, criando um fluxo entre os serviços. No início chegou a funcionar, porém, com a criação da Macrorregião de Saúde<sup>2</sup> ocorreu uma ampliação do território de abrangência da saúde de Juiz de Fora, que passou a atuar como Município Pólo estabelecendo pactos para atendimento de outros municípios em consultas especializadas, através da Programação Pactuada Integrada (PPI)<sup>3</sup>.

Os territórios são “espaços de responsabilização sanitária” e em se cumprindo os princípios da cooperação gerenciada, com definições claras das ações oferecidas por cada território às populações adscritas, haveria uma compatibilização na construção de uma rede de atenção a saúde com responsabilidades inequívocas (MENDES, 2004, p.59).

A ampliação do acesso, porém, sem a devida transparência na definição das competências e responsabilidades, gerou um aumento na procura das unidades de atenção especializada (nível secundário), que passaram a atender a demanda dos outros municípios e da população de Juiz de Fora das áreas descobertas pela

---

<sup>2</sup> Macrorregião de saúde: É um território de prestação de serviços, onde se concentra a oferta de serviços de saúde de maior densidade tecnológica. São organizados pelos princípios de economia de escala e de escopo e devem ser distribuídos pelos pólos secundários de atenção. As pactuações são feitas a partir das Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais, retirratificadas pela CIB estadual: Programação Pactuada Integrada (MENDES, 2001, p. 52).

<sup>3</sup> PPI: Criada pela Norma Operacional Básica 96 para a definição dos tetos dos municípios. (CARVALHO, 2001, p. 12).

atenção primária, construindo uma confusa malha de idas e vindas em busca do atendimento de médio e alto custo/ complexidade.

O nosso fluxograma a partir do atendimento que deveria ser: ao encaminhar o paciente para um nível de maior complexidade tecnológica, o médico entrega o encaminhamento ao paciente que leva ao telefonista da UBS. Este entra em contato com a Central de Marcação de Consultas (CMC), por telefone, e solicita o agendamento da consulta especializada.

No nível central o profissional da CMC rastreia na agenda dos especialistas disponíveis no sistema e, se existe a vaga, esta é reservada e repassada a informação para a unidade. A guia é devidamente preenchida com data, hora e nome do médico especialista de referência e, em seguida, é devolvida ao paciente. Se não existe a vaga no momento, a guia fica com a telefonista da UBS que continua a tentar, toda manhã, quando abrem as agendas dos especialistas. Parece simples e deveria ser resolutivo, porém, esta marcação pode demorar meses.

Para a referência dos pacientes hipertensos o nível secundário conta com o Departamento de Clínicas Especializadas, existindo até mesmo um serviço específico para esse fim: Serviço de Controle de Hipertensão, Diabetes e Obesidade (SCHDO), que conta com cardiologistas e endocrinologistas para atender a demanda vinda das unidades básicas e das áreas descobertas.

Este serviço, porém, por ser referência para todas as unidades de Juiz de Fora e região, rapidamente se esgotou e possui hoje a mesma dificuldade de marcação que os serviços em geral com a agravante de não mais estar ligado a CMC.

A procura pelo especialista em Juiz de Fora é muito grande, pois os modelos assistenciais existentes até a década de 90, que valorizavam as especialidades e as

tecnologias utilizadas para diagnóstico, ainda estão presentes nos ideários dos pacientes e até de muitos profissionais de saúde. Além disso, para a solicitação dos exames complementares mais complexos, o paciente precisa ser encaminhado ao especialista para que ele faça a solicitação, aumentando a demanda e postergando, o tratamento.

Quando ocorre uma situação de urgência a guia de referência é entregue ao gerente da unidade que liga para a coordenação de turno das unidades especializadas e marca na agenda do especialista em questão. O coordenador de turno guarda, diariamente, duas vagas para cada especialista e que são oferecidas nessas situações.

Em 2005, apenas das consultas para a cardiologia, 3 548 foram agendadas como urgência o que representou 13,9% das realizadas, para a endocrinologia, foram 1983, representando 13,4% das realizadas e para oftalmologia foram 3740, 14,2%, porém na oftalmologia estão incluídas as consultas de retorno para procedimentos específicos como curativos e avaliação pós-cirúrgica. Das consultas realizadas 6953 foram “urgências” representando 17,29% (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2006). A especialidade campeã de marcação na urgência é a ortopedia e esses números têm aumentado bastante pelo fato do Instituto Nacional de Seguridade Social, INSS, exigir comprovantes dos tratamentos realizados para o afastamento remunerado e aposentadoria dos segurados. Este é um fator que também aumentou a busca de consulta e monitoramento dos hipertensos nas unidades básicas.

Consideramos nesse cálculo apenas as consultas realizadas de fato, pois, cerca de 20% das agendadas são perdidas, os pacientes não comparecem e nem avisam a tempo de serem substituídas.

Apesar dos números e das consultas oferecidas e perdidas, quando tentamos responder a questão sobre se teríamos ou não uma rede de serviços a resposta que nos vem é que não existe. Percebemos claramente uma divisão onde de um lado temos a Central de Marcação de Consultas ligando a Atenção Primária aos ambulatorios especializados e, de outro lado temos as Unidades de Urgência e Emergência ligados ao hospital pela Central de Vagas, porém, sem haver um relacionamento entre os dois lados, a não ser informalmente.

### **3.1-Números de Juiz de Fora**

Juiz de Fora possuía em de 2004 cerca de 50% da sua população de 485 500 habitantes, coberta pela atenção básica em 41 unidades na zona urbana e 14 postos da zona rural, sendo 30 funcionando com a estratégia de Saúde da Família.

O valor do Piso de Atenção Básica - PAB fixo anual era de R\$ 4 502 880,00. No Plano Municipal de Saúde de 2004 e no Plano de Metas para 2005 formalizou-se a expansão do PSF com recursos assegurados através do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família<sup>4</sup> (PROESF). O projeto foi realizado em 2003 pela equipe do Departamento de Atenção Primária à Saúde e aprovado pelo Ministério da Saúde com liberação de recursos para execução de 2004 a 2008.

---

<sup>4</sup> PROESF -Iniciativa do MS com apoio do BIRD para fortalecimento da Atenção Básica à Saúde, composto de 3 componentes: 1- Apoio à conversão do modelo de Atenção Básica à Saúde, 2-Desenvolvimento de Recursos Humanos, 3-Monitoramento e Avaliação. (Informe da Atenção Básica, julho/ agosto de 2003).

Foi liberada, pelo componente 1 do PROESF, verba para reforma, ampliação e equipagem das unidades básicas de saúde. Esta liberação foi de grande importância e permitiu adequação dos espaços de muitas unidades.

Também foram garantidos recursos para o desenvolvimento profissional, bem como para a organização de eventos científicos, previstos no componente IV do projeto. Essas propostas visavam estimular a motivação do profissional de saúde, garantindo melhorias em seu processo de trabalho.

Com a mudança da administração municipal muita coisa do planejamento realizado se perdeu uma vez que toda a equipe idealizadora do Projeto foi substituída.

No levantamento dos processos realizados até 2004 utilizamos dados fornecidos pelo SIAB e do relatório de gestão feito antes das mudanças administrativas.

O número de consultas oferecido pelas equipes de PSF ficou em torno de 1,3 por habitante, bem abaixo do padrão esperado que seria de 2 consulta por habitante / ano (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2004).

As consultas específicas para hipertensão arterial em 2004 foram de 73414 consultas o que representou 20,09 % do total, 223 544 consultas, executadas pelo PSF em Juiz de Fora. Nesta ocasião o total de encaminhamentos para todas as especialidades chegou a 30 504, 11% do total de atendimentos e os exames complementares informados foram de 39 464 (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2004).

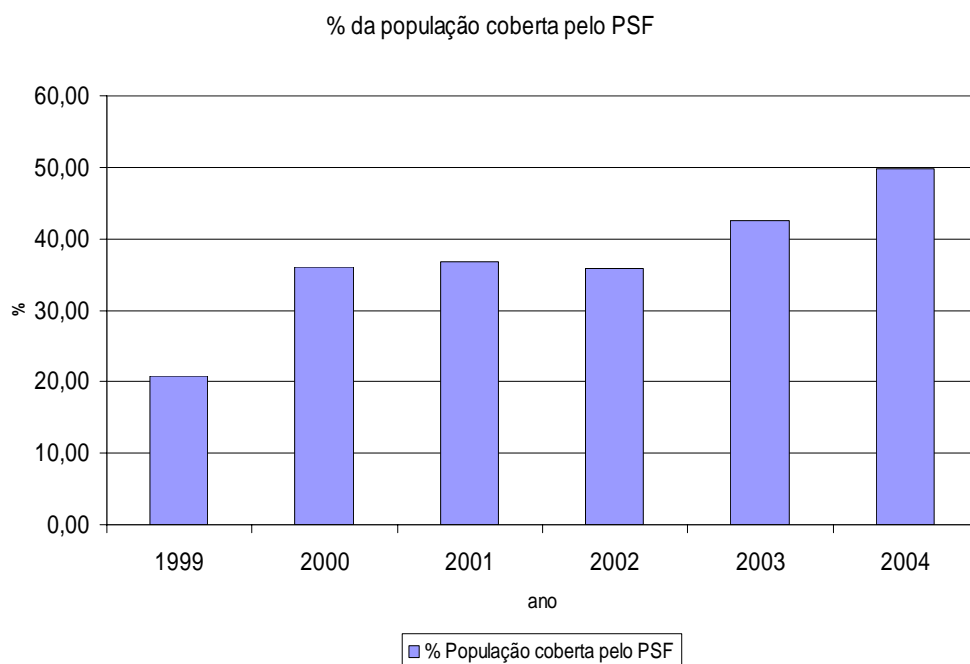
Uma distorção é percebida quando comparamos os números informados pelas equipes ao SIAB com os da CMC. Em todas as análises ocorre uma grande diferença o que talvez seja decorrente das marcações em outros pontos fora das UBS como, por exemplo, nas unidades de urgência. Uma outra causa seria o

retorno por solicitação do próprio especialista que é marcado na unidade básica e computado em nome da equipe.

Em relação ao número de hipertensos cadastrados nos programas das unidades vemos que o número cresceu bastante e continua crescendo, provavelmente pela distribuição gratuita de medicamentos e busca de laudos para licenças junto ao INSS.

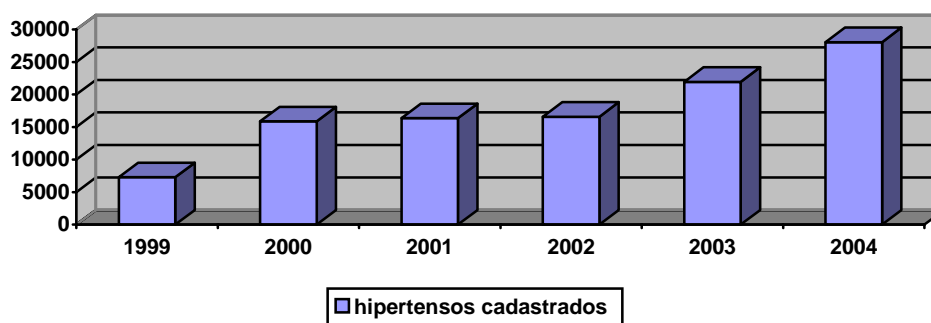
Quando consideramos que da nossa população juizforana 11% tem mais de 60 anos e que das 239 715 pessoas cadastradas no SIAB em agosto de 2005, 23 729 estavam nessa faixa de idade, correspondendo a 8% do total e que destes 28 089 eram hipertensos, percebemos o quão importante se torna o monitoramento da HAS em nossa comunidade.

