



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

Tese de Doutorado

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA PROPOSTA
DE (RE) ESTRUTURAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DO SUS
A PERSPECTIVA DE QUEM MOLDA SUA OPERACIONALIZAÇÃO**

Estela Marcia Saraiva Campos

Orientador: Ruben Araújo de Mattos

2007

Área de Concentração:
Política, Planejamento e Administração em Saúde

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (Re)estruturação do
Modelo Assistencial do SUS

A perspectiva de quem molda sua operacionalização

Estela Márcia Saraiva Campos

Tese apresentada como requisito parcial
à obtenção do título de Doutor em Saúde
Coletiva, área de concentração em
Política, Planejamento e Administração
em Saúde, Instituto de Medicina Social
da Universidade do Estado do Rio de
Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Rio de Janeiro

Abril 2007

ALUNO: ESTELA MARCIA SARAIVA CAMPOS

Título da Tese: A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de
(Re)estruturação do Modelo Assistencial do SUS
A perspectiva de quem molda sua operacionalização

Aprovada em 20 de abril de 2007.

Prof. Dr. Rúben de Araújo Matos (orientador)
IMS-UERJ

Prof^a. Dr^a. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo
SES-MG

Prof^a. Dr^a. Maria Teresa Bustamante Teixeira
Faculdade de Medicina/NATES/UFJF

Prof^a. Dr^a. Sulamis Dain
IMS-UERJ

Prof^a. Dr^a. Rosângela Caetano
IMS-UERJ

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDES SIRIUS/CB-C

C198 Campos, Estela Márcia Saraiva.

A estratégia de saúde da família e sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização / Estela Márcia Saraiva Campos. – 2007.
297f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Programa Saúde da Família (Brasil) – Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Teses. 3. Serviços de saúde - Avaliação – Teses. 4. Serviços de saúde – Planejamento – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de, 1957-. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU

614:392.3(81)

* Family Health Care Strategy and its proposal to (Re)structure the SUS Care Model: The perspective of those who shape its operationalization

DEDICATÓRIA

Aos profissionais das equipes de Saúde da Família dos municípios brasileiros, agentes de mudança do processo de reestruturação do modelo assistencial do SUS.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Ruben Mattos pela oportunidade do convívio fraterno e da orientação sempre instigante, pelos comentários preciosos, pelas provocações oportunas. E principalmente, pela confiança e liberdade de ter me deixado trilhar os caminhos do conhecimento de modo respeitoso e paciente.

Aos professores Kenneth Camargo, Túlio Franco, Maria Teresa Bustamante, pelas valiosas sugestões no momento da qualificação.

A toda família do Instituto de Medicina Social, na pessoa de cada mestre pela vocação, serenidade, competência e idealismo com que ultrapassam as fronteiras do conhecimento contribuindo para os avanços do campo da Saúde e da formação de seus profissionais.

Aos funcionários da secretaria do IMS, e especialmente a Marcinha, que tão prontamente ajudaram a ordenar essa etapa de minha formação acadêmica.

Às queridas amigas irmãs de antigos, atuais e futuros sonhos e conquistas Teita e Neuza. Essa vitória também é NOSSA. Vamos adiante.

A grande mestra, amiga, parceira e torcedora das minhas e das nossas (NATES/UFJF) conquistas, Profa. Sulamis Dain.

À amiga Joy Panagides com quem partilho diversos interesses comuns, entre os quais a temática desse estudo.

Ao Prof. Márcio Alves, parceiro do cotidiano, pela cuidadosa atenção na análise dos produtos parciais desse trabalho.

Aos profissionais das equipes da Unidade de Saúde da Família, campo de investigação e aprendizagem, por atenderem ao convite partilhando comigo essa pesquisa.

A equipe do NATES/UFJF pelo apoio incondicional, pelas demonstrações de carinho e solidariedade. Prazer em tê-los juntos no trabalho e na vida.

E, com muito afeto, a Iris, Paulo e Anita minhas riquezas, pelo estímulo e confiança na certeza da superação dessa etapa.

RESUMO

CAMPOS, E.M.S. **A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (Re)estruturação do Modelo Assistencial do SUS: A perspectiva de quem molda sua operacionalização.** Rio de Janeiro, 2007. 206 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

O olhar reflexivo sobre a implementação de programas/projetos de saúde pressupõe a elucidação dos modos pelos quais ocorrem as conexões entre a formulação e suas diretrizes e a operacionalização nos serviços de saúde. Portanto, o presente estudo centra seu olhar investigativo em questões da dimensão avaliativa voltadas para o planejamento e gestão de sistema local de saúde, assim como para a produção de tecnologias de planejamento e avaliação em saúde. Centrado na Atenção Básica, especialmente no Programa de Saúde da Família (PSF), o estudo buscou analisar tal estratégia levando em consideração as quatro grandes dimensões de reestruturação pré-estabelecidas pelo MS: (re)estruturação do modelo assistencial do SUS; (re)estruturação da demanda para os outros níveis do sistema; (re)estruturação dos processos de trabalho e das práticas em saúde, e (re)estruturação dos gastos no modelo assistencial do SUS.

O trabalho define as dimensões de (re)estruturação do modelo assistencial e dos processos de trabalho e das práticas em saúde como objeto de estudo. Para tanto, propõe, inicialmente, compreender o contexto que molda a operacionalização do PSF, para perceber a dinâmica que se coloca, reprodução ou reestruturação da estrutura.

Tomando como referencial o modelo de Estratificação do Agente de Giddens (1984), buscamos através de entrevistas com os profissionais das equipes de Saúde da Família perceber a compreensão teórica e a narrativa das práticas sobre alguns pressupostos básicos apontados pelo MS como potencializadores da capacidade de reestruturação do PSF e que são por eles operacionalizados no cotidiano de suas práticas. Os profissionais das equipes estudadas se identificam como agentes de mudança. E sendo agentes deste processo de reestruturação sofrem influencia da estrutura social (PSF e seus princípios) como também a influenciam, enquanto sujeitos que nela operam. Foi possível mapear um cenário de implantação e um universo bastante significativo de necessidades que chamamos de “necessidades cognitivas”, aspectos que se interagem influenciando na capacidade ou não de reestruturação do PSF. Em relação à capacidade de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS, o momento é de transição entre modelos assistenciais, iniciando um processo, ainda que tímido, de mudança de enfoque, da abordagem curativa para uma abordagem que tende, ainda que fragmentada, a propiciar uma assistência integral, incorporando à oferta de ações curativas, ações programáticas em construção. Barreiras estruturais que se localizam no espaço da cultura institucional de organização dos serviços e conseqüentemente, dos Sistemas Locais de Saúde também dificultam a reestruturação sob a perspectiva do modelo assistencial. A capacidade de reestruturação dos processos de trabalho e das práticas em saúde parece ser incipiente, no contexto das equipes estudadas. A cultura organizacional dos serviços, a experiência acumulada dos profissionais em unidades organizadas de forma tradicional, associada a processos incipientes de educação permanente, dificultam a apreensão de novas práticas potencializadoras de um processo de trabalho que conjuguem o desenvolvimento compartilhado de projetos terapêuticos integrais, assim como de mecanismos gerenciais ordenados sob o enfoque do planejamento estratégico-situacional.

Mesmo cientes da complexidade que envolve os processos de reestruturação de modelos

assistenciais em saúde, partimos da premissa de que a capacidade de reestruturação proposta pela Saúde da Família é possível, porque visa a mudança no modelo de produção da saúde, o qual é definido pelos mecanismos de gestão, mas também pelo modo com os profissionais de saúde operam no cotidiano seus processos de trabalho. Partindo desse pressuposto, o presente estudo optou em tomar como objeto de análise o cotidiano dos processos de trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Num primeiro momento, o estudo buscou compreender o contexto que molda e condiciona a produção da saúde identificando a compreensão teórica e a narrativa da prática dos sujeitos que operam no PSF no cotidiano.

O segundo momento do estudo resultou do primeiro, quando foi evidenciada a ausência, nos processos de trabalho das equipes, de um raciocínio programático que as orientasse na organização da oferta de ações de saúde às suas populações adscritas, direcionando para a abordagem das necessidades em saúde, contribuindo no reordenamento das práticas, conjugando as capacidades de trabalho potencial e real das equipes. Sendo assim, foi desenvolvida uma proposta de programação em saúde, ancorada no pressuposto central da programação, ou seja, no cotidiano das equipes de Saúde da Família. Ordenada pelas operações diagnóstica e normativa a proposta trabalhou com a análise das coberturas de produção Ideal (normativa), Real (quantitativo de procedimentos realizados pelo profissional durante um determinado espaço de tempo, oficialmente informada) e Potencial (Semana Típica de produção planejada).

Palavras chave: planejamento e programação em saúde, atenção básica, Saúde da Família, política de saúde, sistema local de saúde.

ABSTRACT

CAMPOS, E.M.S. Family Health Care Strategy and its proposal to (Re)structure the SUS Care Model: The perspective of those who shape its operationalization Rio de Janeiro, 2007. 206 p. Thesis (Doctorate in Collective Health) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Reflecting on the implementation of health care programs/projects implies clarifying what the connections are between their formulation and guidelines and their operationalization in health care services. Therefore, this study concentrated its investigation on assessing the planning and management of local health care systems, as well as on the production of planning and health care assessment technologies.

Centered on Basic Care, especially the Family Health Program (PSF), the study sought to analyze this strategy by taking into consideration the four main dimensions of restructuring that were pre-established by the Ministry of Health (MS): (re) structuring of the SUS care model; (re)structuring of demand for other levels in the system; (re)structuring of the work processes and health care practices, and (re)structuring of expenses of the SUS care model.

The study defines the dimensions of (re)structuring of the care model and work processes and health care practices like those of the object under study. For this purpose, it first examines the context that shapes and conditions the operationalization of the PSF, to understand the dynamics that are presented, reproduction or restructuring of the structure. Taking Giddens's Stratification Model of the Agent (1984) as a reference, we sought, through interviews with professionals from the Family Health teams, to understand the theoretical and narrative comprehension of practices about some basic suppositions identified by the MS as potentializers of the ability to restructure the PSF, and which are operationalized by them in their day-to-day practice. The professionals in the teams studied see themselves as agents of change. And being agents of this restructuring process, they are influenced by the social structure (PSF and its principles), as well as influencing it, since they are subjects acting therein. It was possible to map out a scenario of implementation and a meaningful universe of needs that we call "cognitive needs"; aspects that interact influencing the capacity or lack thereof to restructure the PSF.

In relation to the capacity to (re)structure the SUS model of care, this is a time of transition between care models, in which a process, albeit a timid one, is arising to remove the center of attention from a curative approach towards an approach that seeks, albeit in a fragmented manner, to provide integral care, incorporating programmatic actions being constructed to the still predominant curative actions provided.. Structural barriers located in the institutional culture of the organization of services, and consequently, of the Local Health Care Systems also hinder restructuring from the perspective of the care model. The capacity to restructure the work processes and the health care practices appears to be more incipient and less visible in the context of the teams studied. The organizational culture of the services and the accumulated experience of professionals in units organized in a traditional manner, associated with incipient processes of permanent education, make it difficult to understand new practices that potentialize a work process that presents shared development of integral therapeutic projects, as well as management mechanisms arranged using strategic-situational planning.

Even being aware of the complexity involving the processes of restructuring health care models, we begin with the assumption that the capacity for restructuring as proposed by Family Health is possible because it seeks to change the health care production model,

which is defined by the management methods, but also by the way health professionals perform their day-to-day work processes. Starting with this assumption, this study chose to analyze the day-to-day work processes of the Family Health team professionals. At first, the study sought to understand the context that shapes and conditions the production of health, identifying theoretical comprehension and the narrative of the practice of subjects that work in the Family Health Program on a day-to-day basis.

The second part of the study resulted from the first, when it became clear that there was an absence of programmatic thinking in the teams' work processes that would guide them in the organization of health care actions provided to their covered populations. This thinking would be directed towards dealing with health needs, contributing to reorder the practices, joining the potential and real work abilities of the teams. Thus, for health care programming proposal was developed. This proposal is anchored in the central assumption of programming; that is, in the day-to-day work of the Family Health teams. Ordered by diagnostic and normative operations, the proposal worked with the analysis of coverage of Ideal production (normative), and Real production (quantity of procedures carried out by the professional during a given period of time, officially informed) and Potential production (Typical Week of planned production).

Key-words: Health care planning and programming, basic care, Family Health, health policy, local health care system.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CENDES	Centro de Estudos do Desenvolvimento
CPPS	Centro Pan-Americano em Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CLIS	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NATES	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PROESF	Programa de Expansão de Saúde da Família
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPA	Plano de Pronto Ação
PAB	Piso de Atenção Básica

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	Projeto de Reforço à Reorganização do SUS
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SES/MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SIAA	Sistema de Informação de Área de Abrangência
SIGAB	Sistema de Gerenciamento Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SSSDA/JF	Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental -Juiz de Fora
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPT-2000	Saúde para Todos no Ano 2000
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Roteiro para entrevista com os profissionais das equipes de Saúde da Família	239
Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	242
Anexo C: Atividades em desenvolvimento, documento Serviço de Saúde da Família – SUS/JF, outubro/1996.....	244
Anexo D: Regionalização da Rede Assistencial da Atenção Básica – Juiz de Fora – 2005.....	251
Anexo E: Síntese da análise qualitativa.....	259
Anexo F: Grade de Atividades proposta para a Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família.....	271
Anexo G: Programação das Ações Unidade Básica – Equipe A.....	277
Anexo H: Programação das Ações Unidade Básica – Equipe B.....	285
Anexo I: Tabelas Auxiliares – SIAA.....	293
Anexo J: Semana Típica – Equipe A.....	294
Anexo K: Semana Típica – Equipe B.....	296

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Motivação inicial.....	1
1.2 Focalizando o Problema: A Estratégia de Saúde da Família - um olhar sobre seu contexto de implantação e implementação.....	6
1.3 Objetivo geral.....	12
1.3.1 Objetivos específicos.....	12
2 O PROCESSO DE “REESTRUTURAÇÃO” DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE NO BRASIL	14
2.1 Aspectos históricos da construção do modelo assistencial de saúde brasileiro	14
2.2 A Reforma Sanitária Brasileira: a chegada do novo paradigma ao modelo de assistência à saúde	18
2.3 Modelo Assistencial: as discussões atuais em torno da concepção	25
3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A EVOLUÇÃO DE UMA CONCEPÇÃO DE ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE.....	33
3.1 Um olhar sobre a APS: o entendimento de uma concepção atual	33
3.2 A evolução da Atenção Primária à Saúde no Brasil	42
4 O PSF E SUAS INTENCIONALIDADES	49
4.1 PSF: um olhar sobre sua capacidade de (re) estruturação no âmbito do SUS	49
4.2 O PSF como estratégia (re) estruturante do modelo assistencial do SUS.....	53
4.3 O PSF como estruturante da demanda para os níveis mais complexos do Sistema.....	61
4.4 O PSF como (re)estruturante dos processos de trabalho e das práticas em saúde	63
4.5 O PSF e a reestruturação dos gastos no modelo assistencial de saúde do SUS	69
5 OS DILEMAS DO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE.....	74
5.1 Evolução histórico-conceitual do planejamento em saúde na América Latina.....	74
5.2 Uma reflexão sobre as discussões atuais do planejamento em saúde	82
5.3 Um olhar sobre o dilema entre planejamento e programação em saúde.....	89
5.4 A Programação no âmbito da Atenção Primária em Saúde: uma reflexão sobre o cenário brasileiro de APS – a estratégia de Saúde da Família	97
6 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	105
6.1 Características gerais do estudo.....	105
6.2 Opção conceitual	107
6.3 Cenário do estudo.....	115
6.3.1 O município de Juiz de Fora: seu processo de municipalização da saúde e sua rede assistencial	115
6.3.2 O processo de implantação do PSF no município	117
6.3.3 A Unidade Básica de Saúde da Família como locus de referência.....	133
7 A COMPREENSÃO TEÓRICA E A NARRATIVA DA PRÁTICA DOS SUJEITOS QUE OPERAM O PSF.....	134
8 UMA PRÁTICA DE PROGRAMAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIENCIANDO UM RACIOCÍNIO DE PROGRAMAÇÃO	183
8.1 Aplicando o raciocínio programático na prática: reflexões sobre a experiência.....	193
já para a equipe b, a planilha de “cálculo das capacidades dos profissionais de nível superior” apresentou os seguintes resultados:	203
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	224
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	242

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação inicial

O presente estudo tem a intenção de estabelecer um olhar reflexivo sobre a dimensão avaliativa no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF constitui-se na estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (MS) de conversão do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem sendo implementada pelos sistemas municipais de saúde, com o propósito de contribuir para a consolidação de seus princípios. Dessa forma, o estudo está voltado para o planejamento e gestão de sistema local de saúde, centrado na atenção básica, visando ao monitoramento e avaliação das ações/programas implantados, assim como à produção de tecnologias de planejamento e avaliação em saúde.