**Figura I- Evolução da implantação da ESF em Juiz de Fora** Elaboração própria-  
Fonte: SIAB/ JF SSSDA - agosto 2005



**Tabela I - Evolução Hipertensos cadastrados no SIAB**

<b>ANO</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
cadastrados	7296	15865	16354	16573	21951	28052
%	8,04	9,3	9,59	9,73	10,8	11,6



**Figura 2-Fonte: SIAB/ JF SSSDA - agosto 2005 Elaboração própria-**

Em relação às consultas especializadas disponíveis percebemos que houve um aumento importante durante o ano de 2005, porém, ainda insuficiente para suprir a demanda.

**Quadro II- Número de consultas especializadas disponibilizadas no mês de agosto de 2005 pela SSSDA - DCE**

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Cardiologia	1510	2065	2906	2421	1859	2207	1228	1983	2936	2727	3164	2302
Endocrinologia	1189	1480	1808	1342	1603	1537	852	1406	1511	1437	1250	1435
ortopedia	2332	3411	4605	3769	3901	2652	943	2458	4218	4058	3632	3631
total	27126	32654	44102	38463	38109	40433	30045	42253	41247	38373	38636	36368

**Elaboração própria a partir de dados do SIAB/JF**

**Fonte: SIAB/ JF SSSDA - agosto 2006**



## **4- REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NA REDE DE SERVIÇOS.**

Para abordarmos a questão da referência e contra referência foi necessário construir algumas bases teóricas, objetivando maior clareza nos conceitos utilizados e facilitando o andamento do trabalho de pesquisa. Consideramos importante nessa construção tanto as questões políticas, que culminaram com a implantação da ESF e trouxeram a necessidade de se formar uma rede de serviços, como a discussão das questões ligadas ao envelhecimento da população que nos demonstra a importância de abordar a hipertensão arterial como a doença de maior prevalência nessa população.

### **4.1- Os modelos assistenciais e o nascimento do SUS.**

A concepção de saúde passou por diversas mudanças nos últimos anos. Isso se refletiu na prática da medicina e nas habilidades e competências exigidas dos profissionais da área de saúde.

Em meados do século XX, percebiam-se no País algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde: extensão da cobertura previdenciária, e reorientação da política nacional de saúde para uma prática curativo-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública de caráter

preventivo e interesse coletivo. Nesse contexto, o modelo flexneriano<sup>5</sup> foi, com a ajuda do financiamento de fundações estrangeiras, adotado como padrão na formação de médicos brasileiros.

Esse exercício profissional focado nas especialidades determinou a expansão da base tecnológica nos serviços e o aumento do consumo de medicamentos, deixando para um segundo plano o indivíduo e suas necessidades, “tecnificando” a medicina e impondo à sua prática um alto custo. Essas características, logo se mostraram inadequadas ao padrão brasileiro (TEIXEIRA, 1995) O descontentamento com o modelo emergiu e gerou críticas que se tornaram mais explícitas com a abertura política vivida na década de 80, impondo mudanças de paradigmas.

Assim, ganhou força entre segmentos da saúde, o modelo de Levell e Clark de “história natural da doença”, que introduzia conceitos de prevenção primária, secundária e terciária. Nessa tendência, o foco era na “medicina preventiva” e “medicina integral”, com estratégias que privilegiavam as práticas de atenção básica, e com uma formação profissional caracterizada pela integração entre o ensino e os sistemas de saúde (RODRIGUES NETO, 2003, P.13).

Nesse processo de descentralização no setor de saúde, que pretendia substituir a máquina estatal centralizadora e autoritária, por outra mais democrática, podemos destacar duas grandes forças que traziam idéias conflitantes.

A primeira acompanhava uma tendência neoliberal, que “defendia a redução do Estado sob o pretexto de sua ineficiência intrínseca para gerir a assistência” (COSTA, & AQUINO, 2003 p.3). Entre suas propostas estava a “contenção de custos” com implantação de “orçamentos globais prospectivos, e controle na

---

<sup>5</sup> No início do século, em 1910, é divulgado o Relatório Flexner, elaborado a partir de visitas em 155 escolas médicas nos EUA, numa tentativa de modernizar o ensino médico americano, baseando-se no mecanicismo, biologismo, individualismo e com foco na especialização. Esse modelo introduziu a “separação entre ensino básico, em laboratórios e ensino clínico, em hospitais, exportando essa concepção para outros países.” (RODRIGUES NETO, 2003, P.12).

construção de hospitais e aquisição de equipamentos. Além da restrição na formação de recursos humanos” incentivava a melhoria da eficiência pela introdução de mecanismos de mercado (como a concorrência) (MENDES, 2001a).

Estas mudanças efetuadas nos países europeus acabaram por privilegiar reformas de caráter gerencial com a redução efetiva dos gastos com a saúde, sem reverter o padrão de expressiva intervenção estatal (COSTA, & AQUINO, 2003 p.3).

Já o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, tentou operacionalizar a descentralização através do “empoderamento” da população, entendendo que dessa forma seria mais fácil a organização dos serviços, isto, porém não foi tão fácil, pois, implicaria em um “deslocamento do poder para a periferia das instituições e dos fatos administrativos. Assim, a descentralização, está sempre conotada a um movimento centrífugo do poder, com aumento relativo do poder periférico”, (MENDES, 2001b, p.19) dificultando seu exercício em plenitude.

Sob influência de toda essa movimentação, social e política, foi construído o Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda que enfrentando dificuldades, a saúde foi o setor com descentralização mais difundida e profunda, onde o padrão anterior de centralização, de privatização da oferta e de exclusão social foi sendo gradualmente modificado (VIANA *et al*, 2002). Nasceu assim um modelo que se propôs ser universal, equânime e integral e prometeu atuar em sintonia com a participação popular (BRASIL, 1990).

Tantas propostas e mudanças fazem surgir diferentes concepções sobre o SUS: o SUS democrático, desenhado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira, o SUS legal, estabelecido pela Constituição Federal, o SUS real, refém da área econômica do governo, e o “SUS para pobre”, centrado numa “medicina simplificada para gente

simples”, considerando suficiente um “pacote mínimo” composto de ações de baixa complexidade e baixo custo, tal como recomendavam certos organismos internacionais (PAIM, 1999, p.494).

Uma dificuldade identificada na inversão do modelo preconizada foi como priorizar o planejamento local uma vez que isso implicava em fuga de poder administrativo? Interessante talvez fosse organizar o sistema local para a execução dos serviços e manter o planejamento e controle em níveis mais centrais. Uma proposta de solução foi a expansão dos serviços de atenção básica, que, atuando mais próximo da população usuária, perceberiam as dificuldades nos locais onde elas acontecem, e as transmitiriam aos “tomadores de decisão” para definir as intervenções necessárias.

Nessa redefinição de ações e de papéis, ganha força a idéia da unidade básica de saúde como espaço privilegiado de primeiro contato com a família e onde aparece a possibilidade de se programar ações baseadas na realidade local e nas necessidades da população (STARFIELD, 2002).

As mudanças na saúde evoluem assim, com avanços e retrocessos, num movimento pendular de idas e vindas. Porém, apesar das críticas e das dificuldades, não se pode negar que a criação do SUS permitiu ao brasileiro sonhar com o direito a saúde pública com qualidade. Uma das estratégias utilizadas para viabilizá-la foi a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que mais tarde foi denominado Estratégia de Saúde da Família, ESF.

#### **4.2- Estratégia de Saúde da Família**

O PSF foi concebido a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que começou no nordeste em 1991 e se “tornou um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde” (VIANA & DAL POZ, 1998 p.18).

A implantação da ESF aconteceu em 1994, prioritariamente em áreas de risco, utilizando-se indicadores do Mapa da Fome<sup>6</sup> e gerou um aumento na oferta de consultas, porém, ampliou também a demanda por exames e medicamentos, que tomou grandes proporções, principalmente em municípios de médio e grande porte.

Considerando as exigências impostas para seu funcionamento (Conselho Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, Plano de Metas e Relatório de Gestão) esse modelo tornou obrigatória a reformulação de alguns conceitos, o que funcionou como mola propulsora ao desenvolvimento de mecanismos de participação popular e deu visibilidade às fragilidades do modelo assistencial vigente, sendo também “um diferenciador nas discussões dos tetos de transferência de recursos para os estados” (VIANA & DAL POZ, 1998 p.18-22).

Em relação à qualidade da assistência, esperava-se que, estando a equipe próxima do usuário, se desenvolveria nela um vínculo mais estreito, aumentando a preocupação com a resolubilidade<sup>7</sup>, o que até então não era estimulado nos serviços de saúde que atuavam no modelo tradicional.

Assim, o PSF definia o papel da atenção primária como estruturante do modelo de atenção à saúde. Esse prestígio alcançado pelo programa fez com que ele fosse disseminado pelo Brasil, e sobrevivesse até mesmo às trocas de governo e às crises financeiras.

---

<sup>6</sup> Mapa da fome: elaborado em 1993 pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e usado como critério de seleção para áreas de risco.

<sup>7</sup> Resolubilidade: capacidade de resolver a maioria (cerca de 85%) das demandas trazidas pelo usuário.

Por trazer tantas mudanças e propostas e por atingir tão diretamente a tantos usuários, a idéia do PSF foi bastante debatida. Para comprovação de seus resultados, positivos ou negativos, era preciso que fosse avaliado. Para isso, criou-se o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), que permitiria a análise dos resultados e a programação das equipes a partir de seu consolidado.

A análise dos resultados, nas primeiras tentativas de utilização dessas informações pelas equipes, porém, demonstrou que existiam falhas na coleta dos dados e no Sistema, o que se refletiu numa distorção dos números representando uma resolubilidade mais baixa que a esperada, em desacordo com o que se observava nas reações da população e em alguns indicadores.

Era preciso uma avaliação séria e institucional. O próprio governo federal se encarregou disso encomendando um estudo em 22 municípios com mais de cem mil habitantes e que foi realizado por pesquisadores altamente qualificados, o estudo de linha de base - ELB (MENDONÇA, 2006).

Acreditava-se que o “desenvolvimento, discussão e disseminação do ELB e a proposta metodológica desenvolvida pela equipe responsável poderia estimular a política de saúde regional, no sentido de seu aperfeiçoamento gerencial e do processo de trabalho nas unidades de saúde” (MENDONÇA, 2006, P.158).

Entre as conclusões de tal pesquisa evidenciaram-se a necessidade de qualificar profissionais de saúde e de integrar os projetos e programas na gestão, demonstrando também a importância de se discutir os processos de trabalho em saúde (MENDONÇA, 2006).

Essas conclusões reforçaram a importância de se investir na qualificação profissional para se constituir uma “rede de apoio” ao PSF, que permitisse ao profissional da “porta de entrada” encaminhar o paciente e recebê-lo de volta,

estabelecendo assim um fluxo de informação sobre suas condições de saúde e favorecendo o melhor aproveitamento das potencialidades do serviço.

Esse fluxo se faz necessário e é de grande importância quando trabalhamos com pacientes sujeito aos riscos cardiovasculares que constituem a maioria das internações e perdas de vida útil e que geralmente são causados pela hipertensão arterial.

Numa campanha sobre a Hipertensão Arterial, o Ministério da Saúde utilizou o PSF para enfatizar a importância da abordagem multidisciplinar e fortalecer o trabalho da equipe nas ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos:

As ações do programa são desenvolvidas principalmente por meio da atuação das equipes de Saúde da Família. Para isso, o programa realiza a capacitação dos profissionais de saúde para fazer o diagnóstico precoce, identificar os fatores de risco, prescrever medicamentos adequados e orientar a população para adoção de hábitos saudáveis. Os casos mais graves, que não possam ser resolvidos na rede básica, são encaminhados aos especialistas da rede pública (localizados nos hospitais ou centros especializados) para um tratamento mais adequado (BRASIL, 2005).

Neste mesmo documento já aparece a observação sobre a necessidade de existir uma rede de serviços que ofereça suporte às equipes.

A utilização dos encaminhamentos, adequadamente preenchidos, e o retorno do paciente com a contra-referência do especialista, possibilitariam ao profissional generalista esclarecer um pouco mais o caso e, lhe permitiram tomar decisões, baseado no contexto do usuário, o que seria difícil para o especialista que se posiciona distante desse contexto.

Essa troca de experiência ofereceria ganho para todos: para o especialista, quando lhe sobriaria tempo para acompanhar os casos que realmente exigissem complexidade tecnológica, para o generalista que conseguiria ampliar seu olhar em relação à doença, e para o paciente, pois seria visto de forma individualizada sem

perder o acesso aos serviços especializados quando necessário. Além disso, haveria o ganho do sistema como um todo, pois, esse mecanismo evitaria gastos desnecessários que ocorrem quando não há individualização do tratamento.

Para que lograsse sucesso, era desejável que se expandissem as ações intersetoriais, evitando-se o desperdício de recursos que ocorre no uso de “forma incipiente e anárquica, como uma atividade a mais, sem inclusão num plano de melhoria das condições de saúde da população” (VIANA & DAL POZ, 1998, p.27).

A identificação dessas dificuldades, porém, não se transformaram em ações em prol das mudanças, ou, quem sabe, essas mudanças, talvez por acontecerem de forma muito lenta, não são ainda percebidas nos serviços, como avalia a autora, “ após uma década de implantação do SUS, ainda é grande o contingente populacional, sobretudo os mais pobres, com dificuldades de acesso à assistência médica” (SENNA, 2002).

Em vez disso, o que percebemos hoje, é o médico generalista, na porta de entrada do sistema, sendo utilizado para “dificultar o acesso aos especialistas” o que pode até mesmo “levar a uma atenção inadequada”, (STARFIELD, 2002, p. 221) sem contar com a falta absoluta de resposta, por parte dos especialistas, quando acionados. Configura-se assim a atenção primária ou básica como um “serviço para pobre”, sem garantia de acesso aos outros níveis e de baixa resolubilidade.

A denominação de um “serviço para pobre” já havia sido usada com reação do governo, em relação ao SUS e, novamente aparece para o Programa de Saúde da Família (PSF), em documento preliminar de março de 1996. Em sua defesa argumenta-se que “não é um modelo simplificado, de pobre para pobre, não recorta a população em fatias (mulher e criança) e nem a atenção em níveis” (VASCONCELLOS, 1998, p.156).



Apesar dessa visão do PSF quanto a não ser desenhado como um programa para pobre, muita discussão aconteceu sobre o que seria a proposta de um “mínimo” e o que seria “básico” num contexto de serviços de saúde e das políticas sociais.

O mínimo teria o significado de menor, de menos qualificado, identificado com patamares de satisfação de necessidades que beiram a desproteção, acompanhado por supressão ou cortes de atendimentos. Já o provimento do básico expressa algo fundamental, principal, primordial, que serve de base de sustentação indispensável ao que a ela se acrescenta. O básico requer investimentos sociais de qualidade que preparem o terreno para o surgimento de outras necessidades, que questionem os limites da própria estrutura social e das relações sociais vigentes (POTYARA apud PUCCINI e CECILIO 2004, p.1349).

Assim, o que seria a ESF? Um atendimento mínimo ou básico? Qual a expectativa após a sua implantação?

Esperava-se, pois, que o PSF abrisse caminho para a organização de todo o sistema, uma vez que pretendia inverter o modelo assistencial vigente no nível primário, englobando ações de prevenção e promoção da Saúde. Isso, porém, dependeria de recursos que não se localizavam apenas na área da saúde e nem na atenção primária, exigindo a intersectorialidade<sup>8</sup> além da formação das redes de serviços.

### **4.3- Redes de Serviços**

---

<sup>8</sup> Intersetorialidade - utilizada aqui como a interação dos vários setores sociais, educação, moradia, transporte, lazer.

Rede, segundo Ferreira, 1998, seria o “entrelaçamento de fios, cordas ou cordéis formando uma espécie de tecido, ou conjunto dos meios de comunicação ou informação”, ou ainda, o “conjunto de estabelecimentos, agências ou indivíduos, pertencentes a organização que se destina a prestar determinado serviço” (FERREIRA, 1998, p.556).

Utilizamos aqui esse conceito para demonstrar a idéia de serviços integrados num objetivo maior, que seria o cuidado integral e continuado ao indivíduo e a sua família através de ações compartilhadas, oferecidas de forma transparente para que permitisse a entrada de qualquer pessoa, sem discriminação ou privilégio (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 1997, p.75).

Entendemos que, para atuar dessa forma o serviço exigiria uma cultura de integração, com um profissional diferenciado, propício a aceitar o novo. Esse perfil deveria ser construído a partir de “mudanças na formação, capacitação e educação continuada”, tanto para o generalista quanto para os especialistas que atuariam no suporte às equipes, contribuindo para mantê-la atualizada e dividindo a responsabilidade técnica (CORDEIRO, 1996, p.15). Para continuar na construção da rede, precisaríamos também serviços organizados.

Considerando-se a atenção primária como “*locus* da responsabilidade pelos pacientes e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados”, identificamos a Saúde da Família como uma “estratégia para melhorar a efetividade da atenção primária e a equidade dos serviços de saúde” sendo, porém apenas um dos componentes, embora fundamental, dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002, p. 314).

Esse componente precisaria, para dar as respostas esperadas, de cuidado continuado, resolutivo e de qualidade, estabelecer ligação entre os níveis de atenção da saúde e desta com outros serviços sociais.

No momento em que decide encaminhar o paciente para outros níveis de atenção, o médico precisa contar com “amplo conjunto de recursos à sua disposição” ou seja, uma rede de serviços organizada e funcionando para dar ao paciente a tranqüilidade quanto à sua atuação profissional, pois não se pode esperar que um setor sozinho lide com todas as necessidades da população (STARFIELD, 2002, p. 315).

Os serviços especializados também precisam estar organizados para receber o paciente e devolvê-lo, criando um movimento harmônico, o que exige investimentos em todos os níveis.

A integração constituiria um eixo prioritário na investigação e avaliação dos serviços e sistemas de saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulariam dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que, nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população (HARTZ, 2004, p. 331).

No momento em que nos propomos analisar o fluxo dos usuários nos serviços, a integralidade passa a ser um referencial, reconhecendo-se a interdependência dos atores, setores e instituições.

Consideramos então como indispensáveis “desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional” (HARTZ, 2004, p. 332).

Essa coordenação pode ser percebida também nos serviços como “um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum” (STARFIELD, 2001, p.365).

Dentro da atenção primária a Estratégia de Saúde da Família é o modelo ideal para estabelecer este contato, pela sua forma de organização e pelos seus princípios básicos focados na família, percebidos a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde / doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas educativas (FRANCO E MERHY, 1999, p. 2).

#### **4.4- Transição demográfica/ Transição epidemiológica**

Os censos demográficos, realizados no Brasil desde 1940, nos mostram que a população vem envelhecendo. Neste último século, as expectativas de vida tiveram um aumento de cerca de 30 anos em países desenvolvidos (OMS, 2003, p.17).

Além desse envelhecimento tem nascido menos crianças: a taxa de crescimento anual da população que era 2,4 na década de 70 alcançou 1,6 em 2000. Outras mudanças têm sido percebidas no aporte nutricional, no perfil de morbimortalidade e no grau de urbanização da população e são acompanhadas por indicadores de uso mundial que permitem acompanhar a evolução da saúde nos contextos políticos, culturais e sociais (RUMEL, et all, 2005).

Dois fatores são responsáveis pela tendência de envelhecimento populacional: “o crescimento da expectativa de vida por causa da redução da mortalidade infantil e das melhorias de acesso e tecnologia no setor de saúde e a queda acelerada do

padrão de fecundidade brasileira, que desde 2003 indica mera reposição populacional, que é 2,1 filhos por mulher” (GOIS, 2006).

A expectativa de vida que em 1980 era de 62,6 anos, em 2000 chegava a 70,5 anos e atualmente é de 71,9 anos. Essa longevidade deve-se, em parte, aos avanços científico e tecnológico, bem como a uma melhora substancial dos parâmetros da saúde pública ao longo dos últimos 100 anos, que levaram à transição epidemiológica. Em Minas Gerais a expectativa de vida, que era de 72,7 anos em 2000, passou para 74,1 em 2005, ocupando o quarto lugar nacional (GOIS, 2006).

Juiz de Fora possui na sua população 11% de idosos o que significa uma taxa bem maior do que a nacional, e, uma taxa de crescimento em torno de 1,8 (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2004).

Considerando-se esses números vemos a importância de se investir na prevenção das doenças crônicas que são mais prevalentes nessa população e que representam um importante fator na perda de anos de vida produtivos.

Até o início do século as doenças predominantes em todo o mundo eram as transmissíveis. Morria-se de sarampo, diarreia, difteria entre outras. A partir da industrialização e dos avanços tecnológicos houve uma mudança significativa nas maneiras de adoecer e de morrer. As taxas de mortalidade diminuíram, aumentou a expectativa de vida e assim as doenças crônico-degenerativas como o câncer, diabetes e as doenças cardiovasculares, passaram a representar problema importante para as ações de saúde (RUMEL, 2005, p.59).

Nas áreas de maior desenvolvimento sócio-econômico houve melhora do perfil epidemiológico, ao contrário das menos favorecidas que agregaram as doenças degenerativas às infecto-parasitárias, o que afetou a estrutura demográfica dessas

populações com um excesso de óbitos precoces e interferência nos níveis de fecundidade (PAES-SOUSA, 2002, p.1419).

No Brasil, a mortalidade infantil, que em 2004 era de 26,6 mortes por 1000 nascidos vivos passou para 25,8. Essa redução, de 0,8 é semelhante a que vem acontecendo desde 2000. Temos ainda que levar em conta a desigualdade regional, pois, enquanto essa taxa no Rio Grande de Sul é de 16,7 mortes por mil nascidos vivos, em Alagoas é de 63,8 por mil nascidos vivos, que é superior ao Haiti (61,6) (GOIS, 2006).