Aprofundar o conhecimento no campo da produção de tecnologias de planejamento e avaliação em saúde vem ao encontro do processo de formação da autora e experiência profissional, uma vez que, nos últimos anos, tenho vivenciado experiências de implantação de políticas e programas de saúde, em âmbito municipal e macro-regional, com vistas à construção do SUS.

A experiência da autora teve início em 1983, no município de Juiz de Fora –MG, cidade de porte médio, situada na região sudeste do estado. Nesse ano, ali foi instalada a secretaria executiva das Ações Integradas de Saúde (AIS) e, na seqüência, a do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com o objetivo de criar um espaço técnico-político de organização e operacionalização dos processos de implantação/implementação de políticas e programas na área da saúde.

Com a chegada do SUS, o trabalho, a partir de 1993, se voltou para o processo de municipalização da saúde, aos municípios da macro-região de Juiz de Fora, através

do Plano Integrado de Educação e Saúde (PIES). O objetivo do PIES foi o de apoiar o processo de municipalização da saúde, junto a um grupo de municípios da área de abrangência da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). O projeto foi elaborado e coordenado por uma equipe multiprofissional e interinstitucional, composta pela Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Ubá (DADS- SES/MG), Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora e UFJF. A experiência possibilitou a participação nos debates sobre o redimensionamento da rede de serviços de saúde, que já então priorizava a discussão sobre o nível de atenção básica, na perspectiva do aumento quantitativo e da capacidade resolutiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O trabalho desenvolvido pelo PIES possibilitou a criação, em 1996, no âmbito da UFJF, do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde – NATES, núcleo acadêmico que integra as faculdades da área da saúde da UFJF, as secretarias municipais de saúde e as DADS/SES/MG, de sua área de abrangência, no desenvolvimento de estudos, pesquisas e qualificação de profissionais para o SUS, promovendo a integração ensino-serviço e tendo como eixo de abordagem a Atenção Primária à Saúde (APS).

A experiência com APS e a parceria com os municípios e as diretorias regionais possibilitou a elaboração do projeto do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família do sudeste de Minas Gerais, cuja aprovação pelo MS resultou no credenciamento do NATES como um dos Pólos no Brasil. A partir de então, tenho dedicado meu trabalho à estratégia de Saúde da Família, vivenciando seus processos de implantação/implementação em sistemas locais de saúde, assim como de formação e qualificação de profissionais de saúde e de equipes de Saúde da Família. Essa vivência tem propiciado momentos de encontro entre gestores, profissionais e usuários, em ambientes do serviço, da gestão e da qualificação. Nesses

momentos, questões são problematizadas a partir do cotidiano dos sujeitos que vivenciam o PSF, levantando a necessidade de um olhar avaliativo sobre como tem sido operacionalizada, na prática, a capacidade, a princípio imaginária, definida pelo MS, de mudança, de reestruturação do modelo assistencial e das práticas em saúde pelo PSF, no âmbito do SUS.

A partir de então, a dimensão avaliativa vem sendo uma questão presente no processo de trabalho do NATES. Chegamos, inicialmente, a desenvolver um instrumento de avaliação, ou melhor, de acompanhamento das equipes de Saúde da Família, o qual teve o objetivo de definir alguns indicadores quantitativos e qualitativos que pudessem subsidiar o processo de supervisão no PSF, no âmbito municipal. O instrumento foi de grande valia, mas as inquietações continuavam presentes, ao se perceber que, no cotidiano das práticas, aspectos objetivos e subjetivos interagem, ocasionando processos diferenciados que levam a resultados e formas de agir esperados ou não.

Diante de tais inquietações, apresento esta proposta de estudo, de natureza avaliativa, centrada no processo de trabalho das equipes, entendendo que o grau de implantação de um determinado programa/projeto pressupõe a compreensão do contexto que molda e condiciona sua operacionalização. E sob esse olhar oriento a reflexão, na busca de compreender e avaliar a capacidade de reestruturação do PSF, na conversão do modelo assistencial e dos processos de trabalho e das práticas em saúde no âmbito do SUS.

Operei, neste trabalho, dois movimentos distintos. Um primeiro movimento buscou compreender o contexto que molda e condiciona a operacionalização do PSF, tomando como referencial teórico o Modelo de Estratificação do Agente, explicitado pela Teoria da Estruturação de Giddens (1989). Foram realizadas entrevistas semi-

estruturadas com os profissionais das equipes de Saúde da Família e observação participante buscando identificar a compreensão teórica e a narrativa da prática dos sujeitos que operam o PSF no cotidiano. O resultado desse primeiro movimento permitiu o conhecimento de um cenário amplo de necessidades cognitivas desses profissionais.

Um segundo movimento objetivou apresentar aos profissionais os primeiros resultados, os quais foram discutidos. As reflexões apontaram para a necessidade de apreensão, por parte dos profissionais, de um raciocínio programático que permitisse a melhor organização de seus processos de trabalho, de modo a atender à relação entre necessidade/oferta de ações a suas populações adscritas, lógica da programação local.

Esses dois movimentos convergiram, ao final, para o desenvolvimento de uma proposta de programação local, que trabalhou com instrumentos de intervenção sobre a prática, permitindo que o raciocínio programático possa ser apropriado pelos profissionais, resignificando a lógica de organização do serviço e da produção do cuidado. Apostando que a Saúde da Família poderá assumir sua capacidade de reestruturação do modelo assistencial e dos processos de trabalho e das práticas em saúde, desde que os cenários de programação/organização do serviço e da produção do cuidado passem a ser comandados pelos profissionais que os operam.

O trabalho foi estruturado a partir de uma Introdução, que abordou a trajetória da autora e as razões para o desenvolvimento do tema. Na seqüência, foi trabalhado o objeto de estudo, problematizando-se o PSF e seu contexto de implantação e implementação, seguido pela apresentação dos objetivos geral e específicos.

A partir daí, foram estruturados capítulos que buscaram desenvolver temáticas que apóiam a reflexão sobre a Saúde da Família e sua proposta de reestruturação do modelo assistencial do SUS. Sendo assim, foi desenvolvido um capítulo sobre a

Reestruturação do modelo assistencial de Saúde no Brasil, que objetivou fazer um relato histórico e apresentar discussões atuais em torno da concepção de modelo assistencial em saúde. Na seqüência, foi trabalhada a temática Atenção Primária em Saúde: evolução de uma concepção de organização de sistemas de saúde, enfocando o contexto inicial da abordagem da APS e a evolução de sua concepção na organização de sistemas nacionais de saúde. De forma sucinta, num esforço de sistematização, apresenta a evolução da APS no Brasil introduzindo o PSF como a experiência brasileira atual de APS, orientada pelo MS no âmbito do SUS. A tese é finalizada pelo desenvolvimento de um capítulo que aborda o PSF e suas intencionalidades, elencando e discutindo os eixos de reestruturação propostos pelo MS para essa estratégia.

As Considerações Metodológicas abordam as características gerais do estudo, a opção conceitual adotada, o cenário do estudo e seu processo de implantação do PSF.

A apresentação dos resultados foi organizada levando em consideração os dois momentos resultantes do desenvolvimento da pesquisa. Em primeiro lugar, apresenta a análise da abordagem qualitativa, a qual orientou a compreensão do contexto que molda a operacionalização do PSF pelos profissionais das equipes de Saúde da Família, intitulada: A compreensão teórica e a narrativa da prática dos sujeitos que operam o PSF. Posteriormente, apresenta uma proposta de raciocínio programático baseada na prática de programação no âmbito da Saúde da Família, a partir de um raciocínio programático com aplicação em duas equipes de Saúde da Família, analisando os achados.

As Considerações Finais tecem reflexões sobre o problema central do estudo: Seria mesmo o PSF uma estratégia de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS?

1.2 Focalizando o Problema: a Estratégia de Saúde da Família - um olhar sobre seu contexto de implantação e implementação

A criação do SUS a partir da promulgação da Constituição de 1988 e das Leis 8.080 e 8.142 representou grande avanço para a população brasileira, ao implantar uma política social pública de caráter universal, equânime e integral, além de garantir espaços legais para a construção de uma gestão participativa.

A transformação inerente ao novo modelo assistencial preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS¹ define a saúde em sua dimensão ampliada, retrato das condições de vida e de trabalho das diversas populações. A mudança redimensiona a responsabilidade e autoridade sanitária, passando a exigir a organização política do setor, através de mecanismos de descentralização e ações intersetoriais, rompendo com as práticas de planejamento e controle centralizadas.

A partir dessas prerrogativas, o setor saúde vem imprimindo, principalmente, nas duas últimas décadas, um processo contínuo de mudanças na área da gestão e da política, com vistas ao alcance efetivo de tais conquistas. Avanços significativos foram realizados nos processos de descentralização da saúde, onde competências foram redefinidas e as lógicas de financiamento, regulação e provisão de serviço vêm sendo redesenhadas. Os três níveis de governo, em graus diferentes de responsabilidade, passam a exercer as funções de regulação, monitoramento e avaliação inerentes a cada um e a de co-responsabilidade no financiamento do sistema.

No entanto, os serviços de saúde permanecem, em sua grande maioria, organizados de modo tradicional. O atendimento à saúde ainda é pautado na fragmentação das ações, dirigindo suas ações, primariamente, para a abordagem

¹ Princípios e diretrizes do SUS relacionados à: Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Participação Popular.

curativa, com agregação de tecnologias sem critérios de utilização, gerando uma conseqüente elevação dos custos médicos-assistenciais, sem impacto positivo sobre a saúde da população. A assistência segue centrada na demanda espontânea e os serviços de saúde, na maioria, não procedem à análise dos problemas da comunidade para o planejamento e priorização de atividades.

O processo de descentralização do SUS, ao redimensionar os níveis de responsabilização das três esferas de governo, buscou assegurar que o desenho do modelo assistencial preconizado pelo SUS estivesse cada vez mais próximo da realidade de seus usuários, e, dessa forma, elege como:

[...] espaço estratégico de organização o domicílio/comunidade passando a valorizar [...] várias dimensões que se perdiam na centralização, como os horizontes históricos e geográficos dos diversos grupos, a cultura e tudo aquilo que torna significativa uma relação social (BRASIL, 1996, p.4).

Nesse contexto, o MS toma o nível da Atenção Básica como eixo reordenador do modelo assistencial do SUS, considerando que, nesse nível de atenção à saúde, os princípios do SUS de integralidade e equidade poderiam ser consolidados. Para o processo de implantação de tal proposta, o MS apresenta, inicialmente, a partir de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) como um dos caminhos para superação da crise no Brasil, mencionado como:

uma medida operacional para a construção de um novo modelo, cuja característica estratégica é de [...] reestruturação do modelo assistencial dominante, ele é parte integrante do Sistema de Saúde Local. Ele se constitui como uma unidade prestadora de serviço atuando numa lógica de transformação das práticas, organizadas sob novas bases e critérios (BRASIL, 1996, p.5).

Para o MS, o PSF tem o propósito de inversão, de substituição do modelo assistencial, ampliando o âmbito da atenção básica, revertendo o acesso aos serviços de

saúde centrado no hospital para o uso mais racional dos cuidados em unidades básicas e na rede ambulatorial, onde as práticas de saúde devem ser desenvolvidas sob o princípio da integralidade da atenção. O PSF tem a intenção de se constituir no eixo estruturante da atenção básica, reorientando o(s) modelo(s) assistencial(is) na perspectiva do alcance da universalidade, equidade e integralidade da assistência, respondendo à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada².

Dessa forma, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006).

A nova edição da Política Nacional de Atenção Básica, publicada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, ao considerar a expansão do PSF em abrangência nacional, transforma o PSF em estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica. Consolida e qualifica a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006)³.

² Caderno de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família, Caderno 1: A Implantação da Unidade de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

³ A nova edição da Política Nacional de Atenção Básica mantém para a ESF a equipe multiprofissional mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Em relação à Saúde Bucal, a equipe estará vinculada à equipe de Saúde da Família, trabalhando com uma ou duas equipes Saúde da Família, de acordo com as seguintes modalidades: a) modalidade 1: cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e b) modalidade 2: cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. Recomenda para grandes centros urbanos o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes. A população adscrita por equipe passa para, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes; para os ACS, a adscrição continua sendo de população de, no máximo, 750 pessoas por ACS, não estipulando o mínimo, e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Em relação ao financiamento da ESF, foi definido que o número máximo de equipes pelas quais os municípios e o Distrito Federal podem receber será obtido pelo cálculo: população/2400 habitantes. Para o financiamento, foram estabelecidas duas modalidades para equipes: a) modalidade 1: equipes de Saúde da Família implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes, nos Estados da Amazônia Legal, até 30 mil habitantes nos demais Estados do País, municípios do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e populações remanescente de quilombos ou residentes em assentamentos de, no mínimo, 70 pessoas; b) modalidade 2: equipes implantadas em todo o território nacional, que não se enquadram nos critérios da modalidade 1 (PORTARIA Nº 648/GM-MS, 28/03/2006).

No entanto, a ESF é um grande desafio, já que se propõe a uma ruptura com o modelo assistencial tradicional e à construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética. Ademais, esse desafio está em curso num cenário fortemente influenciado pelo modelo biomédico hegemônico, presente tanto nos processos de formação profissional, como na prática assistencial, a qual foi estruturada pela lógica taylorista de divisão e organização do trabalho.

O novo modelo assistencial preconizado pela ESF só poderá ser efetivamente implantado se os vários atores envolvidos assumirem suas posições como sujeitos de tal transformação, o que exige mudanças na concepção da elaboração e operacionalização da política e na transformação do cotidiano concreto das práticas de saúde, valorizando a necessidade de tornar o SUS construído por seus sujeitos e próximo de suas realidades.

Segundo Sá (1999, p. 256), o cumprimento ou operacionalização de princípios como universalidade e integralidade da assistência, participação popular e profissional, qualidade técnico-científica depende grandemente da

[...] possibilidade de abertura ou desencadeamento de processos sociais e intersubjetivos de criação/recriação constantes de acordos, pactos, projetos coletivos, sempre conjunturais e transitórios [...].