Os números refletem o grau de pobreza desse Estado e demonstram a desigualdade socioeconômica em que vivemos, talvez pela insuficiência na alocação de recursos associada a uma gestão inadequada dos mesmos. Os países desenvolvidos têm superado tais dificuldades e já mostram as taxas de mortalidade infantil de apenas um dígito deslocando a mortalidade para as doenças crônico-degenerativas.

Esse fenômeno, denominado transição epidemiológica, adquire características diferenciadas nos países em desenvolvimento como o Brasil onde convivem os dois perfis, com aumento, por exemplo, da tuberculose e malária em associação ao aumento das doenças degenerativas. As condições não transmissíveis e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo e, em 2000, constituíram 46% da carga global de doenças. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, depressão e câncer (OMS, 2003, p.17).

O controle dessas doenças exige cuidado permanente, além disso, elas possuem algumas características preocupantes: estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas.

Esse adoecer representa um sério desafio para os atuais sistemas de saúde e para a capacidade de organizar sistemas que supram as demandas iminentes. Além desses fatos desencadeiam sérias conseqüências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde e só serão minimizadas quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações (OMS, 2005, p.15).

De acordo com a OMS ao receberem tratamento eficiente e seguimento regular, os pacientes apresentam melhoras e também demonstram que sistemas organizados de assistência (não apenas profissionais da saúde individualmente) são essenciais para produzir resultados positivos (OMS, 2005, P.7).

Assim, a baixa capacidade gerencial do nível local e a desigualdade social vigente em regiões mais pobres, influenciam sobremaneira os índices de morbidade e agravos decorrentes dessas afecções.

A Constituição Federal de 1988, ao definir um novo pacto federativo, motivou grandes transformações quanto à transferência de capacidade decisória, funções e recursos para os estados e, fundamentalmente, para os municípios, sem a contrapartida de capacitação para a gestão dessa responsabilidade, mas, também é fato que a descentralização de corte municipalizante acarretou a indefinição das competências e atribuições dos estados, criando um vazio no que se refere às medidas que atenuem as desigualdades regionais (MONNERAT, 2002, p.509).

A indefinição de responsabilidades associada ao empobrecimento da população em geral e o aumento das desigualdades sociais afetaram as respostas dos serviços de saúde, comprovando-se que mesmo onde existe um bom serviço, a presença da pobreza impede a resolubilidade. Um bom planejamento na saúde não é suficiente, nossa heterogeneidade (e doença social) compromete e dificulta o acesso ao

diagnóstico precoce e à possibilidade de uma assistência de qualidade (ACHUTTI e AZAMBUJA, 2004, p.838).

#### **4.5- Hipertensão Arterial nos serviços de saúde**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, de alto custo social e econômico e cursa geralmente com complicações em órgãos nobres como o cérebro, o rim e o coração.

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial publicada em 2006, ocorreram no Brasil em 2005, 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28, sendo a Insuficiência Cardíaca a principal causa de internação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, p.5).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi responsável por 20 875 (8,14%) dos óbitos em 1998 e é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), explicando 117 946 óbitos em 1998, ou seja, 46,01% das mortes por DCV. Contribui também para as doenças isquêmicas do coração, que são responsáveis por 75 745 óbitos. Além da mortalidade os estudos de prevalência apontam a hipertensão arterial no Brasil entre 18 e 20% sendo grande o impacto dessas doenças nas internações e na aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2002, p.7).

Uma das primeiras ações colocadas em prática pelas equipes na ESF tem sido a organização do Grupo de Hipertensos que representa o maior volume de



atendimentos das equipes e uma grande preocupação dos gestores pelas demandas de exames e medicamentos. Um problema percebido por todos os profissionais é a baixa adesão às orientações e aos tratamentos, às vezes por falta de esclarecimentos, outras por dificuldades financeiras e outras ainda pela não valorização da doença pelo paciente.

Dentre os fatores de risco para a HAS temos a idade, pois a pressão arterial tende a aumentar nos pacientes idosos, a etnia, já que é mais freqüente nos afrodescendentes, as dietas ricas em sódio; a obesidade; o sedentarismo e o álcool. Um fator importante associado a maior prevalência de HAS e ao risco elevado de lesão em órgão alvo é a baixa condição socioeconômica, talvez pelo menor acesso aos cuidados de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, p.6).

Um dos fatores importantes para evitar o agravamento e as complicações da HAS é o controle dos níveis pressóricos, porém, as referências demonstram que uma pequena taxa (cerca de 10%) consegue mantê-lo, sendo atribuído à idade avançada, a obesidade e o baixo nível educacional como principais causas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, p.7).

Muitos usuários sequer sabem que são hipertensos e muitas vezes descobrem numa visita domiciliar ou mesmo numa consulta por um outro motivo, às vezes até para fazer exames de rotina. É claro que o fato de existir uma unidade no próprio bairro e a possibilidade de se colher exames ali mesmo facilita muito o diagnóstico ocasional e a busca ativa dos mais resistentes em relação aos cuidados com a saúde.

Além das consultas individuais, as atividades coletivas com os usuários e seus familiares são extremamente importantes, tanto para aumentar a adesão ao controle quanto para se planejar estratégias mais próximas à realidade local. Os resultados serão tanto melhores quanto mais sincronizada estiver a equipe. “As mudanças de atitudes são demoradas, e a comunicação clara, objetiva e equilibrada é crucial para o alcance das metas” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, p.17).

Cada equipe deve construir a estratégia que seja adequada a sua capacidade de trabalho e que contemple as necessidades de seu público, respeitando sempre a realidade do seu usuário.

No primeiro contato com o serviço a anamnese é uma importante ferramenta, questionando sobre a utilização de bebidas alcoólicas, anticoncepcionais, tabagismo e a presença do fenômeno em familiares diretos (pais e irmãos), bem como para conhecer a visão do paciente sobre seu agravo, facilitando sua adesão ao tratamento. O preenchimento da folha de rosto deve ser realizado por alguém da equipe, que aproveite esse momento para ver e ouvir o paciente.

Após esse primeiro contato faz-se a avaliação dos riscos a que esse paciente está submetido através do exame físico e da solicitação dos exames de rotina. Quando há necessidade de outros exames, de maior complexidade, deve-se encaminhar para os especialistas.

A existência, na unidade básica de uma equipe multiprofissional, facilita a execução de muitos procedimentos, melhorando a resolubilidade da equipe e reduzindo a necessidade dos encaminhamentos.

Além da equipe multiprofissional é importante a garantia de um sistema de referência e contra referência eficiente, evitando-se que o paciente se sinta perdido tendo que recorrer às mais diversas estratégias a fim de conseguir uma vaga para internação ou uma consulta com especialista, sendo importante também os mecanismos de devolução das informações.

Esse tipo de organização dos serviços, se sistematizado, e se incorporado à rotina das equipes, permitiria ao usuário entender cada passo do seu tratamento e ajudaria a adesão aos controles, porém, nem sempre se consegue ser tão organizado. A dificuldade do acesso também ainda é um problema para essa população.

Com a implantação da política de dispensação de medicamentos pelo governo federal, houve um afluxo de pacientes, muitos com planos de saúde, para as unidades básicas de saúde, complicando uma demanda que já era excessiva, e dificultando o acesso para aqueles que moram mais distante ou que têm mais dificuldade de locomoção.

Assim, os indivíduos com menor poder aquisitivo, em geral, não têm acesso aos serviços de saúde ou a medidas preventivas o que tem relação com resultados precários de saúde e agravamento das condições crônicas. Frequentemente, a assistência à saúde de grupos indigentes é protelada ou dificultada.

A rotina a ser seguida deverá considerar a avaliação do quadro clínico, avaliação dos exames complementares, a classificação quanto a gravidade (caso já seja possível), a orientação quanto a medidas não medicamentosas e os medicamentos quando necessários e o agendamento para grupos educativos, operativos de acordo com o perfil: baixo risco, retorno a cada 6 meses, médio risco de 3 em 3 meses.

Porém, hoje o número de pessoas inscritas é maior do que a capacidade de absorção das equipes, o que dificulta o monitoramento ficando o hipertenso muitas vezes por longos períodos sem atendimento ou sem exames.

Quando se diagnostica no paciente a HAS com alto risco para complicações, sua consulta deveria ser mensal e deveria ser garantido seu acesso a serviços especializados que ofereceriam exames e procedimentos mais adequados ao seu controle.

Essa necessidade de garantia de acesso aos serviços especializados nos remete ao objeto de nosso estudo que é analisar o fluxo do usuário hipertenso na rede de serviços. Como proceder para que esse usuário não se perca na rede de serviços, como ajudá-lo a vencer os desafios da doença e das questões burocráticas que terá que enfrentar para sobreviver?

#### **4.6- Outros Olhares**

Durante e após o trabalho de campo, procuramos, a luz de autores reconhecidos, entender o que se percebia como problema na ótica dos usuários e médicos do PSF, porém, não nos furtamos de trazer alguns pontos vividos durante o período que estivemos na coordenação do PSF.

A construção de um novo “desenho institucional, composto por fóruns participativos” permitiria a inclusão de “atores tradicionalmente excluídos do processo de decisão e execução das políticas públicas” (CORTES, 2006, p.402).

Quando nos propomos a avaliar serviços geralmente essas avaliações se pretendem a quantificar recursos e insumos, a analisar números de atendimentos e às vezes até o tempo gasto nas consultas. Claro que esses dados são importantes, porém, o subjetivo também precisa ser avaliado e por isso optamos por analisar os sentimentos gerados pelos serviços e nos serviços. A análise qualitativa nos dá essa dimensão.

A tendência em “concentrar a avaliação na qualidade da cura, demonstra a necessidade de se ampliar, de forma sistemática e quantificável esta avaliação na direção de outros atributos do cuidado” (AKERMAN, 1992). Poderíamos então pensar que poucas doenças são “curáveis” mas muitas, ou praticamente todas são controláveis.

No exercício da ESF aprendemos a fazer diagnósticos de situação e a trabalhar com os pacientes no controle dos agravos. Temos que ser sensíveis o suficiente para perceber as variações já que “as abordagens ditas integrais ou integradoras correm também o risco de sancionar intervenções normalizadoras indesejáveis” (CAMARGO JR, 2003, p.42).

Ao oferecermos esse controle ao paciente estamos ajudando a modificar sua expectativa perante a vida. É a oferta de um pouco de esperança, de visão de futuro. Esse sentimento se traduz na satisfação do usuário.

Muitas vezes esse resultado pode ser “medido” logo na primeira tentativa do usuário em conseguir uma consulta. “A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida, ou seja adiada, incorrendo em gastos adicionais” (STARFIELD, 2002, p.208).

Essa foi a primeira dificuldade relatada pelo nosso usuário: a falta de acessibilidade na atenção primária. “A acessibilidade se refere à característica da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade (STARFIELD, 2002, p.225)”.

O termo acesso é também utilizado para estudar a relação do paciente com o serviço, considerando este como “um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento” (ANDERSEN apud TRAVASSOS, 2004).

Essas características, inclusão e cuidado continuado deveriam ser pontos fortes da ESF garantindo ao usuário, até para os fora de área, a inclusão no sistema e depois referenciando para sua unidade de abrangência.

Na sistematização do fluxo de eventos: “necessidades de saúde → desejo de obter cuidados de saúde → procura pela entrada nos serviços → continuidade dos cuidados”, considera-se que as dificuldades de acesso são mais ligadas a oferta do que aos indivíduos (FRENK, apud TRAVASSOS, 2004).

A importância do fácil acesso à atenção primária para reduzir a mortalidade e morbidade é reconhecida há muitos anos e com o desenvolvimento da tecnologia, principalmente na área de comunicação, não se admite que ainda seja tão difícil organizar e informar os mecanismos facilitadores desse acesso.

Percebemos em nossos entrevistados um descontentamento com o acesso dificultado e analisamos que as dificuldades “teriam características estruturais: obstáculos financeiros; temporais, tempo de espera, organizacionais e aqueles ligados à prática médica” (STARFIELD, 2002, p.209).

Os impedimentos ferem todos os princípios do SUS, falta universalidade, equidade e principalmente integralidade (BRASIL, 1990).

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-las. A decisão sobre quem deverá prestar cada tipo de serviço, se a atenção primária ou outro nível de atenção, variam de lugar para lugar, de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações (STARFIELD, 2002).

Nas falas dos médicos identificamos que o fato de terem “tomado pra si” essa decisão tem gerado um aumento na demanda, pois, o usuário, a partir da criação do vínculo, busca esse profissional em todos os momentos em que precisa algum aconselhamento, ainda que essa necessidade não seja dos serviços de saúde.

Essa identificação com o profissional demonstra a satisfação com o atendimento e, não existiria um serviço de alta qualidade sem a satisfação do usuário que é o alvo do serviço (AKERMAN 1992).

Verificamos que questões individuais, sociais, culturais, econômicas e psicológicas também são citadas como fatores que interferem na relação do indivíduo com os serviços de saúde. Assim, “acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes” (TRAVASSOS, 2004).

“É preciso desenvolver novas competências para o trabalho das equipes de saúde” (MENDONÇA, 2006) e acreditamos que a melhor forma de fazê-lo é investindo no aluno dos cursos de graduação, principalmente da saúde.

Andreoli et al, em 1997, demonstrou que na avaliação de um serviço de saúde a

“expectativa avaliada manteve relação com a satisfação do serviço recebido por meio de fatores como: (a) resolutividade; (b) o contato com o interconsultor para troca de informações; e (c) foco na assistência ao paciente” (ANDREOLI, 2006).

Algumas conclusões desse trabalho são mensuradas a partir de critérios como assiduidade, competência e resolutividade e ele acrescenta a tudo isso a percepção

que algumas pessoas têm de que possuem mais direito à saúde que outras por possuírem melhor condição social (ANDREOLI, 2006).

Esses dados são reafirmados em outro estudo de satisfação do usuário onde ficou “clara associação dessa satisfação com os seguintes itens: maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença (situação de risco e proteção, cuidados básicos), a existência da visita domiciliar como elemento chave da prevenção e do acompanhamento” (TRAD et al. 2002).

Essa satisfação diz respeito também à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe.

“O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Ademais, ele pode se relacionar com aspectos da infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), com as amenidades (ventilação, conforto, limpeza, etc.) e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença” que a equipe poderá trabalhar em suas ações educativas (SILVA e FORMIGLI,1994).

Assim, acreditamos que, quando o profissional se preocupa em gastar um pouco mais de tempo para explicar para o paciente / usuário, os mecanismos de seu adoecimento, as razões pelas quais vale a pena prevenir, as vantagens em construir uma vida mais saudável, e se coloca à disposição para ajudá-lo em cada um desses itens, esse usuário se sente mais seguro e tem maior adesão ao tratamento/orientação proposto.

Todas essas questões são particularmente importantes no caso do paciente portador de hipertensão arterial, pois ele possui um perfil de risco para as doenças cardio e cerebrovasculares. No momento em que toma conhecimento de quais são esses riscos e de como preveni-los essa percepção permite que tome algumas atitudes



que terão um impacto positivo na qualidade de sua vida futura. Essas atitudes dependem do grau de adesão instituído com o serviço ou profissional de referência.

Para levantamento desse perfil de risco existem hoje alguns protocolos, sendo o mais importante o organizado pelas Sociedades de Hipertensão Arterial, de Cardiologia e de Nefrologia e que é revisto periodicamente: O Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial ou Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.. Em sua última edição de 2006, sugerem alguns passos para sistematizar o cuidado do paciente com hipertensão arterial.

Um dos primeiros cuidados a serem tomados, ainda quando o paciente é assintomático e identificou o perfil de risco, são as medidas não medicamentosas, dieta, combate ao fumo e ao sedentarismo, redução da obesidade. Essas orientações devem ser passadas já no primeiro contato com o paciente, seja na consulta, seja num grupo educativo ou até num atendimento feito para tomar vacina ou fazer um curativo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Outro passo preconizado para o diagnóstico precoce e acompanhamento do usuário hipertenso ou com risco para tal agravo é a solicitação periódica de exames:

#### **Quadro II. Avaliação inicial de rotina para o paciente hipertenso:**

- Análise de urina.
- Potássio plasmático.
- Creatinina plasmática.
- Glicemia de jejum.
- Colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos.
- Ácido úrico plasmático.
- Eletrocardiograma convencional.

**Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, 2006,p14.**

Esses exames auxiliam no rastreamento dos fatores de risco.

Considerando que grande parte de nossa população é constituída de pacientes com mais de 60 anos e que a abordagem da Saúde da Família deve ser preventiva, esses exames deverão ser solicitados, pelo menos, anualmente.

As alterações nos resultados dos exames, associadas à clínica do paciente e as suas condições de vida darão ao médico a real necessidade de intervir com medidas não medicamentosas ou com medicamentos. Algumas vezes, porém, a situação que se apresenta foge ao escopo do profissional de atenção primária que precisa encaminhar o paciente para novas pesquisas ou procedimentos mais especializados, o que nem sempre é fácil em tempo hábil.

O Ministério da Saúde regulamentou, através da PORTARIA Nº 648/GM de 28 de Março de 2006 que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), definindo competências”:

Segundo a Portaria compete às Secretarias Municipais garantir a infra-estrutura necessária provendo recursos para o pleno funcionamento, de forma a oferecer maior resolutividade. Considera também como competência deste nível de gestão a “garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar” (BRASIL, 2006).

Essa definição, embora tenha sido publicada em março de 2006, depende de recursos financeiros e da estruturação das secretarias municipais para ser colocada em prática o que é difícil, pois, em muitos casos essas secretarias não conseguem sequer manter um orçamento básico para permitir operacionalizar tais medidas, além de que precisariam investir em setores que gerissem o apoio logístico.

Percebemos assim que não basta implantar a equipe de saúde da família para haver resolubilidade, toda a rede de serviços tem que funcionar. E para isso é inquestionável a importância de uma infra-estrutura para que ocorra “desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados” uma vez que sem esses requisitos o monitoramento ficaria comprometido assim como outros aspectos organizacionais dependentes dos recursos materiais (SILVA e FORMIGLI, 1994).

Acreditamos, pois, que todas essas questões estruturais, físicas, geográficas e até orçamentárias sejam de extrema importância para permitir a inserção dos usuários na rede de serviços, ou talvez, constituam a base da própria rede.

Uma referência importante para abordar o problema da inadequação dos recursos em saúde é a publicação da OMS: Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial, 2003.

Esse manual se propõe a orientar aos “tomadores de decisão a adotar medidas que reduzirão as ameaças impostas pelas condições crônicas à saúde da população, aos sistemas de saúde e às economias. As ações empreendidas por esses agentes, quanto ao financiamento, alocação de recursos e planejamento do sistema de saúde podem reduzir substancialmente os efeitos negativos dos problemas crônicos” (OMS, 2003, p.8).

As condições crônicas, entre elas a Hipertensão Arterial, são predominantes na atenção primária e devem ser abordadas e controladas nesse nível, devendo para isso existir “informação oportuna, apoio e monitoramento constante” uma vez que essas facilidades permitirão melhorar a aderência, aos tratamentos propostos reduzindo carga das condições crônicas e oferecendo melhoria na qualidade de vida aos pacientes (OMS, 2003, p.8).

Além disso, o gerenciamento inadequado dessas condições, aumenta substancialmente os encargos de saúde e gera desperdício de recursos, além de

frustrar os profissionais que não conseguem os resultados esperados em relação aos tratamentos de seus pacientes.

“Vários países estão fazendo essa mudança”, principalmente aqueles com “recursos escassos ou praticamente inexistentes, buscando maximizar os resultados, reorientando os modelos antes voltados a problemas agudos para o atendimento das condições crônicas. Pequenos passos são tão importantes quanto a mudança de todo o sistema. Aqueles que procedem a mudanças, pequenas ou grandes, estão se beneficiando hoje e criando as bases para o sucesso no futuro” (OMS, 2003, p.13).

Também em nossa realidade a população de menor condição sócio-cultural, em geral, não tem acesso aos serviços de saúde ou a medidas preventivas que, por sua vez, têm relação com estados precários de saúde e piora das condições crônicas.

Consideramos também como agravantes de algumas condições o fato de alguns “trabalhadores da saúde não terem acesso a habilidades que os tornem capazes de colaborar com os pacientes e de atuar nas equipes de saúde de forma eficaz”, o que impõe certa urgência à organização de uma educação continuada e permanente em todos os níveis de atuação na saúde (OMS, 2003, p.26).

Espera-se que com a apropriação pelos profissionais das diretrizes para o gerenciamento das condições crônicas, delineadas com base em evidências científicas, além da garantia dos medicamentos, dos equipamentos para diagnóstico e os serviços laboratoriais necessários para seguir os protocolos terapêuticos, que nem sempre estão disponíveis, seja possível melhorar os indicadores em relação a esses agravos (OMS, 2003).

Considerando a necessidade de praticar ações de prevenção, promoção e cuidados continuados sugeridos pelos protocolos existentes urge que se promova, não apenas a educação continuada dos profissionais da saúde, mas, acima de tudo, uma

mudança substancial no processo de formação dos profissionais, especialmente, médicos para que possa haver uma mudança na cultura da assistência.

A Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001 institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, considerando essencial que este profissional tenha como característica uma

“ formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO - CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR-2001).

Chaves e Rosa apud Bulcão, postulam que “a estratégia educacional deve ser o treinamento em serviço”, e que tal treinamento em unidades de saúde deva ser implementado o mais precocemente possível, colocando, desde o início do curso, o aluno na vida profissional e em contato permanente com a comunidade (BULCÃO, 2003).

Wierzchan (2002) apóia a inserção precoce nas práticas, porém vê como desafio o ensino das disciplinas básicas no ciclo pré-clínico ao ressaltar que, ficando mais interessante a prática em cenários externos à sala de aula, o aluno poderia vir a desvalorizar a teoria dando mais importância à prática clínica e haveria perdas de conceitos básicos, na vida profissional (WIERZCHAN, 2002).

Partindo desse pressuposto, a entrada do aluno de Medicina em unidades básicas de saúde favorece o reconhecimento do processo saúde-doença ao se deparar com pacientes, sem diagnósticos previamente firmados, construindo habilidades não desenvolvidas em práticas realizadas somente em ambientes hospitalares. Esse contato precoce permite a construção de uma cultura mais direcionada ao cuidado e mais humanizada.