Entendemos que a ESF tem a intenção de potencializar o cumprimento e a operacionalização desses princípios, ao destacar no discurso teórico o enfoque situacional, dinâmico e singular na compreensão do processo saúde-doença, abrindo a possibilidade de desencadeamento de processos sociais e intersubjetivos na operacionalização do novo modelo assistencial. No entanto, nos mais de dez anos do processo de implementação do PSF observamos um “dualismo” (caráter duplo) em sua concepção. Se, por um lado, busca se diferenciar da lógica de programas tradicionais, ao

apresentar-se como estratégia orientada por princípios e diretrizes, por outro, também reforça a concepção de programa, ao definir objetivos e metas, além de uma normatização, caracterizando um *modus operandi*.

Franco & Merhy (2003, p. 117-118) destacam esse caráter prescritivo exacerbado da estratégia ao definir

[...] a priori os locais de atendimento: unidade básica para pacientes vulneráveis, visitas domiciliares para outros atendimentos e grupos na comunidade. Da mesma forma existe uma lista das atividades que devem ser realizadas pela equipe.

O caráter prescritivo da ESF, editado a nível central, é replicado nos demais níveis de gestão do SUS, e desse modo, pode dificultar a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo para a mudança, como é o objetivo do MS.

A capacidade imaginária, definida para a estratégia pelo MS, de reestruturação do modelo assistencial e das práticas em saúde não encontra na prática um ambiente *a priori* potencializador de tais mudanças, pois sua característica prescritiva não contribui para um processo de trabalho crítico e reflexivo por parte das equipes. Sendo assim, os cenários de implantação são diversos e a implantação da ESF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Como destacam Franco & Merhy (2003, p. 122):

Podem haver PSF's médico centrados assim como outros usuário centrados, isso vai depender de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde [...] o qual [...] dizem respeito aos diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários

Tais reflexões apontam para a influência inegável do caráter subjetivo que envolve os processos de produção em saúde, cujo produto do serviço é resultado da relação entre sujeitos – usuários, profissionais e gestores, o que requer uma forma mais flexível de planejamento, em virtude da imprevisibilidade da demanda, do momento de

consumo e do tipo de serviço que será necessário. Assim sendo, destacamos a necessidade de romper com concepções do indivíduo como criatura meramente funcional e entendê-lo como sujeito político e pessoa singular. Como destacam Azevedo et al. (2002, 240):

[...] é necessário superar a ênfase exacerbada na racionalidade político-estratégica, que ignora uma subjetividade mais ampla, restringindo-a à subjetividade elaborada na consciência (racional). [...] Impõe-se a necessidade da revisão da própria concepção de organização, como da noção de sujeito e da compreensão dos processos intersubjetivos em seu interior.

Campos (1997) chama atenção para três critérios que combinam autonomia e responsabilidade atribuída aos profissionais e que podem ser tentados como arranjos institucionais ao se constituírem em aspectos gerenciais importantes. O principal critério para validar um arranjo institucional é a capacidade de “produzir saúde” do serviço ou da equipe; o segundo seria a viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados e o terceiro consideraria a realização profissional e financeira dos trabalhadores da saúde. Segundo o autor, do ponto de vista prático, seria desejável buscar-se sempre a máxima realização possível dos três critérios, salientando que:

É necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho. [...] Valorizar o cotidiano como possibilidade de reinvenção, alterando positivamente a subjetividade dos trabalhadores em prol do comprometimento com a missão e os projetos institucionais (CAMPOS, 1997, p.235).

A elaboração de um programa ou projeto social vem da necessidade de se intervir em uma dada situação ou problema, com vistas a promover mudanças. A partir da definição da situação ou do problema, é definida uma série de intervenções, cujo conjunto representa as características do programa ou projeto. O conjunto de intervenções sendo implementado busca alcançar os resultados pré-definidos, objetivando à mudança planejada da situação problema. No entanto, ao serem

implantados, projetos ou programas sofrem influência de realidades sociais distintas, as quais interferem na lógica racional de sua elaboração, ocasionando modelos singulares de execução.

Ancorado em tais premissas é que o presente estudo pretende desenvolver seu olhar investigativo, tomando a ESF e sua estruturação e, a partir daí, compreendendo as dinâmicas que envolvem a implantação e implementação de tal proposta. Tudo isso permite a apropriação intelectual dos processos que vêm sendo desenvolvidos e sua avaliação em termos da efetiva reestruturação do modelo assistencial ou da manutenção da estrutura. O estudo também aborda o contexto que molda a implantação, identificando e analisando pontos que necessitam ser aprimorados e propondo estratégias que contribuam para a melhoria da efetivação da ESF, a partir da prática dos sujeitos - os profissionais das equipes de Saúde da Família.

1.3 Objetivo geral

Analisar as potencialidades e limites da ESF em relação à (re) estruturação do modelo assistencial do SUS e dos processos de trabalho e das práticas em saúde, tomando como cenário o cotidiano dos profissionais das equipes de Saúde da Família e, a partir deste contexto, identificar, analisar e propor mecanismos de intervenção que potencializem sua capacidade de (re) estruturação.

1.3.1 Objetivos específicos

- Analisar a ESF levando em consideração sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS, nas quatro grandes dimensões pré-estabelecidas pelo MS:

a. (re) estruturação do modelo assistencial do SUS;

- b. (re) estruturação da demanda para os outros níveis do sistema;
- c. (re) estruturação dos processos de trabalho e das práticas em saúde;
- d. (re) estruturação dos gastos no modelo assistencial do SUS.

- Identificar a compreensão teórica e a narrativa das práticas no cotidiano do processo de implantação e implementação da ESF, a partir da percepção dos profissionais das equipes de saúde da família.

- Elencar as dimensões de (re) estruturação do modelo assistencial e dos processos de trabalho e das práticas em saúde como as de objeto de estudo.

- Propor implementar e analisar mecanismos de intervenção que potencializem a capacidade de (re) estruturação da ESF no cotidiano das equipes de Saúde da Família.

2 O PROCESSO DE “REESTRUTURAÇÃO” DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE NO BRASIL

2.1 Aspectos históricos da construção do modelo assistencial de saúde brasileiro

A organização dos serviços e da prestação de assistência à saúde no Brasil no início de seu processo, nas décadas de 20 e 30 do século passado, esteve ligada à Previdência Social e direcionada aos trabalhadores. Inicialmente, através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas por categorias profissionais e financiadas por empregados e empregadores, tais entidades davam cobertura previdenciária e à saúde para os trabalhadores. Posteriormente transformaram-se em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que proviam a assistência à saúde às diversas categorias de trabalhadores, contando com financiamento tripartite de empregados, empregadores e também do Estado.

Na década de 1960, os IAPs foram unificados e transformados no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), criado em 1966, o qual assumiu a responsabilidade por todos os benefícios previdenciários e pela assistência à saúde a uma grande massa de trabalhadores urbanos.

A década de 70 foi marcada por iniciativas de ampliação de cobertura de serviços de saúde à população e incentivos financeiros ao setor privado de prestação de serviços de saúde. Em 1971, instituiu-se o PRORURAL (Programa de Assistência ao Trabalhador Rural) e, em 1972, ocorreu a inclusão dos trabalhadores domésticos e autônomos na Previdência Social. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e, juntamente, implantado o Plano de Pronta Ação (PPA), que interferiu nas relações de compra entre a Previdência e seus prestadores, ao instituir

os pagamentos por serviços prestados ou por convênio subsidiado, além da universalização da atenção às urgências. Através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) foi financiada a construção de hospitais pela rede privada, por meio de empréstimos com juros subsidiados.

Esses dois programas exerceram forte influência na consolidação de um modelo definido pelo Estado que, através da Previdência Social, foi o regulador/mediador da compra dos serviços, sendo estabelecido um modelo que permitiu incentivos estatais ao complexo médico-industrial. Esse modelo passou a ser conhecido como modelo médico-hospitalar, também denominado como hospitalocêntrico, ancorado em duas grandes características: uma cultura de assistência curativa individualizada e especializada e outra, centrada no lucro, ao privilegiar o produtor privado dos serviços de saúde. É consenso entre vários estudiosos que esse modelo incentivou a forma de prestação de serviços organizada em empresas médicas, atendendo às demandas do empresariado de garantir a assistência à saúde para seus trabalhadores.

No entanto, o modelo médico-hospitalar ou hospitalocêntrico não dá conta de uma assistência integral à população brasileira, pela informalidade das relações no mercado de trabalho, pelo desemprego e pelas diferenças inter e intra-regionais no acesso aos serviços. Assim, ao se ampliar o foco de análise, não se pode deixar de assinalar que o aumento da disponibilidade de acesso aos serviços de saúde à população brasileira após a unificação dos IAPs não foi acompanhado de uma disponibilização equânime do acesso a esses serviços, do ponto de vista qualitativo e quantitativo, entre as diferentes clientela urbanas e rurais, ou mesmo entre as clientela urbanas. Essa diferenciação nas formas de acesso aos serviços de saúde teria se consolidado na década de 80, com a idéia de "universalização excludente". Nesse período, ficam claras a desarticulação da prestação da assistência e da organização dos serviços, como do

financiamento no setor saúde, ficando as ações de saúde pública vinculadas ao MS e as de assistência médica ao MPAS. Em relação ao financiamento, houve priorização nítida das ações médico-individuais.

O contexto de diferenciação de formas de acesso levou o governo federal, em 1976, a implantar, no Nordeste, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Considerado o primeiro programa de medicina simplificada de iniciativa do governo federal, suas ações se concentraram nas Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação eventual dos municípios, adotando o modelo de regionalização administrativa.

A realização da Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS/UNICEF em 1978, expressou a preocupação em alcançar a equidade em relação à qualidade e distribuição dos serviços de saúde em todo o mundo, tendo como eixo de orientação a Atenção Primária à Saúde, como forma de se alcançar a meta de “Saúde para Todos em 2000 - SPT-2000”.

O MS, influenciado por tais diretrizes, elaborou a proposta de expansão do PIASS, através do PRÓ-SAÚDE, adaptando a experiência do PIASS. A partir de 1979, o PRÓ-SAÚDE foi implantado em todo o território nacional, resultando numa grande expansão da rede ambulatorial pública. Tal iniciativa possibilitou o crescimento, na segunda metade da década de 70, da rede pública estadual e municipal, através da criação dos postos e centros de saúde, unidades de baixa resolutividade, mas que, sem dúvida, propiciaram nova relação entre as ações de saúde pública e as de assistência médica (MERHY, 1994).

Com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no MPAS, no início da década de 80, passou a ser de sua responsabilidade a administração da contratação de serviços privados. Juntamente com

o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), o INAMPS começou a implantar uma nova forma de administração dos serviços, reestruturando-os em categorias, de forma progressivamente descentralizada, dividindo as responsabilidades com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Durante as décadas de 60 e 70, consolidou-se no país a privatização da assistência médica promovida pela atuação do Estado, através do sistema de proteção social, em que a previdência social ofertava assistência médica aos seus segurados fundamentalmente através da compra de serviços médicos do setor privado. O apogeu desse processo de privatização ocorreu na década de 70, quando se assistiu ao fenômeno do crescimento acelerado dos gastos com assistência médica no orçamento da previdência social. Mas é também no final dessa década que o sistema de proteção social entra em crise.

No início da década de 80, o Brasil vivenciou um período de crise financeira, devido ao fim do milagre econômico, à pressão das dívidas externa e pública, às exigências do Fundo Monetário Internacional, à recessão econômica e à pressão inflacionária. Essa crise financeira associada aos altos custos da assistência médica previdenciária atingiu a Previdência Social, provocando o colapso do sistema de proteção social. Cresce a insatisfação dos usuários, de prestadores de serviço e de trabalhadores da saúde, aliada à gradativa perda da qualidade dos serviços prestados.

Essa conjuntura levou o INAMPS a assumir o papel de implementador de políticas para a atenção médica (MENDES, 1994), iniciativa fortalecida pela presença de profissionais que se “filiavam” ao Movimento da Reforma Sanitária e que passaram a ocupar cargos estratégicos na estrutura do MS e do INAMPS. Tal fato possibilitou a implantação de estratégias de mudança do modelo assistencial vigente, objetivando implementar o ideário da Reforma Sanitária.

2.2 A Reforma Sanitária Brasileira: a chegada do novo paradigma ao modelo de assistência à saúde

O ideário da Reforma Sanitária consistia na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado complementar a este, sob controle público, e descentralizado. A questão fundamental era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde. A estratégia definida para se conquistar a saúde como um direito consistia na descentralização do sistema de saúde, buscando não só maior racionalidade do sistema de saúde, mas fundamentalmente a valorização da criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade (ELIAS, 2002).

O ideário da reforma sanitária foi difundido para a sociedade, através do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), um grande divulgador desses ideais em diferentes segmentos da sociedade (profissional, sindical, parlamentar e movimentos populares de saúde). E juntamente com iniciativas de projetos institucionais voltados para a atenção primária em populações rurais, desenvolvidos pelos segmentos universitários, representativos da Medicina Comunitária, constituíram o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que teve grande atuação durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e no período pré e pós-Assembléia Nacional Constituinte.

No papel de implementador de políticas para a atenção médica, o INAMPS teve como primeiras iniciativas a implantação do Plano de Reorientação da Assistência e o Plano de Racionalização Ambulatorial no âmbito da Previdência Social, que tinham como propósito maior a reversão gradual do modelo médico assistencial

hospitalocêntrico. O primeiro plano objetivou a montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial, o aumento da produtividade, a equalização dos serviços às populações urbana e rural, entre outros. Já o segundo plano tinha como propósito o desenvolvimento de uma rede ambulatorial hierarquizada, com vistas a aliviar a demanda hospitalar.

Compondo as iniciativas do INAMPS, surgem na década de 80, as Ações Integradas em Saúde (AIS) – 1983 a 1987, estratégia de descentralização que fortaleceu as ações de saúde nos municípios. Essa estratégia inovou na gestão colegiada, através de mecanismos de negociação e elaboração de planos de saúde, institucionalizando espaços interinstitucionais, representados pelas comissões intergestoras de âmbito estadual, denominada Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS); regional, a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) e local, a Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). Como princípios operacionais, as AIS incorporaram ao modelo assistencial as diretrizes preconizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, de territorialização, regionalização, hierarquização e participação popular.

A experiência das AIS foi relevante como estratégia de transição para um sistema unificado de saúde. O MPAS/INAMPS priorizou a cobertura de convênio entre os municípios e, no final de 1987, havia 2.500 municípios conveniados, com uma cobertura de 70% da população total do país (MENDES, 1994).

Em 1987, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), estratégia que possibilitou a redução do comando por parte da direção geral do INAMPS e a implementação de uma política descentralizadora a partir da redefinição do papel das SES, que passam a assumir a responsabilidade pela gestão do sistema nesse nível, articulando com as realidades locais (municípios), de acordo com os preceitos da Reforma Sanitária Brasileira.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil introduz legalmente o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado em fase de implementação até os dias atuais.

Sendo assim, as iniciativas da década de 80 foram representativas de um período de reestruturação do modelo assistencial e da política de saúde objetivando implementar o ideário da Reforma Sanitária. No entanto, o projeto que se firmou foi acompanhado de uma fraca regulação do Estado e baseado na descentralização e focalização. Dessa forma, apesar do projeto da Reforma Sanitária ter sido em boa parte incorporado ao arcabouço jurídico do SUS, a década de 90 conviveu com uma perda de qualidade e escassez de financiamento do sistema público de saúde. Essa tendência potencializou o aumento da demanda à assistência supletiva à saúde, hoje exercida pelo mercado representado pelas operadoras de planos e seguros de saúde, situação que foi favorecida pela política neoliberal hegemônica no Brasil durante essa década. Assim, o SUS sofre, ainda hoje, interferência dos mais variados aspectos: uma diversidade de modelos assistenciais, de formas de financiamento e de prestação de serviços, desafios para o SUS.

Em 1990, o INAMPS foi extinto e suas ações passam a ser de responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), hoje Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (MS).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/1990 e a 8.142/1990, juntamente com as Normas Operacionais Básicas - NOB (1991/1993/1996), passam a definir com detalhamento o caminho legal da construção do modelo.

Destacamos alguns Artigos do Título VIII Da Ordem Social – Capítulo II – Seção II: Da Saúde:

Art. 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Art. 197 “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

Art. 198 “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único de saúde, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Art. 199 “ A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar ao sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Para a construção e consolidação do SUS, é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país, o qual é resultante de uma combinação complementar e ao mesmo tempo antagônica do modelo médico-

assistencial privatista e do modelo assistencial sanitaria⁴, que dicotomiza assistência e prevenção. Outras questões importantes que influenciam no processo de implementação do modelo assistencial proposto pelo SUS, destacadas por Paim (2003) durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e que hoje são tomadas como eixo de intervenção:

[...] desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações (PAIM, 2003 a, p.567).

Essa realidade apontava não apenas a necessidade da reorientação do modelo assistencial, como também sinalizava a direção que essa reorientação precisava assumir de forma que se adequasse à proposta do SUS. Dentre as bandeiras de luta pela Reforma Sanitária Brasileira, que se sustentavam nas críticas às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde, estava a bandeira da Integralidade (MATTOS, 2001).

A conjuntura da década de 90 é marcada por dois pólos distintos, mas que se potencializam em relação ao contexto político-setorial. Pelo lado da conjuntura política, o país assume o modelo neoliberal, imprimindo uma agenda de restrição aos investimentos públicos das áreas sociais, incluindo a saúde, em detrimento do pagamento da dívida externa, exigido pelo Fundo Monetário Internacional. O modelo neoliberal entende que a participação do Estado deve ser mínima e assume como estratégia à reorientação do mando e da responsabilidade política, deslocando da centralização para a descentralização político-administrativa. Pelo lado setorial, a descentralização é assumida como diretriz de forte implantação com vistas à reorientação do modelo assistencial proposto pelo SUS, partindo da premissa de torná-lo mais eficiente em relação às necessidades da população e que seja organizado no nível local. Nesse sentido, a descentralização, enquanto diretriz integrante dos dois

⁴ Modelo assistencial "sanitarista": também conhecido como modelo Campanhista, é representativo das ações de caráter coletivo e de saúde pública, priorizaram atuação no combate a epidemias e endemias, por meio de campanhas sanitárias.

contextos – político e setorial, permitiu a construção do SUS mesmo na contramão de uma política neoliberal hegemônica. Oliveira (2004, p. 19), destaca:

Vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma [...] o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo.

Para o avanço progressivo da descentralização das ações e serviços de saúde para os estados e municípios, com ênfase nesses últimos, foram criados diversos instrumentos normativos, como portarias e normas operacionais básicas, de modo a garantir mecanismos operacionais efetivos. A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) efetivou a descentralização do SUS através da municipalização da saúde. Campos (2002, p. 28) destaca que com a NOB-96:

[...] ocorrem mudanças no eixo do financiamento, através da modalidade de alocação de recursos (fundo a fundo), nas formas de remuneração das ações (de pagamento por procedimento para per capita), nas inovações gerenciais que potencializem o princípio da descentralização de gestão Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema, assim como no modelo de prestação de serviço, dando ênfase nos programas de promoção da saúde e na atenção básica como eixos reorganizadores do SUS.

A ênfase na reorientação do modelo assistencial do SUS a partir da atenção básica surge como estratégia de racionalização dos gastos, assim como de reorganização dos demais níveis de assistência, passando a atenção básica a ser considerada como porta de entrada do modelo de atenção à saúde, propondo uma resolutividade nesse nível de atenção de cerca de 80 a 85% dos problemas de saúde da população (BRASIL, 1997).

Para implementar tais objetivos, teve início, a partir de 1994/95, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente como mais um programa para a atenção básica, mas com o diferencial de avançar como proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, o que foi definido posteriormente pela

NOB 96. Autores como Viana & Dal Poz (1998, p. 27) consideram o PSF como uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde brasileiro,

[...] tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços, nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, na emergência do processo de descentralização. [...] Por isso, pode-se dizer que a partir de 1995/96, com implementação já acelerada inicia o período de reforma incremental do SUS.

Os alcances e os limites do PSF têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde da família. Para acompanhar esse debate, principalmente sob a ótica da segunda perspectiva, é essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação. Segundo Paim (2003^a, p. 558), modelo de atenção ou modelo assistencial é:

[...] uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de 'lógica' que orienta a ação.

Essa concepção de modelo assistencial fundamenta a consideração de que o fenômeno isolado de expansão do número de equipes de saúde da família implementadas até então não garante a construção de um novo modelo assistencial. A expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Para tanto, fazem-se necessárias análises qualitativas do PSF (ou dos PSFs) em

desenvolvimento nos municípios brasileiros, particularmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho no cotidiano.

2.3 Modelo Assistencial: as discussões atuais em torno da concepção

Em todo sistema de saúde, os modos de organizar os serviços e de prestar assistência são definidos a partir das concepções de medicina e outras explicações relacionadas aos aspectos estruturais que interferem nesse campo, tais como: estrutura econômica, composta de forças produtivas e a relação de produção em uma sociedade, e as estruturas jurídico-política e ideológica do Estado e seus gestores. Partindo desses pressupostos, a denominação “modelo assistencial” é definida como a resultante das concepções e da articulação entre esses três aspectos, determinando modos de organização de serviços e de prestação de assistência que resultam na estruturação de diferentes modelos assistenciais, que se tornam paradigmáticos ao serem universalmente reconhecidos por um período de tempo, ao fornecerem soluções modelares para uma comunidade científica.

Garcia (1989^a), citado por Silva Junior (1998), destaca que essa articulação da medicina com a economia confere à medicina um espaço de autonomia relativa, por ter outros fatores externos (à economia) exercendo influência sobre as formas de organização dos serviços e de suas práticas. Essa característica singular é inerente ao setor, por ser a saúde uma preocupação de caráter tanto privado com público. Nesse sentido, destacamos o entendimento de Silva Junior (1998, p.20), ao dizer que atuam sob a organização de sistemas de saúde, tanto:

[...] as disputas políticas em torno das desigualdades sociais e o desenvolvimento de políticas de atenuação das tensões por essas desigualdades [...] – caráter público, como a visão

econômica que atribui [...] um preço à vida e um custo à sua manutenção proporcionais à importância dos indivíduos na sociedade [...] – caráter privado. Sob essa concepção [...] a capacidade de trabalhar passa a dar normatividade na definição de doença e dessa forma, a estrutura social influencia na produção e na distribuição das doenças, assim como na estrutura interna da produção de serviços médicos e na formação do pessoal da saúde.

A articulação entre medicina e economia promoveu o desenvolvimento de modelos assistenciais que hoje são questionados, por não conseguirem melhorias substantivas no nível de vida das populações. Se compararmos a desproporção entre aumento de consumo de serviços médicos e mudanças em grandes indicadores de saúde (mortalidade e morbidade), assim como o efeito dos serviços de saúde como de outros fatores, como renda, alimentação e educação. Hoje, diversos estudos apontam para a baixa eficácia dos serviços de saúde e destacam a existência de uma crise de caráter estrutural, que aponta para o esgotamento do modelo assistencial vigente, estruturado por uma diretriz biologicista, que ordenou tanto a formação médica, como a produção de uma assistência à saúde centrada em procedimentos e no alto consumo de medicamentos. Para Merhy et al. (1992, p. 22), a concepção de modelo assistencial expressa a:

[...] organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais.

Como destaca Franco (2003), os autores acima citados trazem o conceito de “modelo tecno-assistencial”, ao apontarem para o envolvimento articulado de saberes na organização da assistência à saúde – dimensão assistencial e de um contexto político e social – dimensão tecnológica que se expressa “[...] como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais” (FRANCO, 2003, p. 97).

A aprovação do SUS pela Constituição de 1988, além de ter propiciado a reformulação jurídica do sistema de saúde brasileiro, com vistas a torná-lo universal, equânime e legitimado pela sociedade, trouxe em seu bojo o desafio de construção de novos modelos de atenção à saúde e reorientação de práticas, que possibilitem a conversão do modelo vigente - biomédico, hospitalocêntrico e seletivo, para um novo modelo de atenção que atenda ao pressuposto do atendimento universal, de forma integral e eficiente socialmente, e que, na prática, se organize pelas diretrizes da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços.

Paim (1992) acrescenta que os novos modelos assistenciais deveriam também agregar os propósitos de acessibilidade, entendida sob os aspectos de garantia de acesso ao serviço e de atenção à saúde, e o impacto epidemiológico. Entende-se a preocupação desse autor em dar grande peso ao aspecto epidemiológico, pois o alcance da eficácia dos serviços de saúde se mede diante da capacidade dos mesmos em responder às demandas oriundas das transições demográficas (processo de urbanização intenso) e epidemiológicas (queda da mortalidade geral e infantil, conjugada ao aumento da expectativa de vida, declínio das doenças crônico-degenerativas, além do crescimento das causas externas), as quais geram novas demandas para o setor, exigindo a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções. Em 1999, esse mesmo autor define modelo assistencial como sendo um conjunto de

[...] combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde (PAIM, 1999, p. 475).

Mendes (1999) ressalta o entendimento de Campos (1994), que congrega aos aspectos jurídico, organizacional e assistencial que orientam o desenho dos modelos assistenciais, as dimensões ética, sócio-cultural e também epidemiológica, entendendo

como um projeto amplo de atenção à saúde, o qual é permeado pela noção de saúde como um modo de viver bem. Essa perspectiva traz a preocupação de uma mudança paradigmática que permita a passagem do paradigma flexneriano, centrado no campo biológico e no conhecimento do corpo anátomo-fisiológico, para outro, o qual denominou de paradigma da Produção Social da Saúde. Dessa forma,

[...] a produção social da saúde implica em considerar que numa sociedade haverá, sempre, um estoque de saúde, expresso num estado de saúde e num conjunto regras previamente definidas, as fenoe estruturas existentes, que poderá acumular-se ou desacumular-se em virtude do jogo social (MENDES, 1999, p.207).

O que podemos inferir é que as concepções de saúde e doença são um dos determinantes hegemônicos na formulação de modelos assistenciais, ao delinear o modo explicativo e a forma resolutiva de atuação sobre problemas/necessidades do processo saúde-doença. Sendo assim, a estruturação de um modelo pode ter uma concepção com características predominantes do saber clínico, modelo biomédico, hoje hegemônico, ou de uma nova concepção ancorada no saber epidemiológico, na complementariedade de vários saberes, na determinação das formas de organização social da produção, aspectos necessários para a compreensão dos fenômenos complexos do processo saúde-doença.

A compreensão da multicausalidade do processo saúde-doença incorpora visões interdisciplinares, refletindo a necessidade de ações articuladoras de natureza setoriais e intersetoriais. Nessa perspectiva, a intersetorialidade se apresenta como uma diretriz orientadora da organização e prestação de serviços de saúde, inovando os desenhos de modelo assistencial para além da atenção médica e da prática social restrita ao setor saúde e condicionada pelo modelo biomédico. Tenta-se estabelecer um novo paradigma,

o da Promoção da Saúde, passando a dar à Saúde uma conotação positiva, não mais definível, apenas, a partir da ausência de doença⁵.

Outros fatores que influenciam no desenho de modelo assistencial são as noções de regionalização, entendida como divisão de territórios que leva em consideração os recursos tecnológicos necessários à manutenção da saúde, e de hierarquização, entendida como a forma de organização dos serviços por níveis de complexidade tecnológica crescente. No entanto, as discussões atuais sobre modelo assistencial criticam tais concepções, por entenderem que a complexidade dos problemas/necessidades de saúde das populações tem dificultado demarcações territoriais da demanda e da densidade tecnológica necessárias à solução dos problemas. A necessidade de reformular tais conceitos tem levado a se atribuir ao nível primário uma complexidade de relações com a comunidade que requer aportes tecnológicos diferenciados e recursos humanos com maior grau de especialização, orientados pelo quadro epidemiológico local. Em relação aos demais níveis, é importante redimensionar o papel de suporte ao nível primário, aprofundando especificidades na atenção. Tal entendimento tem orientado a organização de sistemas de saúde ancorados na Atenção Primária à Saúde, como ordenadora do fluxo assistencial entre os demais níveis de atenção do sistema.

Mattos (2001), ao refletir sobre a Integralidade, como princípio, ressalta seu caráter polissêmico e, dessa forma, destaca que a Integralidade interfere na estruturação de um desenho de modelo assistencial. Ao ser entendida como atributo das práticas profissionais, a Integralidade traz a lógica da apreensão do conjunto de necessidades, de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção profissional,

⁵ Em 1986, realizou-se em Ottawa – Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Durante a conferência é elaborado o documento conhecido como a Carta de Ottawa, onde se diz que a paz, a educação, a habitação, a renda, um ecossistema saudável, a conservação de recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde (MENDES, 1995, p. 52).

emergindo como princípio de organização contínua do processo de trabalho. Num outro sentido, a Integralidade também pode orientar projetos políticos que buscam a organização de sistemas de saúde que valorizem os ideais de equidade, humanização e justiça.

Nesse sentido, é premente a superação da programação vertical, esta que é definida pelo aparelho estatal, que do seu lugar tem um olhar específico da realidade, intervindo no modelo assistencial a partir de contratualidades definidas por interesses do setor. É necessário que o modelo assistencial passe a intervir pela programação horizontal de atividades, aquela que se organiza a partir da apreensão dos problemas/necessidades da população e da autonomia do processo de trabalho na equipe de saúde, estabelecida conforme o objeto de trabalho, desencadeando a produção de ações para alcance da atenção integral.

As discussões sobre a compreensão de modelo assistencial referem-se a uma construção do conhecimento que vem se desenvolvendo ao longo do tempo. No caso brasileiro, a construção do modelo assistencial teve como referenciais a Vigilância à Saúde e a Clínica. O referencial da Vigilância à Saúde instrumentalizado pela epidemiologia constituiu, ao longo do tempo, a vertente da Saúde Pública. Já o referencial da Clínica, estruturado pela vertente flexneriana da formação médica, ordenou um saber centrado na Clínica e de como realizar as práticas na Clínica. Esses saberes se tornaram hegemônicos na formatação do modelo.

No entanto, a Reforma Sanitária Brasileira não conseguiu romper com a dicotomia entre as duas vertentes, ao expor todo saber produzido a partir da Vigilância à Saúde e de suas tecnologias, como por exemplo: territorialização, micro-área, vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde, e, ao mesmo tempo, não tratou a Clínica como seu objeto. Ao não fazer a reforma da Clínica, sob a perspectiva de uma clínica ampliada,

uma clínica singular, na qual “cada caso é um caso... mas consegue dialogar e incorporar criticamente outros saberes e diretrizes” (CAMPOS, 1997, p.142), não foi capaz de incorporar questões como o vínculo, a resolutividade e a responsabilização. Sendo assim, paralelo a esse grande modelo da Vigilância à Saúde, ancorado pelo saber da epidemiologia, a Clínica continuou operando no modelo flexneriano.