O cuidado aqui sendo entendido não apenas como assistência, mas, como um envolvimento responsável nas questões trazidas pelo paciente ou seja, “uma ação com significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como direito de ser” (SILVA JUNIOR, 2006, p.65).

Ao se aproximar do contexto do paciente, ao interagir com sua realidade, o médico passa a perceber que sua realidade, muitas vezes, não lhe permite as mudanças que o tratamento propõe e consegue criar alternativas mais adequadas a cada caso.

Muitas vezes na prática diária esquecemos que “os próprios indivíduos não podem mudar muitas circunstâncias nas quais se encontram. O resultado dessa falha leva a intervenções médicas paliativas, porque são direcionadas ao aumento da capacidade do indivíduo em se acomodar a situações que afetam adversamente a saúde, e não em mudá-las” (STARFIELD, 2002, p.307).

Quando associamos uma prática humanizada, respeitando os princípios do SUS, com a discussão teórica de qualidade técnica, conseguimos formar profissionais mais comprometidos e mais propícios a aceitar as mudanças de paradigmas assistenciais, um profissional mais adequado para a realidade de nosso País.

Esse novo profissional teria mais facilidade para lidar com suas próprias limitações e aprenderia a ouvir e aceitar outras opiniões, requisito básico para o trabalho em equipe.

Considerando o modelo de assistência proposto para ser trabalhado na ESF entendemos que nem sempre fica fácil estabelecer um protocolo de condutas. As evidências nos ajudam a estabelecer padrões terapêuticos, porém, quando estamos diante de uma família que nos fala de seu sofrimento e, principalmente, quando essa família já estabeleceu um vínculo conosco, qualquer protocolo fica obsoleto. Pensamos com o coração.

Para Mattos, 2004, “não se trata de simplesmente desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações

preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. Há que se compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas. Há que se adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro” (MATTOS, 2004).

O profissional, muitas vezes está fora de sua área, não gosta do que faz, não percebe a lógica de sua atuação e assim, considera o paciente como se esse fosse um “entrave” ao funcionamento do serviço.

Essa inadequação espacial desse profissional gera situações como as citadas acima e que Mattos, 2001, exemplifica em seu texto:

“Ha profissionais que, impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas das doenças. Lidam com os sujeitos como se eles fossem apenas portadores de doenças, e não portadores de desejos, aspirações, de sonhos. Reificando suas próprias percepções, tornam-se insensíveis aos desejos e aspirações de outros” (MATTOS, 2001, p.62).

Essa percepção se torna muito mais séria no atendimento em UBS porque elimina a possibilidade do sujeito ser inserido no sistema, gerando uma forma de exclusão, não permitindo a esse indivíduo a chance de ser cuidado.

“As pessoas sofrem e buscam cuidado”, considerando ser esse sofrimento uma “construção cultural, sujeita a intensas variações em diferentes tempos e lugares”. Da percepção desse sofrimento surge a demanda por serviços de saúde (...) o que equivale dizer que o retrato da atenção a saúde num dado instante é resultado de processos constantes, que se ajustam uns aos outros, e a superação das insuficiências percebidas não se dará pela produção de pequenos ajustes em pontos isolados desse sistema” (CAMARGO JR, 2003, p.38).

Ao atuar em equipe a ESF propõe um trabalho em equipe e reforça a necessidade de se compartilhar essa tarefa com um trabalho multidisciplinar para conseguir lidar com as limitações individuais. Considera mais importante esse trabalho do que a tentativa que se coloca de se criar superprofissionais de saúde, “capazes de

atenderem a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo as não percebidas” (CAMARGO JR , 2003, p.39).

Na identificação das dificuldades relatadas nos mecanismos de referência e contra referência dos serviços de saúde, agrupamos em problemas de estrutura, de processos e de resultados. Consideramos como de estrutura aqueles ligados ao funcionamento organizacional da Secretaria de Saúde, de processos aqueles ligados ao desempenho dos profissionais e, de resultados, aqueles percebidos como produto final, ou seja, a avaliação final do usuário ou do médico em relação ao encaminhamento realizado. Sabemos, porém, que essa divisão possui apenas um caráter didático, pois é difícil saber onde termina um e onde começa outro.

Para Starfield (2002), a variedade de serviços adequados para a assistência primária consiste em três componentes: os problemas e necessidades das populações e dos pacientes, as tarefas que são necessárias para abordar esses problemas e o local em que são realizados (STARFIELD, 2002, p.315).

**Quadro III - Elementos essenciais para aprimorar o sistema de saúde para as condições crônicas: (Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003)**

1. Apoiar uma mudança de paradigma
2. Gerenciar o ambiente político
3. Desenvolver um sistema de saúde integrado
4. Alinhar políticas setoriais para a saúde
5. Aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde
6. Centralizar o tratamento no paciente e na família
7. Apoiar os pacientes em suas comunidades
8. Enfatizar a prevenção.

**Elaboração própria a partir de OMS, 2003.**



Essa a mudança de paradigma começou a ser desenhada com a implantação do PSF e a cada novo trabalho, deve ser enfatizada a importância deste na reorientação dos serviços e na busca de qualidade da atenção primária à saúde.

A inserção do usuário nos processos decisórios, quando existe, ainda ocorre de forma muito tímida. Muitos são levados por interesses políticos, próprios ou de terceiros, outros por insistência das equipes, e, outros ainda por uma insatisfação com as dificuldades que vivenciam quando necessitam utilizar os serviços.

Associa-se a esse desinteresse da maioria uma total falta de conhecimento das políticas de saúde e a falta de tempo, e também desinteresse das equipes, em desenvolver ações educativas que compartilhem essas informações.

Starfield sugere a possibilidade de mudança pela otimização dos serviços através de “métodos mais convencionais para melhorar a transferência de informações que envolvem melhorias na continuidade dos profissionais ou equipes dos profissionais, prontuários médicos ou sistemas de informações computadorizados” (STARFIELD, 2002, p.375).

Ao se protocolar uma ação que integre os serviços, de atenção secundária, onde funcionam os ambulatórios de especialidades, os serviços de diagnóstico e terapêutica responsáveis pelos exames e medicamentos, e os de reabilitação, ainda em fase de implantação, aproximaremos os profissionais das equipes de PSF melhorando não apenas o acesso aos serviços de saúde, como servindo de exemplo a outros setores, principalmente àqueles ligados às políticas sociais.

O processo de descentralização tem possibilitado aos municípios formas de organização dessas práticas mais próximas da realidade local, com uma diversidade de modelos assistenciais orientados pela integralidade, resolubilidade e acesso universal, com práticas instrumentalizadas pela saúde coletiva e pela clínica.

Nas questões do empoderamento temos que refletir que “sociedade, e cidadãos de modo geral, estão reivindicando uma relação de transparência e de participação nas decisões em torno de alternativas políticas e programáticas” (RICO, 2001. p.88).

A tudo isso se deve agregar uma grade curricular e uma forma de avaliação coerente com esse modelo, como citado por Aguiar, 2006:

“Uma atividade profissional ética e comprometida, em equipe profissional, demanda experiências de cooperação ao longo da formação, e avaliações coerentes” (AGUIAR & LUGARINHO, 2006, p. 292).

## 5- CONCLUSÕES E PROPOSTAS

Chegamos ao final da dissertação mas não do trabalho. Durante todo o percurso buscávamos detectar nas entrelinhas as principais dificuldades. Resgatando o nosso objetivo de analisar, sob a ótica do médico e do usuário hipertenso, o fluxo percorrido na rede de serviços em busca da assistência, constituído como cuidado continuado, identificamos algumas dificuldades passíveis de solução sem a necessidade de grandes investimentos financeiros.

De acordo com o objetivo dos Mestrados Profissionalizantes de propor alternativas para o trabalho no SUS, com o compromisso assumido nas equipes durante as entrevistas, e, considerando ainda a base teórica consultada, organizamos algumas ações que poderiam contribuir para melhorar o fluxo dos pacientes.

### **Quadro IV -Propostas baseadas nas falas dos usuários e dos médicos de família**

- 1- Reuniões entre equipe e conselho para discutir os processos de referência e contra referência melhorando a aceitação do usuário.
- 2- Organização de grupos de hipertensos formados a partir dos interesses dos usuários que possibilite uma discussão sobre o papel de cada nível na assistência.
- 3- Implantação de um programa de educação permanente para todos os profissionais da saúde associado a um PCCS.
- 4- Elaboração de um boletim interno, produzido pela Secretaria de Saúde, para democratizar as informações.
- 5- Envolvimento dos hipertensos no processo de discussão e tomada de decisão sobre insumos e medicamentos.
- 6- Divulgação das decisões em fóruns locais, nos conselhos de bairros.
- 7- Promoção de encontros entre generalistas e especialistas para discussão dos protocolos.
- 8- Acompanhamento da prática diária dos serviços pelos supervisores.
- 9- Integração entre as instituições de ensino e os serviços básicos de saúde para construção de um perfil profissional para o SUS.
- 10- Redução do número de famílias por áreas de abrangência.

**Elaboração própria a partir da análise das entrevistas com os usuários e médicos do PSF/JF.**

Nas respostas dos usuários percebemos que as questões do acesso ainda não estão resolvidas, o que se reflete nas reivindicações quanto ao funcionamento das unidades básicas.

Propomos que essas questões sejam trazidas para as reuniões de equipe e conselhos e, ao invés de levantarmos trincheiras, tragamos esses itens para o diálogo oferecendo as informações necessárias aos Conselhos de Saúde e trabalhadores da ESF, construindo-se no médio prazo, uma massa de pessoas esclarecidas trabalhando com um objetivo comum: o de promover a saúde nos diversos setores de trabalho e da sociedade.

Particularizando a questão do hipertenso inscrito nos grupos da ESF sugerimos que a organização dos grupos respeite os interesses dos usuários e permita durante a troca de experiências o esclarecimento dos mecanismos de acesso aos serviços mais especializados, bem como o papel de cada serviço dentro do sistema de saúde, contribuindo para a disseminação da lógica da integralidade.

Dentre os serviços oferecidos pela ESF temos os grupos educativos e operativos, os atendimentos individuais com solicitação de exames considerados básicos e os encaminhamentos às especialidades, quando existe a necessidade de um procedimento mais específico. Se esta informação se fizer presente em todos os espaços do SUS, durante toda e qualquer ação executada, estaremos viabilizando uma inversão do modelo assistencial.

A transparência na divulgação das informações, associada a organização dos serviços, seria um grande passo na melhoria do acesso do usuário a qualquer nível de atenção que se fizesse necessário, possibilitando sua inclusão na rede.

É importante enfatizar a necessidade de um programa de educação permanente que permita a melhoria dos recursos humanos em todos os níveis de atenção, pois, temos que considerar que para absorver essas informações e repassá-las há que existir massa crítica atuante em todos os setores. Todos têm que falar uma mesma linguagem.

Não menos urgente é a necessidade de se instituir um plano de cargos e carreiras que permita ao profissional da ESF vislumbrar a melhoria salarial no futuro, fortalecendo sua motivação.

Na solicitação de exames percebemos que existem dificuldades tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos usuários. Os primeiros mostram-se perdidos diante inovações do setor médico especializado e da restrição local; os outros se sentem desvalorizados, pois, embora sejam impulsionados pela mídia quanto aos avanços da tecnologia médica, não conseguem a ser atendidos nas suas demandas pelos serviços disponíveis. Acreditam que o acesso é para quem tem plano de saúde o que acaba acontecendo, pois estes detêm mais informações. Como resolver?

Embora seja mencionada nas entrevistas, a formalização de um protocolo para orientação isto precisa ser bastante amadurecido a ponto de subsidiar uma tomada de decisão, caso seja necessária.

Entendemos que existe a necessidade de se construir protocolos para alguns procedimentos, mas, não podemos perder de vista que temos a nossa frente um indivíduo que sofre e, que seu sofrimento é único e nem sempre cabe num arranjo metodológico.

Propomos, pois, o investimento em programas de Educação Permanente e Continuada além de outras estratégias organizacionais que deverão entender a

complexidade dos processos da saúde e torná-los eficientes para cumprir os princípios de economicidade e transparência, permitindo a inclusão de todos no sistema.

Considerando que Juiz de Fora é um pólo formador de qualidade em saúde e que a rede pública é ainda um grande empregador, entendemos que a integração ensino-serviço seria de grande importância na mudança dos paradigmas assistenciais. Essa integração, embora já ocorra de maneira formal, pois as universidades locais têm convênio com a Secretaria de Saúde e todos os serviços recebem alunos, precisa ocorrer também pela divulgação dos princípios e diretrizes institucionais, para que se formem multiplicadores do SUS.

Uma proposta para auxiliar nas informações seria a elaboração de um boletim interno, produzido pela Secretaria de Saúde, que permitisse a todos os servidores o conhecimento sobre os serviços que existem, como funcionam e as fontes de financiamento e modos de utilização dos recursos.

No caso dos usuários hipertensos seria interessante envolvê-los no processo, publicando no boletim os valores correspondentes a aquisição de medicamentos e o desperdício gerado pela falta em consultas agendadas para que compartilhassem da gestão dos investimentos em seu cuidado.

A logística dos serviços, mesmo quando não citada, permeou todos os depoimentos, da falta de vagas à falta de espaço físico adequado. Muitas vezes ocorrem por problemas financeiros, outras vezes, pelos administrativos.

Acreditamos que a descentralização da gestão, ocorrida na década de 90, não sendo acompanhada de definições quanto as responsabilidades e competências, possa ser responsável por algumas dessas dificuldades e percebemos nas

entrevistas que existe uma grande distância entre quem recebe os serviços, quem executa as ações e quem planeja.

A organização dos conselhos contempla alguns destes objetivos, porém, nossa proposta é que haja divulgação das decisões em fóruns locais, permitindo maior envolvimento de todos os segmentos da sociedade ou que as reuniões do Conselho Municipal sejam itinerantes, acontecendo cada mês num bairro, com ampla divulgação, permitindo a inserção social indiscriminada.

No momento em que recebemos as informações necessárias e nos tornamos cúmplices do planejamento e das tomadas de decisões, percebemos o processo como nosso, entendemos as dificuldades, e lutamos pelas melhorias com economia na utilização dos recursos disponíveis.

Importante enfatizar que não se pretende responsabilizar o usuário pelas questões ligadas a gestão, apenas oferecer informações que possibilitem a cobrança daqueles serviços a que tem direito.

No caso dos hipertensos por representarem um expressivo volume na população do município, ao fazer parte dos fóruns de discussão seu envolvimento nas propostas poderá gerar ações mais realistas.

Percebemos, de um modo geral, que as questões logísticas envolvem um processo com muitas falhas em Juiz de Fora o que tem levado a perda no tempo e na qualidade dos serviços prestados. Mudanças precisam acontecer e num curto espaço de tempo. Quanto mais demoradas, mais sofridas serão e mais difíceis de serem absorvidas pelos serviços.

Algumas estratégias serviriam para criar possibilidades de integração. Além do boletim interno, que circularia em todos os setores da saúde, onde estariam

informações gerais sobre os programas desenvolvidos, resultados obtidos, novas metas e incentivos sobre a saúde das populações de abrangência, a realização de seminários temáticos, com representantes dos diversos serviços, onde cada setor pudesse apresentar suas estratégias e resultados e até suas dificuldades para a discussão e permitir soluções coletivas.

Outra proposta seria a promoção de encontros entre generalistas e especialistas, em pequenos grupos, para debater problemas comuns que, embora simples para o especialista, seriam de muita ajuda no cotidiano do generalista.

No início da atividade os médicos têm muitos sonhos. Mesmo os mais céticos, quando tomam contato com a ideologia da Medicina se encantam. Ao entrarem na rotina, porém, sentem-se num primeiro momento, perdidos, e depois, decepcionados. Pouco se faz, pouco se ganha, sofre-se muito, com raras exceções. Quando falamos de ESF fica um pouco pior, pois, agregamos às dificuldades da clínica às dos setores sociais e, muitas vezes temos que decidir sobre o que não conhecemos.

Some-se a isso a demanda crescente e uma diversidade de formulários a serem preenchidos para atender aos diferentes Sistemas de Informação e o que é pior, sequer temos as análises do que preenchemos, o que se constitui numa contradição. Com tudo isso, incorporou-se tanta solicitação ao médico que ele constrói sua prática dentro dos padrões que lhe permitam transitar sem muito sofrimento. É claro que alguma coisa fica por fazer.

A proposta da Educação Permanente que nasceu junto com o PSF e nunca foi realmente colocada em prática, precisa ser retomada.



A prática diária dos serviços também deveria ser acompanhada mais de perto pelos supervisores, não para punir, mas, para permitir um crescimento profissional e manter sempre atualizado o perfil e a capacidade técnica do profissional, facilitando sua participação em cursos, treinamentos e até, utilizando-se suas habilidades para desenvolver encontros de compartilhamento de experiências.

O incentivo à participação em eventos científicos também é de grande valia na motivação do profissional.

Acreditamos que a verdadeira mudança acontecerá quando houver uma integração estreita entre as instituições de ensino e os serviços básicos.

Quando visitamos Cuba, em 1995 e tivemos oportunidade de conhecer os médicos de família cubanos e seus processos de trabalho, percebemos que, embora com muito pouco recurso material e tecnológico, eles pareciam ter bons resultados.

O profissional cubano tinha por sua responsabilidade um quarteirão, o que significava 250 famílias, cerca de 1000 pessoas. Sua área era em geral plana e de fácil acesso. Conhecia todos os seus usuários e suas dificuldades.

Ao transportarmos para nossa realidade percebemos algumas diferenças: A maioria trabalha com mais de 1000 famílias, cerca de 4000 pessoas, em áreas distantes e muitas vezes acidentadas, o que dificulta a visita e conseqüentemente o conhecimento em profundidade.

Outra diferença é que temos unidades que trabalham com mais de três equipes, causando um congestionamento dos espaços comuns e uma demanda que não acaba nunca. Isso dificulta a ação educativa, gerando mais consultas e mais procedimentos e aí, entra-se num círculo vicioso, consulta, procedimento, demanda e, é claro, encaminhamento.

No caso dos hipertensos duas motivações aumentaram a demanda pela consultas. Em primeiro lugar a dispensação de medicamentos nas unidades. Mesmo aqueles pacientes que têm plano de saúde e faziam, ou fazem, controle ali, migraram e hoje freqüentam regularmente a unidade para conseguir a medicação. O problema gerado é que nem sempre a quantidade é suficiente e ocorrem conflitos.

Outra motivação é causada pelos afastamentos do INSS que agora obrigam a levar o cartão de acompanhamento na unidade básica e muitos usuários recorrem, mensalmente à unidade para atualização dos atestados e receitas, ainda que não tomem as medicações ali indicadas.

Assim, temos no final do mês um número de atendimentos que ultrapassa e muito a capacidade de acompanhamento da equipe com baixo impacto na saúde dessa população.

Acreditamos que a redução do número de famílias poderia diminuir a busca por atendimentos e daria uma folga para o planejamento e para o trabalho coletivo como realmente deve ser.

A atualização profissional foi um item que apareceu o tempo todo e que permeia todo o processo da ESF. Precisa estar presente desde que o profissional se forma e, se consideramos a diversidade de procedimentos da Saúde da Família, não conseguiremos resultado sem que haja investimento real na Educação Permanente.

Entendemos também, que para que funcione a EP precisamos ter uma boa base na formação do profissional. Não se pode aprimorar o que nunca se teve. Essa é uma discussão que vem acontecendo já há algum tempo e que tem embasado as Reformas Curriculares. As Diretrizes Curriculares de Curso de Medicina de 2001

ênfatizam a necessidade de se formar generalistas com habilidades diversas e a importância da inserção precoce dos alunos nos cenários de práticas.

Sabemos que tudo isso é importante, mas temos que conhecer qual é o perfil do professor, pois se ele é um especialista convicto, jamais conseguirá moldar um aluno generalista.

O Mestrado Profissional em Saúde da Família desempenha aí um importante papel, construindo a partir de seu enfoque na saúde da Família um perfil docente que permitirá essa abordagem na atividade de ensino. Um importante aliado nesse processo seria o médico de família atuando juntamente com os professores nas preceptorias.

Estabelecer com nossas comunidades as parcerias, ouvir o nosso colega em sua verdade, buscar nos livros as respostas às nossas dúvidas e principalmente, pensar na equipe como local de discussão e crescimento dos processos de trabalho e do planejamento de ações.

Quando trazemos essas propostas para o monitoramento da Hipertensão Arterial na Saúde da Família, ficam bem mais fáceis de operacionalizar, pois o grupo é bem delimitado e de fácil acesso, porém, é preciso lembrar que os hipertensos são pessoas e como tal, portadores de outros sofrimentos e sujeitos a outros riscos, que não devem ser desprezados nos momentos de discussão e planejamento.

Entendemos que uma vez organizado esse fluxo nas unidades com ESF automaticamente as outras unidades tenderiam a absorver as idéias e colocá-las em prática, favorecendo a melhorias no atendimento e na organização dos serviços.

Assim, a proposta desse estudo foi demonstrar, na opinião de usuários e profissionais, alguns pontos críticos no funcionamento do SUS local, porém não

podemos no furtar de oferecer, com base nas referências dos estudiosos do assunto, algumas idéias para buscar novos e melhores resultados.

Esperamos que esses resultados impulsionem outros estudos e que influenciem positivamente a saúde de Juiz de Fora e de outros municípios com realidades semelhantes.

## REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.9 n.4 p.833-840 – 2004.

AGUIAR, A.C. & LUGARINHO, R. A constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde e a avaliação da formação no contexto de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Saúde. In: Pinheiro e Mattos,(org) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC, 2006, p.290-296.

AKERMAN, M. & NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde - avaliar o que? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 361-365, out/dez 1992.

AKERMAN, M. et all. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.5, p.638–646, outubro de 2002.

ANDREOLI, P.B.A.A, MARTINS, L.A.N., MARI, J.J.. **Satisfação do usuário médico com um serviço de interconsulta psiquiátrica e psicológica**. Boletim do Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria – Disponível em <http://UNIFESP/EPM>, acesso em 11/12/2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, 1977.