A materialização de tal conduta expressa o modo de produção da saúde, ordenando o processo de trabalho e as tecnologias que os trabalhadores usam. Esse é o núcleo do modelo assistencial que se traduz no como a saúde é produzida, cuja expressão é dada pelo processo de trabalho. Foi sob esse modelo que a Atenção Básica se organizou e que a estratégia de Saúde da Família vem sendo implantada.

Tecer tais considerações sobre modelo assistencial em saúde tem, inicialmente, a intenção de situar as diferentes concepções que podem pautar sua definição. No entanto, este estudo também tem a intenção de refletir sobre as concepções subjetivas que influenciam e determinam o *modus operandi* que se estabelece no cotidiano de implementação do modelo assistencial. O *modus operandi* é determinado não apenas pelas diferentes concepções acima destacadas, mas, principalmente, pela conjunção da compreensão que os diversos atores - gestores, profissionais de saúde e usuários, estes situados em diferentes contextos, têm sobre tais concepções e o modo como organizam e desenvolvem a produção da saúde. Tal dinâmica é que define um modelo tecnológico de produção de saúde, o qual é permeado por sujeitos, com capacidade de promover uma re-interpretação, a seu modo e de acordo com seus interesses. Como destaca Franco (2003, p. 100):

[...] O debate em torno do processo de trabalho tem se mostrado extremamente importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, de sua potência transformadora, particularmente quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho.

O presente estudo toma como objeto de apreensão o modelo assistencial e o processo de trabalho na Saúde da Família. Assim, busca compreender como o modelo vem sendo operado pelos profissionais que atuam na Saúde da Família, os quais se orientam por regras formalmente codificadas pelos gestores (MS, gestores estaduais e locais), mas também por sanções informais de regras implícitas em práticas cotidianas rotineiras. Compreender como os profissionais das equipes percebem o modelo assistencial preconizado pelo PSF e como estão ordenando seus processos de trabalho possibilitará identificar pontos estratégicos desse processo, que possam potencializar ou dificultar as capacidades de reestruturação definidas para o PSF, objeto deste estudo: reestruturação do modelo assistencial do SUS e os processos de trabalho e das práticas em saúde.

3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: A EVOLUÇÃO DE UMA CONCEPÇÃO DE ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

3.1 Um olhar sobre a APS: o entendimento de uma concepção atual

As reformas no setor saúde integram as agendas políticas de diversos países há mais de duas décadas. A década de sessenta foi marcada pelo debate da saúde e sua relação com o desenvolvimento econômico e social, que evoluiu, na década de setenta e oitenta, para a discussão sobre expansão de cobertura de serviços pelo Estado, reconhecendo o direito à saúde e a co-responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos.

Tal contexto orientou a política de ampliação da cobertura de serviços de saúde, com o objetivo de resolver o que se chamou naquela época de crise de acessibilidade. O enfrentamento da crise pelos governos resultou no compromisso de se atingir a meta “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT-2000), adotando como estratégia a Atenção Primária à Saúde (APS). Foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/Unicef, 1978), na cidade de Alma-Ata, que se firmou internacionalmente esse compromisso através de uma declaração.

A Declaração de Alma-Ata (1978), apresenta uma concepção de APS como:

a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação.

Na mesma época, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assume o desafio de divulgar e estimular os países para a implantação da proposta de APS lançada em Alma-Ata, ampliando aquela concepção:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de serviços de saúde do país, do qual é função central, sendo enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro contato dos indivíduos, da família e comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo continuado à saúde.

Observamos em ambas as concepções a preocupação de fazer valer a APS como a atenção essencial e contínua, próxima dos indivíduos e das comunidades, se constituindo no primeiro contato com os serviços de saúde, estabelecendo-se como parte integrante do sistema de saúde e de baixos custos para os países.

Duas décadas depois daquela conferência, seus preceitos são reconhecidos e enfatizados, constituindo-se, ainda, num desafio, como pontua Mattos (2002, p. 78):

A Conferência de Alma-Ata [...] reconheceu e enfatizou a necessidade de cuidados primários de saúde, práticas relativamente simples, de baixo custo e grande eficácia, em termos de melhoria de alguns indicadores de condições de vida de uma população [...] Parecia claro que a expansão desses cuidados seria a melhor forma de melhorar a saúde de uma população, sobretudo nos países com poucos recursos.

As concepções norteadoras da APS nesse período apontavam para a dimensão de reorientação e reestruturação dos sistemas e para evidências de ganhos para a saúde das populações, ao conceber a atenção de forma essencial e contínua. No entanto, nesse período, o processo de implantação da APS recebeu muitas críticas, por ser representativo de ações focalizadas e reducionistas. Tais ações sanitárias se limitavam a

um conjunto de práticas essenciais destinadas, prioritariamente, a populações excluídas, em que o baixo custo prevalecia como eixo orientador.

O início da década de 80 foi marcado por uma dualidade no entendimento da APS. Por um lado, o reforço da idéia de focalização, defendido pelo UNICEF, com a tese de que os países em desenvolvimento deveriam assumir a APS como meio de assegurar a universalização dos cuidados primários de saúde. Essa abordagem de atenção primária se difundiu, inicialmente no Brasil. Por outro, estudiosos da temática defendiam a concepção de APS como estratégia capaz de induzir a organização dos sistemas de saúde, pela sua potencialidade em redimensionar a demanda para os níveis mais complexos, ao assegurar o acesso aos cuidados mais freqüentes.

Mattos (2002), ao analisar essas concepções, alerta para o fato de que a visão de APS implícita apontava, inicialmente, para atender aos grupos excluídos, utilizando-se de cuidados de saúde mais simples e de custo mais baixo. Esse autor entende que seria uma etapa transitória, porém que estaria apontando na direção de uma rede de saúde hierarquizada, com acesso mais abrangente, vindo na expansão dos cuidados primários de saúde um modo de induzir a transformação dos sistemas de saúde.

Na segunda metade da década de 80, ressurgem novas abordagens de APS, preocupadas em considerar o que a atenção primária deveria estar fornecendo no contexto das características dos sistemas de serviços de saúde. A APS se fortaleceu ao contribuir para a proposta da OPAS/OMS de desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Na proposta dos SILOS, a ênfase é dada à descentralização, à capacidade gerencial e à participação social. A política de ampliação da cobertura é ordenada pela concepção de APS relacionada à organização de sistemas de saúde, juntamente com o enfoque de planejamento vigente, representativo do modelo

CENDES-OPAS⁶, com seu critério de abertura programática local. A iniciativa de estruturação dos SILOS possibilitou o fortalecimento progressivo de unidades de serviços e da capacidade local, o que ocasionou em vários países a organização do nível primário de atenção, imprimindo o desenvolvimento de novos modelos de atenção.

Durante a década de 90, a preocupação em adequar os sistemas de saúde para os contextos econômicos restritivos e propósitos de contenção de gastos, orientou as reformas nos sistemas nacionais de saúde. O sentido adotado foi o de promover reformas organizacionais dos serviços de atenção primária, para que pudessem responder de maneira apropriada às necessidades de suas populações. Ao enfatizar a importância do primeiro nível de atenção e de sua capacidade de dar respostas aos problemas de saúde mais frequentes, amplia-se a definição e o campo de atuação da APS e, conseqüentemente, a possibilidade de recomposição dos recursos tecnológicos nesse nível de atenção.

No entanto, os diferentes contextos nacionais onde são operados os sistemas de saúde vêm gerando variações na implementação das reformas nesse nível de atenção. Os serviços de atenção primária passam a ter novos arranjos de posição nos sistemas de saúde, variações que estão condicionadas aos modelos de proteção social que os países operam. Nessa perspectiva, a APS foi adotada e adaptada em cada país, de acordo com suas próprias realidades e condições sanitárias e sócio-econômicas.

Diversos países conceberam a APS como nível primário de atenção, isto é, como ponto de contato com a comunidade e a porta de entrada da população no sistema de saúde. Nessa perspectiva, a APS é considerada como estratégia básica dos sistemas para alcançar maior cobertura e igualdade. Essa concepção corresponde à capacidade do

⁶ Métodos de planejamento utilizados na prática da gestão de sistemas de saúde, desenvolvidos pelo Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), da Universidade Central da Venezuela, por solicitação da OPAS/OMS.

serviço e dos profissionais em manejar uma ampla variedade de problemas de saúde, representativos da maioria das causas da busca pela atenção. Tal concepção tende a predominar nos países que atingiram níveis significativos de cobertura populacional por serviços básicos de saúde.

Em outros países, cujos contextos de atenção à saúde são baseados no desenvolvimento tecnológico e na especialização, com grandes setores sociais excluídos, a APS configurou-se como um conjunto simplificado de intervenções de baixo custo, caracterizando-se como um pacote de intervenções limitadas aos pobres. Essa concepção foi denominada como APS seletiva, estratégia para uma atenção à saúde baseada em princípios de justiça social.

Dessa forma, é possível observar que, nos países periféricos, a tendência da APS foi a de ser entendida como programa seletivo, focalizado e de baixa resolutividade. Já nos países da União Européia, por exemplo, com sistemas nacionais de saúde orientados pelo acesso universal, assistência à saúde como direito de cidadania e com financiamento por meio de recursos fiscais, o nível primário se constituiu no responsável pelo encaminhamento para os demais níveis, controlando as referências por meio de práticas gerenciais ampliadas, do tipo *gatekeeper*.⁷ Contudo, a organização dos sistemas e a posição desses profissionais e dos serviços de primeiro nível na rede diferem entre os países. Observa-se variação quanto ao tipo de serviço e profissional responsável pelo primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde. Já nos países com esquema de seguro social, não há separação de atenção ambulatorial em níveis, sendo livre aos segurados a escolha entre a procura direta ao clínico geral ou ao especialista (GIOVANELLA, 2006).

⁷ *Gatekeeper*: modalidade de prática gerencial em que o *general practitioner* (GP), médico generalista ou clínico geral, tem o controle sobre o acesso aos outros níveis de atenção. Mecanismo de coordenação hierárquica.

O foco da revalorização da APS nas mudanças atuais de diversos sistemas nacionais de saúde reflete a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde, reordenando o modelo de atenção vigente. Centrado numa abordagem de saúde curativa, o modelo de atenção à saúde hegemônico potencializa os custos, gerando de imediato dificuldades para o alcance da equidade. Ao passo que um modelo de atenção centrado na abordagem positiva da saúde - qualidade de vida potencializa os ganhos de equidade, ao otimizar a saúde da população e minimizar as disparidades. O conceito positivo de saúde, ao incorporar seus múltiplos determinantes, define uma combinação entre a estrutura biológica, as características culturais e comportamentais dos indivíduos e da população e o ambiente social e físico. A APS, por se apropriar desse conceito, enfoca a saúde das pessoas no universo dos determinantes, orienta a natureza da atenção à saúde para o manejo de problemas mais comuns e menos definidos.

A APS parte da premissa de que os pacientes geralmente têm múltiplas queixas e diagnósticos confusos, que não podem ser encaixados em diagnósticos clínicos direcionados ao tratamento de enfermidade. O foco da APS é o problema de saúde, no sentido das necessidades sociais de saúde em mudança; o local de atenção é o mais próximo do ambiente dos indivíduos e das comunidades, propiciando uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes do processo saúde-doença. Como destaca Starfield (2002), a APS tem a capacidade de maximizar a saúde, ao possibilitar ao indivíduo o acesso a uma atenção continuada ao longo do tempo, preocupada com a prevenção de doenças e a promoção da saúde, compreendendo a saúde como [...] “um recurso para a vida diária, não o objetivo dela, e de abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” [...] (STARFIELD, 2002, p.21).

Como podemos observar, a citação acima explicita uma dimensão da APS em que o indivíduo é visto como sujeito no processo saúde-doença. Soma-se a esse aspecto

o papel dos serviços e dos profissionais que nela atuam, dando à relação uma característica de co-responsabilidade.

Giovanella (2006), citando Starfield (2002), apresenta a definição de atenção primária, que é também assumida por autores na Europa, em que contempla:

A prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente (continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida) independente da ausência ou presença de doença; a garantia de cuidado integral a partir da consideração dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e, coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Nesta concepção de primary health care community oriented, os serviços de atenção primária requerem estar orientados para a comunidade conhecendo suas necessidades de saúde, centrar-se na família para bem avaliar como responder às necessidades e ter competência cultural para reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais (GIOVANELLA, 2006, p.952).

Conceber a APS como nível primário de atenção, porta de entrada do sistema de saúde, inclui a função de filtrar os casos que exigem atenção especializada por outros níveis da organização do sistema. É importante enfatizar a atenção primária dentro do contexto de um sistema de saúde, pois é nesse cenário que estão as funções duais da APS: atender tanto às necessidades da população como às dos indivíduos que buscam atendimento por si mesmos.

Para pensar a APS de forma sistêmica, é preciso considerá-la como o nível do sistema de serviços de saúde que oferece o acesso para todas as novas necessidades e problemas. Fornece atenção à pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, a partir de um conjunto de funções próprias predefinidas. Cabe também à APS, nessa visão sistêmica, a função de coordenar ou integrar a atenção fornecida nos outros níveis de atenção do sistema, compartilhando características com os outros níveis, como a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e o trabalho em equipe (STARFIELD, 2002).

Nessa perspectiva, a APS identifica-se como estratégia potencializadora da reorganização do sistema de saúde, caracterizando um desenvolvimento cada vez mais complexo (OMS/OPAS, 2003). Franco (2003) complementa ao destacar que, nas últimas décadas, a OPAS vem propondo que a intervenção nas dinâmicas locais se dêem a partir de tecnologias de planejamento território-centradas (territorialização), articuladas aos instrumentos da epidemiologia e da vigilância à saúde.

Mendes (2002), citando Starfield (1992), explicita que o correto entendimento do conceito de atenção primária à saúde e a garantia de qualidade na assistência só serão possíveis pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores. A autora descreve como seis os princípios da atenção primária:

- 1) Primeiro Contato: acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para o qual se procura atenção à saúde.
- 2) Longitudinalidade: existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
- 3) Integralidade: prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.
- 4) Coordenação: capacidade de garantia da continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.
- 5) Focalização na família: consideração da família como sujeito da atenção, o que exige uma integração da equipe de saúde com essa unidade social e conhecimento integral de seus problemas.
- 6) Orientação Comunitária: reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva. (MENDES, 2002, p.13-14).

No entanto, as concepções de APS apresentadas no presente texto exemplificam uma pluralidade de entendimentos e interpretações, o que nos faz concluir que não há uma uniformidade no emprego do termo atenção primária à saúde, ocasionando

conceitos diferenciados e, por conseqüência, diferentes processos de implantação pelos países. É importante ressaltar que é possível encontrar a convivência, dentro de um mesmo país, de concepções diferentes. Tal ponderação nos remete à sistematização apresentada por Mendes (2002, p. 10), ao distinguir três interpretações principais da APS:

- 1) APS como atenção primária seletiva: entendida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres às quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica.
- 2) APS como nível primário do sistema de serviços de saúde: modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que os orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.
- 3) APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde: compreendê-la como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema, para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

Compreender a APS como forma de reordenar todos os recursos do sistema reporta à configuração de um sistema integrado de atenção, cujo funcionamento é representativo de uma rede horizontalizada e integrada dos serviços, cujo diagrama, conforme explicita Mendes (2002), remete ao entendimento de rede, na concepção de Castells (2000), como:

Os espaços dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores, que desempenham o papel coordenador para a perfeita integração de todos os elementos integrados na rede e são os centros de comunicação, e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes, que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e são os nós da rede (MENDES, 2002, p.17).