BODSTEIN R., ZANCAN L., Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Contextos de Pobreza e Vulnerabilidade Social. In, BODSTEIN R., ZANCAN L., MARCONDES W.B (orgs) **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local - A experiência de Manguinhos** - RJ Rio de Janeiro: ABRASCO/ FIOCRUZ, 2002, p. 39-59.

BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**, Vozes, Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Campanha de Prevenção das Doenças Cardiovasculares** - Hipertensão: um mal que pode ser evitado disponível <http://portal.saude.gov>, acesso em 11/10/2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Programa de saúde da Família - **Plano Operacional para 1994**, fevereiro 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Ato Portaria n.º 648/ GM. De 28/3/2006**, Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Leis Orgânicas da Saúde**-n. 8080 de setembro de 1990 e 8142 de dezembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto de Atenção Básica de Juiz de Fora**, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informações em Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**, SIAB, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Manual para organização da Atenção Básica**, Brasília, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**, Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: **Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto para o desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Condutas Médicas**, Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto para o desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**, Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde – **Leis, Normas e Portarias Atuais**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Pesquisado em outubro de 2005.

BULCÃO, L. G., O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.28, nº 1, p.61-72, jan./abr. 2004.

CAMARGO Jr. K.R., Um ensaio sobre a (IN)definição de integralidade. In PINHEIRO R., MATTOS, R.A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS, UERJ, ABRASCO. 2003, p.35 – 44.

CARVALHO B. G., MARTIN G. B., CORDONI JR, L., A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In ANDRADE S.M.(org.), **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: 2001, p.27-59.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO - Câmara de Educação Superior – **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina** - 2001.

COSTA, A. M.; AQUINO, E.M. Políticas de Saúde, Equidade e Gênero: Atualizando A Agenda. (Relatório Final de Oficina de Trabalho). In: V CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 1997, Águas de Lindóia. **ANAIS**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 223-229.

COTTA R. M. M., MENDES, F.F, MUNIZ, J.N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: Editora UFV, 1998.

CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS in Cadernos Saúde da Família, construindo um novo modelo**. Ministério da Saúde, n.1, janeiro – junho /96.

CÔRTEZ, S.V. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In Pinheiro e Mattos,(org) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC, 2006, p. 401 a 425.

COSTA, W. G. A. & MAEDA, S. T., Repensando a Rede Básica e o Distrito Sanitário. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v. 25, n.57, p. 15-29, jan/abr.2001.

DUNCAN, B. B. e cols. **Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária**, Porto Alegre, 3<sup>a</sup>.ed.: Artmed, 2005.

FRANCO T. & MERHY E. PSF: contradições e novos desafios. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psf. Campinas/>. Acesso em 1/8/2005.

GOIS, A. Famílias brasileiras ficam mais velhas, **Folha de São Paulo**, Caderno Cotidiano 2 publicado em 2/12/2006.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo, Editora Paz e Terra, 15<sup>o</sup>.ed. 2000.

HARTZ, Z.M.A., Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4 n.2, p.341-353, 1999.

HARTZ, Z.M.A. & CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros" **Revista Cadernos de Saúde Pública**. [online]. v.20 supl.2. p. 331-336, 2004.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro, 5.<sup>a</sup> ed., MEDSI, p. 285-299, 1999.

KLOETZEL, K., Raciocínio clínico. In DUNCAN, B. B. e cols. **Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. Porto Alegre, 3<sup>a</sup>.Ed. Artmed, 2005.

LEVCOVITZ, E. & GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado In **Cadernos Saúde da Família, construindo um novo modelo**. Ministério da Saúde, n.1, janeiro – junho /1996.

LEVCOVITZ, E. LIMA, L. D, MACHADO, C.V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6 n.2, p. 269-292, 2001.

MARQUES, R.M. & MENDES, A. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde - SUS. In SOUSA, M.F (org). **Os Sinais Vermelhos do PSF**, Hucitec, São Paulo, 2002, p. 71 - 101.

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In PINHEIRO R., MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ ABRASCO, 2001, pp.39-64.

MATTOS, R. A integralidade na prática (ou sobre a prática) da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 n.5 set./out. 2004, p. 1411-1416.



MCWHINNEY, I. R. **Medicina de Família**. Barcelona: Mosby/ Doyma Libros, 1995.

MENDES, E.V. **A Organização da Saúde no nível local**. São Paulo, Editora Hucitec, 1998.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I - Bahia Casa da Qualidade Editora - Salvador, 2001.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo II - Bahia Casa da Qualidade Editora - Salvador, 2001.

MENDES E.V. e PESTANA M. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à Regionalização cooperativa**. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004 disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/livros>, acesso em 12/3/2006.

MENDONÇA, M.H.M. Práticas de avaliação e formação profissional em políticas públicas voltadas para consolidar a esfera publica no SUS. In Pinheiro e Mattos, (orgs.) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC, 2006.p.151-164.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONNERAT, G.L., SENNA, M.C.M, SOUZA, R.G. A reorganização dos serviços e saúde no cenário local. **Revista Ciências& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7 n. 3, p. 509-521 2002.

NEGRI B. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Serie textos básicos, MS - Distrito Federal, 2002.

NOVAES, H.M. D., Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.5, 2000.p. 547-559.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial, disponível em <http://www.opas.org.br/publicmo>, acesso em 12/3/2006.

PAES-SOUSA, R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográficas e epidemiológica **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.18, n.5, p.1411-1421, set / out 2002.

PAIM, J.S., Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro, 5.<sup>a</sup> Edição, MEDSI, 1999, p. 489-503.

PEREIRA, J.C.R., **Análise de dados qualitativos: Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. 2.<sup>a</sup> ed. Editora da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, Secretaria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental Seção de Estatística do Departamento de Clínicas Especializadas, **Dados Primários sobre o atendimento ambulatorial**, SIAB-2004-2006.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, Secretaria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, Departamento de Atenção Primária da Saúde, **Pacto de Atenção Básica**, 2004.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, Secretaria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, **Plano Estratégico de 1996**.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, Secretaria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, **Plano Municipal de Saúde, 1997**.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, Secretaria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, **III Conferência Municipal de Saúde, Relatório, 2000**.

PREFEITURA DE NITERÓI: Anais da **Terceira Conferência Nacional de Saúde-1963**, Niterói, Agosto de 1992.

PUCINI P. T. & CECILIO L. C. O. A humanização dos serviços e o direito a saúde. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro v.20, n.5. p. 1345 – 1353, set / out. 2004.

RODRIGUES NETO, E. A faculdade de Ciências da Saúde da UnB...in **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 28, julho 2003, p.12-16.

RUMEL D., TOSCANO, C. M., MENGUE, S. S., DUNCAN B.B. Condições de saúde da População Brasileira. In DUNCAN, SCHMIDT e GIUGLIANI e cols. **Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência**. Porto Alegre, Artmed, 3<sup>a</sup>. ed. 2005, p. 59 - 67.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

SENNA, M.C.M.. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2002, v.18 supl, p.203-211.

SILVA JUNIOR, A.G. Avaliação de redes de atenção à saúde. In Pinheiro e Mattos,(org) **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC, 2006.p.61-89.

SILVA, L.M.V. & FORMIGLI, V. L. A, Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80 – 91, janeiro/março, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial: **Revista Brasileira de Hipertensão**, ano9, v.9, n.4, outubro/dezembro de 2002. Departamento de Hipertensão Arterial.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA -V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006**. Disponível em [http://www.diabetes.org.br/educacao/documentos/documents/V\\_DBHA\\_2006.pdf](http://www.diabetes.org.br/educacao/documentos/documents/V_DBHA_2006.pdf), acesso em 16 de dezembro 2006.

TEIXEIRA, C.F. Epidemiologia e planejamento em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, 1999. p- 287-303.

TRAD, L. A. B, BASTOS, A C.S., SANTANA, E.M. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 7, n 3, p. 581 -589, 2002.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p. 5190 – 5198, 2004.

UGÁ M. A. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v.8, n.2, p. 417 – 437, 2003.

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

VIANA, A.L.A. et all. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 supl. P. 139-151, 2002.

VASCONCELOS E.M. **Educação popular e a atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

WIERZCHAN, P. M. O Ensino médico no Brasil está mudando? Transpondo desafios para concretizar mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n.1, jan/abril, 2002.

## APÊNDICE A- ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O USUÁRIO

Nome:

Idade:

Endereço:

Escolaridade:

Divide a residência com quem?

Renda familiar:

Ocupação atual:

Tem Plano de Saúde?

Tem Hipertensão? Diabetes? Obesidade? Outras doenças?

Já sofreu alguma complicação? Precisou internar?

O que o(a) Sr(a) conhece sobre sua doença?

Como ficou informado sobre ela?

Usa o PSF desde quando?

Participa de quais atividades?

Qual a frequência de suas consultas? Percebe alguma vantagem em consultar na UBS? Qual?

Já foi encaminhado para algum serviço especializado? Qual?

Qual foi o motivo de seu encaminhamento? Foi fácil marcar a consulta?

Quanto tempo demorou?

Como é feita a marcação da consulta especializada?

O Sr(a) considera esse mecanismo satisfatório?

O médico mandou alguma resposta para a UBS?

Como acha que deveria ser?

Conhece outras realidades?

Qual sua sugestão para melhorar ?

Gostaria de acrescentar algo?

## **APÊNDICE B- ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS MÉDICOS**

Nome:

Idade

Tem especialização em Saúde da Família?

Há quanto tempo atua no PSF?

Quais as vantagens você encontra no PSF?

Quais as dificuldades?

Qual a especialidade que você mais encaminha?

Quais os motivos que o(a) levam a encaminhar?

Quais as principais dificuldades na hora de encaminhar?

Você considera o mecanismo de encaminhamento satisfatório?

Você normalmente preenche a referência?

Você costuma receber a contra referência?

Você já trabalhou ou conhece outra realidade?

Como você acha que deveria ser?

Que sugestões você daria para melhorar os serviços?

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre O FLUXO DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL ATENDIDO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDE DE SERVIÇOS DE JUIZ DE FORA: A VISÃO DO USUÁRIO, desenvolvida por uma aluna do mestrado profissional em saúde da família, da Universidade Estácio de Sá/ RJ.

O objetivo deste estudo é “ conhecer, sob a ótica do paciente hipertenso atendido no PSF, o fluxo em busca de assistência dentro do Sistema de Saúde de Juiz de Fora. Entendendo aqui “o fluxo” como o movimento criado a partir da referência e contra referência dentro dos diversos níveis de complexidade da atenção.

Você foi selecionado por fazer parte do grupo de hipertensos cadastrado numa unidade básica de saúde com o Programa Saúde da Família do Município de Juiz de Fora e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas questões a respeito do processo de referência e contra referência dentro do sistema de saúde de Juiz de Fora. É um questionário simples, objetivo, e a duração da entrevista não tomará mais do que trinta minutos. Sua participação não trará nenhum risco para você.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Como não haverá identificação no questionário, seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

**Célia Regina Machado Saldanha**  
**Avenida Barão do Rio Branco 3596 apto. 2202, Juiz de Fora, MG**  
**Cep. 35 025 020 – Tel. (32) 3212 6803.**  
**Email: celiasaldanha@yahoo.com.br**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.  
Participante da pesquisa.

.....

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)