Passado o ano 2000, os valores propugnados pela APS e pela SPT-2000 continuam vigentes, influenciando e direcionando as atuais reformas dos sistemas

nacionais de saúde. Estratégias de revalorização da APS têm marcado a reorientação de vários sistemas nacionais de saúde, principalmente, em países com sistemas de saúde orientados pelo acesso universal. O propósito é o de que a APS seja operacionalizada cada vez mais por estratégias que a utilizem numa visão de alta resolutividade e articulada aos demais níveis de atenção do sistema de saúde. A APS, ao assumir esta característica, promove um reordenamento no modelo assistencial tanto de prestadores de serviços públicos como privados. Nesse sentido, a correção dos rumos não só tem se realizado em nome da equidade, mas até mesmo da eficiência na prestação dos serviços.

3.2 A evolução da Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, o SUS, com seu modelo de atenção à saúde de caráter universal, equânime e integral, vem buscando o uso mais racional dos recursos setoriais e, particularmente, a sustentabilidade de seus princípios. As iniciativas em relação à APS têm sido uma das estratégias para a implementação do SUS, adotando diferentes modalidades, de acordo com os objetivos definidos, assim sendo: a) de expansão de cobertura aos grupos excluídos, através de cuidados mais simples e de custos mais baixos; b) de pacotes mínimos de atenção, voltados para as regiões de vazio sanitário; c) de promover redes integradas, tendo como ponto central as mudanças no modelo assistencial, a partir da atenção básica, impulsionadas por incentivos federais para a implantação do PSF, além de promover a atuação de agentes comunitários nas regiões em que ainda não se implantou o PSF.

Ao proceder à abordagem histórica da APS no Brasil e suas diferentes modalidades de implantação, destacamos a compreensão de Mendes (2002), ao evidenciar que o processo de implantação da APS vem sendo representado por ciclos

evolutivos, ordenados por características representativas dos períodos político-sócio-histórico de construção do sistema nacional de saúde.

Sendo assim, as primeiras experiências em APS no Brasil tiveram origem na década de 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), implantando unidades de atenção primária as quais articulavam ações preventivas e curativas, restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais. Essa visão focalizada evoluiu, na década de 50, para o predomínio do modelo sanitaria campanhista, baseado em campanhas verticais contra doenças endêmicas. Tal concepção é fortalecida, na década de 60, agregando às campanhas os chamados programas de saúde pública, especialmente, para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas e carenciais. A evolução dessa concepção fragmentada de atenção à saúde privilegiou, na década de 70, o modelo médico-assistencial.

Na área de saúde pública, a partir de 1976, ocorreu a experiência do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), modelo de atenção primária sob a forma de programa de medicina simplificada, que se iniciou, especialmente, no nordeste brasileiro. Em 1979, tendo como referência as deliberações da Declaração de Alma-Ata, o PIASS alcançou abrangência nacional, iniciando um amplo ciclo de expansão da atenção primária. Nesse período, a APS foi decodificada como um conjunto de ações de caráter simplista e de baixo custo, direcionadas às populações mais pobres, sem acesso aos serviços de saúde, conformando-se num programa de atenção primária seletiva, sob a forma de uma medicina simplificada.

Paralelamente, desenvolvia-se o modelo médico da medicina previdenciária, cujas ações médicas eram direcionadas às pessoas portadoras de emprego formal. Tal modelo sustentou-se na criação de unidades ambulatoriais, abertas à população

previdenciária sem base populacional e nunca priorizou a organização da atenção primária no seu âmbito.

No início dos anos 80, a abertura do processo de redemocratização possibilitou, na área da saúde, a implementação de estratégias com vista ao alcance da saúde como direito. Em 1983, inicia-se a estratégia Ações Integradas de Saúde (AIS), de reordenação do sistema nacional de saúde, desencadeada pelo INAMPS/MPAS, para o alcance do Sistema Único de Saúde (SUS). As AIS privilegiaram a expansão da rede de atenção primária à saúde, como primeiro nível de atenção, orientada pelos princípios da territorialização, regionalização e hierarquização dos serviços, atenção integral e participação comunitária. Com a aprovação do SUS, em 1988, o princípio da descentralização foi implementado por um processo de municipalização da saúde, cujo início foi a transferência das unidades de atenção primária, ocasionando a criação das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O princípio do SUS de integralidade da atenção passa a ordenar a busca de um modelo de APS que seja capaz de organizar o sistema de serviços de saúde, de forma a atender aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade de saúde, e não apenas ser capaz de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida. Tal concepção é reforçada pela proposta da OPAS de desenvolvimento de Sistema Local de Saúde (SILOS).

No Brasil, a proposta de desenvolvimento dos SILOS foi caracterizada pela implantação dos Distritos Sanitários em vários municípios, concebidos como modelo de atenção centrado na idéia de territorialização. A rede de serviços de saúde passa a ser estruturada em base populacional e os serviços voltados para a saúde e não somente para as doenças. Segundo Mendes (2002), a implantação dos distritos sanitários possibilitou a construção e divulgação do conceito de Vigilância à Saúde.

A partir de então, iniciativas diferenciadas de modelos de organização da APS foram sendo desenvolvidas como proposta alternativa ao modelo convencional vigente. Experiências de APS começam a ser identificadas em todo território brasileiro, como: a) Medicina Geral e Comunitária, desenvolvida em Porto Alegre, originária dos princípios da Medicina Familiar, desenvolvendo uma prática médica caracterizada por uma atenção integral, contínua e personalizada, voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidades; b) Ação Programática em Saúde, desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, representativa do movimento de programação da saúde, representa uma proposta de organização do trabalho em saúde fundamentada no ideal de integração sanitária, tecnologia de base epidemiológica e fundamentando-se na lógica de estruturação dos programas de saúde; c) Programa de Médico de Família de Niterói orientou-se no modelo cubano, onde a APS é prestada por uma equipe composta por médico generalista e uma auxiliar de enfermagem, com população adscrita de aproximadamente 250 famílias, desenvolvendo no âmbito da UBS uma atenção integral, com foco na família e as ações de saúde têm orientação comunitária (MENDES, 2002).

Também compõem o leque de experiências em APS o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciativa de alguns gestores de estados do nordeste do país ao processo de municipalização da saúde, contribuindo para o aumento da vigilância à saúde em populações com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A figura do ACS aparece em outras experiências anteriores de APS. Tal experiência oportunizou a melhoria de indicadores de mortalidade, em especial, a mortalidade infantil.

Esse conjunto de experiências contribuiu para que, a partir de 1994, o Ministério da Saúde instituisse como uma das políticas de reordenamento do SUS, o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização do modelo assistencial do

SUS, a partir da atenção básica. Segundo Mendes (2002), no âmbito do Ministério da Saúde (MS), a expressão *atenção primária à saúde* foi tendendo a ser abandonada, devido às inúmeras críticas recebidas e ao predomínio da concepção de uma atenção mínima, passando a dar lugar à denominação de *atenção básica*.

O PSF associou aos agentes comunitários de saúde (ACS) uma equipe mínima (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem), instalada em uma unidade básica de referência. Como observa Mattos (2002), a presença dos agentes comunitários de saúde é valorizada na APS por serem estes, de preferência, membros das comunidades onde exerceriam suas funções, logo conhecedores da realidade das condições de vida dessa população, o que supõe-se conferisse maior eficácia e adequação das ações de promoção ao contexto local.

Na experiência brasileira, foi possível observar que, quando o trabalho do ACS é articulado a uma equipe e a uma unidade de saúde, sua potencialidade aumenta. E só em regiões onde o acesso de profissionais de saúde não é possível é que as vantagens da ação isolada do agente comunitário de saúde (ACS) se verificam.

Em 1998, o MS referenda o Manual para a Organização da Atenção Básica, elaborado pelo Departamento de Atenção Básica – MS em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O Manual reafirma os princípios do SUS, valorizando a humanização e a participação social, enfatiza a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais, avançando em direção ao conceito ampliado de saúde, e destaca a resolutividade como uma diretriz importante de qualidade dos serviços.

Mendonça et al. (2005) identificam, durante a trajetória de implantação do PSF, quatro fases: de Emergência, de 1994 a 1995; de Fusão entre o PACS e o PSF, de 1995

a 1996; de Expansão, de 1998 a 2002, período marcado pela estreita relação com o processo de descentralização do SUS e de Expansão e Consolidação, a partir de 2003. No momento da criação do PSF, a preocupação maior foi com a expansão de cobertura e com grupos mais vulneráveis, associados a outros programas sociais, como parte das políticas focalizadas do governo federal.

Ao final dos anos 90, é implantada a idéia de estratégia de mudança do modelo da atenção básica, enfatizando seu “[...] caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde...” (BRASIL, 1996).

A nova Política Nacional de Atenção Básica, editada em março de 2006, ao considerar a expansão do PSF em abrangência nacional, passa a denominar o PSF de Estratégia de Saúde da Família (ESF), consolidando-a e qualificando-a como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS apresentando os princípios gerais da Atenção Básica:

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

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006, p. 10-11).

Apesar da evolução na concepção de Atenção Básica, aproximando mais à concepção de APS e de sua lógica de organização sistêmica, ainda é possível observar, em relação à ESF, um desenho acanhado de APS, se comparado às experiências atuais de outros países, como aqui exemplificado. Além disso, a ESF vem sendo, muitas vezes, ainda implementada dissociada da visão sistêmica, o que com certeza interfere nos resultados a serem alcançados, enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS. Mesmo assim, ganhos substanciais podem ser evidenciados em regiões de vazão sanitário.

Apesar das diferentes experiências de APS vivenciadas no Brasil, essas são representativas de rupturas e continuidades em relação ao modelo de atenção primária. É importante salientar a presença constante de alguns princípios organizativos do modelo: territorialidade com adscrição de clientela; integralidade das ações; visão sistêmica, evidenciada pela construção de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada; trabalho em equipe; participação e integração com a comunidade.

4 O PSF E SUAS INTENCIONALIDADES

4.1 PSF: um olhar sobre sua capacidade de (re) estruturação no âmbito do SUS

Desde a criação do SUS, o governo brasileiro vem se posicionando no sentido de buscar a sustentabilidade do SUS, cujos princípios doutrinários (universalização, equidade e integralidade) e organizacionais (regionalização, hierarquização e descentralização) perpassam os princípios da atenção primária em saúde, mas que, na prática, se tornam de difícil implementação, devido à lógica de organização dos serviços herdada pelo sistema, assim como de uma política de financiamento que sempre privilegiou a assistência curativa e, preferencialmente, os serviços privados.

A década de 90 foi considerada como de reforma incremental do SUS, caracterizada, segundo estudo de Levcovitz (1997), em um período de construção de alternativas permanente, assim identificado pelo autor: a) radicalização da descentralização do SUS, representada pela ampliação dos efeitos das NOBs SUS 93 e 96, que definiram a descentralização pela Municipalização da Saúde; b) mudança na lógica de alocação dos recursos financeiros, através das funções de programação, controle e avaliação como instrumental indutor da recuperação do comando do sistema pelos gestores públicos; c) estímulo à mudança no modelo de atenção, através da reorganização do nível de atenção básica, pela expansão do Programa de Saúde da Família (PSF); d) recuperação da capacidade operacional e melhoria da qualidade das unidades assistenciais do SUS, através da formulação e contratação do Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) e a revisão da lógica e dos valores das tabelas do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

É nesse contexto que o PSF emerge em âmbito nacional a partir de 1995, impulsionado por mudanças tanto de âmbito nacional como internacional. A nível nacional, a busca pela consolidação do SUS introduziu inovações no sistema de saúde, mas, no entanto, com poucos resultados perceptíveis na reestruturação dos serviços de saúde, sobretudo por não promover mudanças significativas no modelo assistencial, além do baixo impacto na equidade do acesso aos serviços de saúde pela população, principalmente, os segmentos de maior vulnerabilidade social.

Dada a realidade setorial brasileira, o indicativo expresso por agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), de uma agenda de reformas baseada na necessidade de restrição e racionalização dos gastos em saúde, resultando na implementação de medidas de ajuste estrutural, justificável pela crítica ao esgotamento do modelo de assistência centrado no cuidado hospitalar ineficaz, na especialização da atenção ambulatorial, na rápida incorporação de procedimentos de alta complexidade e no pouco investimento nas ações preventivas e de promoção à saúde .

No processo inicial de implantação do PSF, 1994/95, o governo federal priorizou a ampliação de cobertura por serviços de saúde em áreas desassistidas, o que caracterizou uma focalização nos municípios e regiões com indicadores sociais em situação crítica. É importante salientar a relação dessa proposta de reordenamento do modelo assistencial com as idéias contidas no documento do Banco Mundial de 1993, sugerindo uma ação estatal racionalizadora e focalizadora. Nesse período, o programa é apresentado aos gestores municipais sob a modalidade de Convênio, caracterizando a adesão como mecanismo de inclusão à proposta, além da criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do SIA/SUS.

Apesar do início da implantação do PSF ter tido como característica a focalização da atenção e a modalidade de adesão por convênios pelos municípios, observa-se a preocupação do MS de distinguir o PSF dos programas tradicionais do setor saúde, constituídos em ações paralelas ao sistema. Tal preocupação apresenta como diferença fundamental do PSF:

[...] característica estratégica de reestruturação do modelo assistencial dominante, ele é parte integrante do Sistema de Saúde Local. Ele se constitui como uma unidade prestadora de serviço atuando numa lógica de transformação das práticas (BRASIL, 1996, p.23).

No entanto, tal diferenciação é questionável, quando se observam as características indutiva e prescritiva presentes nos primeiros documentos oficiais orientadores, apresentando diretrizes operacionais e etapas de implantação. Ao assumir esse procedimento, o MS não leva em consideração as diferentes realidades e complexidades dos municípios brasileiros, direciona o olhar para instruções operacionais que garantam a implantação de um “modelo único” orientado por diretrizes verticalizadas de organização que apoiem o processo de descentralização da saúde a partir da organização da atenção básica.

Em 1998, ano caracterizado pela descentralização da gestão do SUS, em decorrência da aprovação da NOB 96, o PSF é apresentado pelo governo federal como estratégia de orientação da atenção básica no âmbito do SUS, garantida por mecanismos financeiros representados pelo Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, sendo esse último um incentivo à implantação do PSF. Inicia-se a transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Somam-se a esses recursos as contrapartidas dos estados e municípios.

No entanto, levando-se em consideração o processo de expansão do PSF, deve-se considerar o porte municipal, o qual define cenários de implantação distintos. Em municípios pequenos, altas coberturas podem ser obtidas com a implantação de pequeno número de equipes, traduzindo em expansão de serviços básicos. Tal fato não ocorreu somente pela lógica natural de ampliar a cobertura em áreas desassistidas, o governo federal sugeriu tratamento prioritário, focalizado nos municípios e regiões com indicadores sociais em situação crítica, em sinergia com outros programas de governo. Já em municípios maiores, o esforço de reorientação da rede básica em algum nível ainda não se expressa no sentido da reorientação do modelo assistencial.

Ao referenciar o processo de trabalho das equipes, sob a compreensão ampliada do processo saúde-doença, o MS identifica a condição do PSF de solucionar até 85% dos casos dos problemas de saúde da população e alega que esse resultado é possível devido à forma de atendimento de cada equipe de Saúde da Família, a qual é responsável pela população residente em um território definido e está vinculada a uma unidade de saúde⁸ (BRASIL, 2002).

Na nossa percepção, é difícil garantir que a resolutividade esperada seja antecipadamente definida e ainda mais se constituir em um fator numérico. Vários questionamentos devem ser problematizados e definidos, como, por exemplo: o que está sendo considerado problema de saúde? O que é solução de problemas de saúde? O que este nível pode e como deve solucionar? Logo, a lógica de resolutividade não é um fator numérico, deve ser expressa por aquilo que se espera que o nível primário possa resolver diante dos problemas que chegam a esse nível, no sentido de buscar resolver a maior parte dos problemas.

⁸ Composição da equipe mínima de Saúde da Família: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde. A equipe acompanha no máximo 4.000 pessoas, média de 3.000 pessoas. A equipe de saúde bucal compõe a equipe multiprofissional da ESF, agregando odontólogo, técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório odontológico (BRASIL, 2006).

Podemos apontar o PSF como um dos pilares do movimento de ruptura das formas vigentes de organização dos serviços de saúde, evidência que pode ser demonstrada levando em consideração a vertiginosa expansão quantitativa e geográfica da cobertura populacional, a crescente legitimação institucional da estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS e o fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira, através da criação do PAB. Para o governo federal o PSF representa [...] “uma das principais ações da rede de proteção social construída nos últimos 8 anos” (BRASIL,2002).

No entanto, sua consolidação é um processo diverso e complexo e ainda que sua expansão e legitimação política pareçam ser irrevogáveis, é ambiciosa a intencionalidade de produzir mudanças de modo a reverter a lógica da organização da atenção à saúde, possibilidade que está condicionada ao modo de operar o PSF, de forma que origine novas práticas de atenção pautadas no modelo da vigilância à saúde.

4.2 O PSF como estratégia (re) estruturante do modelo assistencial do SUS

No contexto de descentralização do SUS ganha importância a reestruturação dos sistemas locais de saúde, enquanto espaço privilegiado de concretização dos princípios do SUS e de inovações nos processos de implantação. Nesse cenário, a proposta do PSF vem sendo implementada nos municípios brasileiros orientando o processo de descentralização.

Nessa perspectiva, o PSF deve ser pensado como algo que vai além de um modelo ou de uma política pré-estabelecida e sim como um modo de organizar a rede básica, imprimindo um reordenamento das unidades básicas existentes. Como enfatiza Mattos (2002, p. 81):

[...] caberia adicionalmente destacar que ao colocar o PSF como modo de organização da atenção básica e porta de entrada para o SUS, estende-se o campo de abrangência da proposta dos grupos postergados para o universo da população.

A unidade de Saúde da Família passa a se constituir a porta de entrada e o primeiro nível de atenção a saúde, oferecendo uma atenção integral, através de ações preventivas e promocionais no tratamento e recuperação da saúde. Busca a integração à rede de serviços mais complexos, configurando ao desenho sistemas de referência e contra-referência, de âmbito municipal, regional, estadual e nacional. Dessa forma, evitaria a fragmentação do cuidado e a desorientação do paciente na busca dos recursos. Racionalizaria o uso das tecnologias, incorporando-as de forma crítica conforme a necessidade. Estimularia ainda a autonomia dos pacientes e o auto-cuidado (MASCARENHAS, 2003).

No entanto, o que se observa na prática é a efetividade do PSF, na medida em que proporciona o diagnóstico e tratamento precoce de algumas doenças mais freqüentes, ações educativas e de *follow up*, o que não parece ser suficiente para garantir que o PSF constitua “estratégia estruturante” na direção de um novo modelo assistencial. Falta sinergismo decorrente da articulação cooperativa com a rede especializada que assegure suporte à atenção básica de uma atenção continuada, implantada por mecanismos de referência e contra-referência.

Associa-se a tal fato o entendimento frágil e diferenciado, por parte dos gestores estaduais e municipais, dos princípios organizativos do PSF, apresentados pelo MS. A fragilidade é caracterizada pelo entendimento de alguns gestores do PSF visto ainda apenas como mais um meio de captação de recursos para o município. O incentivo garantido pelo governo federal para a implantação do PSF e para a cobertura populacional tem sido entendido como um “subsídio”. Sendo assim, o montante de recursos destinado ao PAB, tanto parte fixa como variável (incentivo), tem sido

trabalhado muitas vezes desvinculado de uma proposta de mudança, tanto em relação à organização dos serviços, como das práticas de trabalho em saúde. Outro aspecto que expressa a fragilidade do PSF pode ser evidenciado em alguns gestores que entendem o PSF, como está sendo apresentado pelo MS, como um modelo de estruturação da visibilidade do gestor federal, muito mais do que de mudança da organização da saúde no país. Há também gestores que têm defendido uma Saúde da Família com configurações locais, quando se referem à “estratégia estruturante”. É oportuno destacar o que diziam os formuladores do incentivo ao PSF:

O aspecto político-administrativo da substituição deve ser impulsionado em breve com a edição da NOB 96. Como já temos exemplos suficientes das possibilidades do PSF, [...] a norma vai tratar de valorizar o empenho político de investimento do gestor municipal. Assim, não seremos nós do Ministério da Saúde a aconselhar comedimento. Muito pelo contrário, vamos apoiar quem queira entrar de fato na reorganização da sua atenção básica. A NOB 96 valoriza o incremento da cobertura, quanto mais áreas atendidas [pelo PSF] maior o incentivo financeiro (LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996, p. 4).

Como pontua Mattos (2002), não se tratava de uma posição fundamentalista, e por duas razões que merecem ser destacadas. A primeira diz respeito a uma salvaguarda dada pelos próprios formuladores:

[...] este empenho substituvista, entretanto, não significa que se esteja apontando para o extermínio das outras modalidades de atenção ambulatorial. Não se trata de substituição nesse sentido fundamentalista, mas de proposição de um novo eixo estruturante (LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996, p. 4).

A segunda razão, exposta pelos mesmos autores, é a seguinte:

Assim, serão os próprios municípios que deverão planejar a implementação e expansão de suas equipes, atentos às suas realidades e possibilidades locais. [...] É esse o horizonte de substituição que está sendo tentado: a definição e a opção por uma forma de prestação de serviços que valorize o vínculo, que se integre no sistema local de saúde e que assuma responsabilidades. E responsabilidade e vínculo não se garantem por decreto (LEVCOVITZ & GARRIDO, 1996, p. 4).

No entanto, o que se observa ao longo do tempo é um maior grau de normatização na implantação do PSF, cuja regulação centrada no MS define formato da equipe, parâmetros de cobertura, funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde no território e os diversos modos de fazer. A normatização chega a tanto que, se o município não aderir às normas, fica fora do financiamento. Essa postura verticalizada do MS aborta novas formas de operar a estratégia, redirecionando para um modelo único, distante das distintas realidades existentes no Brasil. A normatização excessiva, além de ser contraditória aos princípios da estratégia, reforça o tradicional centralismo das políticas de saúde.

Mesmo com a presença dessa forte cultura centralizadora e, conseqüentemente, normatizadora das políticas de saúde no Brasil, o processo de descentralização do SUS ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais. Dessa forma, tornou mais complexo e desafiador para os gestores operar o Sistema, com vistas a superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Frente a essa necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) criaram o Pacto pela Saúde⁹, conjunto de reformas institucionais

⁹ O Pacto pela Saúde propõe: a) substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão (instrumento de implementação que representa a adesão de Municípios, Estados e União, através do estabelecimento de metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente); b) regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; c) integração das várias formas de repasse dos recursos federais integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS); d) unificação dos vários pactos antes existentes; ao mesmo tempo, redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (PORTARIA/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006).

do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, pactuando responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde agrega os pactos anteriormente existentes, a partir de uma unidade de princípios que guardam coerência com a diversidade operativa e diferenças loco-regionais. O Pacto pela Saúde engloba o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida expressa o compromisso em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local, além estabelecer seis áreas como prioritárias de pactuação: Saúde do idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica. A lógica de definição de prioridades expressa a valorização do nível local na formulação de parâmetros assistenciais, construídos a partir das realidades sanitárias e político-gerenciais vivenciadas.

O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS expressa o compromisso com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitado na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.

Ao nosso ver, o resgate do movimento da Reforma Sanitária Brasileira deveria expressar um compromisso de lembrar seus princípios, os quais podem estar em crise. Hoje, convivemos com situações antagônicas aquelas em que o movimento da reforma sanitária se estruturou. Assim, observamos: uma atenção básica que pode estar perdendo sua capacidade reestruturante; precarização dos recursos humanos; sub-financiamento e pulverização dos recursos; insensibilidade para os protocolos; média e alta classe social fora do SUS; o setor privado não complementar e exercendo o SUS na média e alta complexidade, por exemplo, os planos de saúde, fatores que se potencializaram, ou melhor, que se evidenciaram com maior força a partir de 1994. Sendo assim, é possível dizer que as estratégias adotadas para o alcance efetivo da universalidade, equidade e integralidade vêm sendo acompanhadas do fortalecimento do complexo médico-assistencial, o qual se hegemoniza na contra-hegemonia dos fundamentos do SUS. Podemos dizer que hoje convivemos com um SUS explícito, o que está na Constituição Federal, contra-hegemônico, e um SUS implícito, que é o real.

Em relação aos objetivos do Fortalecimento da Atenção Básica¹⁰, especialmente, em relação à estratégia de Saúde da Família, essa é qualificada como prioritária para o modelo da Atenção Básica, ao mesmo tempo em que aponta para a valorização de experiências similares que considerem seus princípios. São seus objetivos:

¹⁰ Compõem, também, os objetivos do Fortalecimento da Atenção Básica: a) desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica, por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família; b) garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços; c) garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS; d) aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais; e) implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada (PORTARIA/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006).

- Assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.
- Consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios.
- Ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos.
- Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considerem os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

Esses compromissos de valorização de experiências similares já foi expresso anteriormente, logo no início da implantação do PSF, no entanto, o rumo assumido no processo de operacionalização e financiamento continuou sendo atrelado ao modelo prescrito enunciado pelo MS.

Analisando-se o bloco de Financiamento para a Atenção Básica¹¹, expresso no documento Pacto pela Vida, percebe-se que esses não traz grandes inovações no processo de financiamento. Confirma a responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, diretriz do Sistema, sendo que os recursos federais permanecem divididos nos dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável. Em relação ao PAB Variável, seus mecanismos de transferência permanecem atrelados ao processo de adesão e implementação das estratégias específicas a que se destinam e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde. Introduz a

¹¹ O bloco de Financiamento da Atenção Básica passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias: I. Saúde da Família; II. Agentes Comunitários de Saúde; III. Saúde Bucal; IV. Compensação de Especificidades Regionais V. Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas VI. Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário (PORTARIA/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006).

chamada Compensação de Especificidades Regionais, que é um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do Estado, para que as CIBs definam a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais, podendo incluir sazonalidade, imigrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) e indicadores de resultados.

Apenas modificar a estrutura não garante que a relação entre os gestores, os profissionais e os usuários seja também realinhada sobre novos parâmetros de trabalho. O PSF aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, no desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde nos fazeres dos profissionais que, em última instância, é o que define o perfil da assistência. Como pontua Merhy (2003, p.6):

Toda conformação do que interessa em um modelo de atenção à saúde antes de se tornarem um problema técnico assistencial, parte de um encontro, de disputas e acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos portadores e produtores das necessidades de saúde, com o grupo dos que dominam certos saberes e práticas, certos modos de saber fazer atos de saúde que operam sobre elas (as necessidades), mediado por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar este processo, enquanto uma dinâmica do privado e do público.

Logo, pensar em modelo de atenção à saúde é, antes de tudo, perceber que ele expressa relações de contato, de acordos nem sempre conhecidos e falados. O modo como é operacionalizado definirá o formato delineado, dependendo de como os sujeitos envolvidos se organizam no cotidiano. Esse agir singular tem potencialidade de modificar “regras” estabelecidas pela estrutura (MS) e até mesmo de criar novas. Essa dinâmica potencializa a produção de conseqüências inesperadas, que podem ou não alcançar os resultados esperados.

4.3 O PSF como estruturante da demanda para os níveis mais complexos do Sistema

Orientar o fluxo de demanda aos serviços de saúde a partir de uma rede hierarquizada e regionalizada é uma das diretrizes do SUS para o alcance da universalidade e equidade.

A hierarquização deve ser entendida como a garantia de resolutividade que se deve dar de acordo com cada nível e ao nível do sistema como um todo. Logo, entende-se que há uma co-relação entre os níveis, configurando uma rede interligada de serviços, resultando na capacidade resolutiva do sistema. Pinheiro (2001, p. 74) ressalta que, nessa rede de serviços,

A suficiência ou insuficiência da capacidade tecnológica de cada nível de atenção vai depender também da capacidade resolutiva do nível de atenção que antecede, isto é, o nível que convencionalmente se denominou como porta de entrada do sistema: a rede básica.

Sendo assim, transformar a rede básica de saúde em porta de entrada é de suma importância para o alcance do projeto político-institucional do SUS. Isto implica em uma mudança substancial na orientação do modelo hegemônico de atenção à saúde, centrando na doença a principal linguagem de comunicação entre os serviços de saúde e a população. Essa visão medicalizante do sofrimento foi impondo um modo específico de funcionamento dos serviços de saúde que qualifica a atenção à saúde com a prescrição da receita, a solicitação de exames e o encaminhamento para os serviços especializados, reforçando assim a imagem de ineficiência da atenção básica. A superação desse modelo não significa invalidar os diferentes níveis de atenção, o hospital, os serviços especializados e as unidades básicas, mas integrá-los no sistema hierarquizado e regionalizado. Não há, portanto, uma negação mecânica do modelo

anterior, mas uma negação dialética, uma superação, na qual se considera o que havia de bom no antigo e outros elementos são incorporados para a construção do novo modelo.

A unidade básica de saúde, vista como porta de entrada, tem possibilidade de organizar a demanda e a oferta, atendendo grande parte das necessidades e possibilitando a organização do fluxo daquelas não atendidas por requererem um grau mais complexo de assistência. Dessa forma, o pressuposto que aqui se estabelece, na relação demanda e oferta nos serviços de saúde, é o entendimento de Pinheiro (2001) de que essas categorias são as principais ferramentas de observação, quando analisadas relacionalmente, para o alcance da integralidade nos serviços de saúde.

O PSF é a proposta de modelo de atenção primária incorporado ao SUS, capaz de romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde ao possibilitar a reestruturação produtiva e/ou a transição tecnológica¹² no setor saúde. Dessa forma, como enfatiza Mattos (2002, p. 85):

O PSF definitivamente deixa de ser pensado exclusivamente no âmbito da expansão da cobertura dos serviços para ser pensado como um modo de organizar a rede básica. O que implica todo um reordenamento das unidades básicas existentes, mais do que a criação de um novo tipo de unidade. Ou melhor, tratava-se de uma proposta de reorganização das unidades básicas.

No PSF, a matriz teórica circunscrita está relacionada, prioritariamente, ao campo da Vigilância à Saúde, na concepção desenvolvida pela OPAS, em que o

¹² Franco (2003), apoiado no referencial teórico Merhy (2002), entende reestruturação produtiva e/ou tecnologia como o processo de mudança no modo de produção da saúde. É tratar a produção da saúde em um outro patamar tecnológico, Trabalho Vivo centrado. O fato de haver uma correlação favorável ao Trabalho Vivo em relação ao Trabalho Morto, no núcleo tecnológico que estrutura o processo de trabalho, evidencia uma profunda mudança no modo de produzir saúde. Novo sentido no saber-fazer da assistência, guiado por um saber técnico e relacional, que consegue alcançar um outro patamar produtivo, como o de vir de um modelo tecnoassistencial no qual as tecnologias do cuidado são colocadas a serviço dos usuários, centradas nas suas necessidades.

trabalho está quase que restritamente centrado no conhecimento articulado do “território processo”, entendido como território social, econômico, político, epidemiológico sobre o qual atuam as variáveis do processo de adoecimento das populações. Os princípios operacionais de território, usado como ferramenta da epidemiologia em serviço, e o de adscrição de clientela, usado como modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e sua população usuária, agem na formatação da estratégia, com o propósito de organizar a oferta e definir a demanda (FRANCO, 2003).

A relação território/adscrição de clientela encontra aderência orgânica ao setor saúde, por se tratar a saúde de uma política pública de prestação de serviços, em que a dimensão da população adscrita e o conhecimento de seu perfil sócio-econômico, cultural e biológico com certeza potencializarão a qualidade, a eficácia e a eficiência da prestação dos serviços de saúde.

No entanto, há uma dinâmica singular que age no cotidiano dessa produção em saúde, que ocasiona o movimento da “rede de serviços de saúde”, resultado da correlação de forças e definição de estratégias operacionais elegíveis pelos sujeitos envolvidos: gestores, profissionais e usuários. Essa objetividade e subjetividade intrínsecas, operadas em realidades distintas, são responsáveis por desenhos diferenciados de operacionalização da estratégia.

4.4 O PSF como (re)estruturante dos processos de trabalho e das práticas em saúde

O PSF tem como objeto de atenção/atuação a integração entre o indivíduo, a família e a comunidade, espaço âncora, onde relações sociais (intra e extra-familiares) acontecem e em que o indivíduo é visto como sujeito do processo. Dessa forma, o

modelo se pauta na centralização dos usuários, os entendendo na perspectiva de sujeito singular, procurando reconstruir uma nova base de relação/integração em que se aprofundem os laços de compromisso e co-responsabilidade entre os serviços, os profissionais de saúde e a população. Desse ponto de vista, o cenário é aberto e incerto, a saúde assume novo paradigma ao ser compreendida como um processo de produção social, portanto, determinado pelas condições de vida e pelas relações estabelecidas em um dado território, por uma dada população. O objeto de atuação é o problema de saúde, o qual tem uma rede complexa de fatores determinantes.

Como destaca Merhy (2003), um modelo que se pauta na centralização dos usuários propicia a saída da lógica das ofertas de consumo de atos de saúde para a lógica da apreensão das necessidades de saúde, exigindo dos atores capacidade analítica da situação e construção de um modo de protagonizar ações, que possam ir produzindo novos sentidos para a produção dos atos de cuidar.

A prioridade é articular às ações curativas as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde junto à comunidade. O modelo de atenção resgata os princípios da Atenção Primária à Saúde, priorizados através da adscrição de clientela; da integralidade da assistência; do perfil epidemiológico; do planejamento participativo e da atuação em equipe multiprofissional. No entanto, é importante destacar que adscrição/território são pressupostos anteriores à Saúde da Família. Experiências municipais como as de Montes Claros, Niterói, dentre outras já citadas, acumularam esses pressupostos antes de 1994.

O princípio operacional de adscrição de clientela potencializa o estabelecimento do vínculo das unidades básicas de saúde da família com a população, o que possibilita o resgate da relação de vínculo, de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Aponta para a possibilidade de se estabelecer uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população

assistida, com melhoria do acompanhamento e da assistência ambulatorial para as doenças mais frequentes de uma comunidade. Dessa forma, confere, a partir da unidade básica de saúde, a possibilidade de se planejar baseado em: necessidade/demanda; cobertura populacional; perfil epidemiológico; grau de complexidade e resolutividade.

No entanto, o modelo de adscrição da clientela pode ocasionar um conflito com o princípio da universalidade, quando colocado de modo tão criterioso. Há nesse conceito uma forte delimitação do acesso, considerando que não seria permitido o atendimento de outras famílias que não estejam sob a responsabilidade daquela equipe. Pinheiro (2001, p.82-83) destaca:

Com isso, evidencia-se uma tensão entre os conceitos e princípios do sistema, nos quais a definição de adscrição pode conflitar, em certa medida, com o princípio da universalidade, devido à colocação de fronteiras pelas diretrizes operacionais do programa [...]. Talvez a delimitação de fronteiras na prestação do cuidado, [...] pode não atender ou mesmo satisfazer a essas famílias, na busca por serviços de saúde.

O princípio da integralidade da assistência, expresso no SUS, e também norteador da ESF, instiga a reorganização dos serviços e a revisão das práticas sanitárias e dos processos de trabalho: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art.198).

Da discussão sobre o conceito de integralidade realizada por Mattos, destaca-se, com relação à organização dos serviços, a crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. Os serviços de saúde organizados exclusivamente para dar conta de doenças de uma população tornaram-se inaceitáveis, deveriam estar aptos a realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população atendida, assim:

[...] a integralidade emerge como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2001, p.57).

O autor considera que, dada a polissemia presente no termo “integralidade”, resolve-se tomá-lo como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização de serviço (MATTOS, 2001).

O olhar do cuidado integral no PSF incorpora a noção de fator de risco, qualificando o cuidado integral para além da assistência no interior do setor saúde e apresenta a noção de intersetorialidade. A intersetorialidade no PSF tem possibilitado o desenvolvimento de uma pluralidade de práticas, envolve experiências de integração ensino/serviço, de saber popular, de setores responsáveis com melhoria de infraestrutura no território (escola, saneamento, etc.). No nível das políticas públicas, observa-se a conjugação de diferentes iniciativas setoriais, como por exemplo: Bolsa Escola, Fome Zero, etc., constituindo um *mix* de cuidado por decorrência desse sinergismo de ações sociais.

Ao definir a família como núcleo de abordagem, o PSF coloca como necessidade para o trabalho das equipes o conhecimento do *mix* de cuidado que acontece no espaço da dinâmica familiar. Nesse sentido, as ações intersetoriais estabelecem redes sociais que interferem na dinâmica familiar, gerando impacto na desigualdade, na saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

A relação entre adscrição de clientela, integralidade e vínculo possibilita uma dinâmica no processo de trabalho que integra outras alternativas de saberes e práticas em saúde. Ultrapassa o campo específico da saúde biológica, ao incorporar aos determinantes do processo saúde-doença as condições sociais e ambientais. Essa nova demanda aos processos de trabalho redimensiona a resolutividade na rede básica, passando a exigir conhecimento e uso de ferramentas conceituais e técnicas pertinentes

a outros campos do saber, como: a Clínica, a Sociologia, a Antropologia, a Epidemiologia, a Psicanálise, as Teorias Gerenciais, o Planejamento. Esse é um grande desafio, como destaca Campos (2003, p.53):

Os profissionais de saúde atuantes, hoje, nos serviços e em processo de formação, trazem um perfil de atuação caracterizado pela prática fragmentada do processo saúde-doença, originado tanto da formação, como da própria estrutura do sistema, que se organizou, em todos os níveis baseados em especialidades, ignorando o social e a subjetividade como ferramentas para reconhecer e melhor responder aos problemas de saúde.

Essas ferramentas por si só não são capazes de mudar o perfil dos serviços de saúde em relação à forma de produção e seu núcleo de trabalho, centrado na ação curativa, e, por consequência, num único profissional, o médico. Partimos da premissa de que os processos de trabalho é que determinam o perfil do modelo de assistência e, nesse sentido, pactuamos com a idéia de Franco (2003, p. 86-88) de que:

[...] Imagina-se que há produção de uma certa subjetividade a partir do relacionamento que os trabalhadores passam a ter com [...] o projeto/programa (no caso em questão, com o PSF), [...] sendo este um dos fatores de determinação dos processos de trabalho e de eficácia do programa/projeto, tendo em vista a necessidade de criar-se adesão dos trabalhadores ao mesmo para o seu funcionamento e resultados plenos.

Diante do exposto, partimos da compreensão de que os processos de trabalho se concretizam no cotidiano de suas práticas levando em consideração duas dimensões: a do conhecimento cognitivo, oriundo de um saber formal desencadeado pela formação/qualificação profissional, reconhecido como saber técnico, e a subjetividade, inerente ao sujeito, ser humano, a qual reflete uma compreensão singular sobre o modelo de trabalho proposto, definindo um perfil de produção da assistência que é dado por quem o faz funcionar. No caso da saúde, tal aspecto ganha relevância por ser o trabalho realizado de forma relacional, em que os sujeitos (profissionais e usuários) são protagonistas fundamentais e insubstituíveis.

A associação entre o conhecimento cognitivo e a subjetivação presente no processo de trabalho em saúde requer que sejam incorporadas novas tecnologias à produção do cuidado. Franco (2003), citando Merhy (1998) destaca que:

Um modelo produtor do cuidado, centrado no usuário e suas necessidades, deve operar centralmente a partir das tecnologias leves (aqueles inscritas nas relações, no momento em que são realizados os atos produtores de saúde) e tecnologias leveduras (as inscritas no conhecimento técnico estruturado) (FRANCO, 2003, p. 98).

A proposta de mudança pelo PSF do objeto de atenção, da forma de atuação e da organização geral do serviço, nesse nível de atenção, propiciou ampliação na composição da equipe multiprofissional. Tal ampliação não tem apenas efeitos quantitativos, esses determinantes influenciam o processo de produção de saúde. Como afirmam Peduzzi & Palma (1996, p. 239):

Tratam de alterações no processo de trabalho, decorrentes das mudanças do modo de organização dos serviços. Assim, com estas mudanças alteram-se os atributos técnicos requeridos dos trabalhadores, as suas relações com os demais elementos dos processos de trabalho (o objeto e os instrumentos e as próprias atividades), e as relações entre os diferentes profissionais que passam a lidar com novas formas de articulação dos respectivos e peculiares trabalhos.

A forma como ocorrerá a produção do cuidado em saúde requer ao novo processo de trabalho, além do acesso às tecnologias necessárias, promover a articulação dos diversos conhecimentos e práticas inerentes a cada profissional de saúde, ou seja, seus núcleos de competência específicos. Na busca de superação da fragmentação de saberes, a interdisciplinaridade vem contribuir para a construção de novos saberes apropriados às necessidades do trabalho em saúde, mediante criação de novas práticas (MASCARENHAS, 2003).

O desafio maior para os profissionais de saúde que trabalham num modelo assistencial centrado nos usuários e em suas necessidades é o de reaprender o trabalho a partir de dinâmicas relacionais que possam construir espaços de interação de saberes e fazeres, de solidariedade profissional (FRANCO, 2003).

A lógica que permeia tal dinâmica é a de desenvolvimento de um trabalho em rede nas equipes de saúde da família, no sentido da construção de um fazer coletivo, em que os sujeitos se articulam horizontalmente, com o objetivo de se habilitarem para identificar e resolver problemas concretos e comuns, e que considerem a análise de contexto como ponto de partida.

Entender o caráter subjetivo, que envolve a (re) orientação dos processos de trabalho no PSF, não é tarefa fácil. Requer, ao nosso ver, que sejam conjugados elementos que se encontram em cenários distintos: na proposta oficial de implantação com suas intencionalidades, na lida cotidiana da equipe com os usuários, com as famílias, com a coletividade, com gerentes de serviço e gestores do sistema, ou seja, na prática real das equipes, a partir da leitura que fazem da proposta.

4.5 O PSF e a reestruturação dos gastos no modelo assistencial de saúde do SUS

Ao ser colocado pelo MS como modo de organização da atenção básica e porta de entrada do SUS, o PSF revê seus objetivos, pois não se trata mais de um programa de extensão de cobertura, mas de organização de um dos níveis do sistema com o propósito maior de reorientação do modelo assistencial. A expectativa é a de imprimir nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, com maior integração e racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial, e impacto favorável nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 1996).

A transformação do padrão assistencial tradicional para o padrão de assistência do PSF implica na incorporação de um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas, algumas trabalhadas no decorrer desse texto, gerando significativos custos de reestruturação. Portanto, haverá de se pensar em alterações de seus parâmetros normativos operacionais e de redistribuição de financiamento entre os níveis do sistema.

A prioridade dada pelo MS à atenção básica institui, a partir da NOB-01/96, o Piso de Atenção Básica (PAB)¹³, o qual representa uma mudança na lógica de repasse de recursos para os municípios no desenvolvimento de ações básicas de saúde. No caso de municípios habilitados na condição de gestão Plena da Atenção Básica, isso significou a substituição do pagamento por produção pelo financiamento *per capita*.

Através do PAB variável, foi criado o incentivo ao PSF/ PACS. Sendo assim, o governo federal definiu duas formas de transferência para os municípios no custeio da atenção básica. O PAB fixo, que auxilia o custeio de todas as ações da atenção, quaisquer que sejam as modalidades de organização dessa atenção à saúde, e, através do PAB variável, o incentivo à implementação do PSF/PACS. O incentivo ao PSF/PACS, incentivos distintos, não obedeceu à lógica de *per capita*, como nos demais incentivos da atenção básica definidos pela NOB-01/96, mas sim à lógica de cobertura populacional, com parâmetros também distintos entre PSF/PACS.

Campos (2003) referencia Levcovitz (1997), ao relatar que, nos estudos para elaboração do PAB, observou-se que mais de 50% dos municípios do país não

¹³ O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente ao financiamento da atenção básica à saúde e é composto de uma parte fixa (multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município), destinada à assistência básica, e de uma parte variável, relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações adicionais de atenção básica. O PAB variável prevê incentivos às ações básicas de: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Assistência Farmacêutica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de Saúde da Família (PSF), de Combate às Carências Nutricionais (PCND), e outros que venham a ser posteriormente agregados.

dispunham sequer do nível básico de assistência plenamente organizado. Nesse sentido, o PSF e o PACS foram tomados como estratégias de estímulo à organização da atenção básica.

O direcionamento do MS em definir esse mecanismo financeiro para a atenção básica, especificamente para o PSF, vem do investimento, em tese, da possibilidade de racionalização do uso de serviços de média e alta complexidade do SUS, promovendo a expansão do PSF e conseqüente reorganização das UBS com potencialidade de solucionar até 85% dos problemas de saúde da comunidade. Como já salientamos anteriormente, atribuir um fator numérico não é, a nosso ver, a melhor forma de expressar a resolutividade, numa lógica a partir de problemas de saúde. O MS acredita que há uma capacidade, a princípio, “imaginária”, no sentido de pré-estabelecida, de redução de custos de equipamentos, de alta tecnologia, do consumo de remédios, do número de internações e das filas de marcação de consulta e atendimentos.

Mattos (2002), em seu estudo sobre o incentivo do PSF, reforça que a lógica de contribuição do incentivo pelo governo federal está relacionada a recursos adicionais em decorrência da implantação ou expansão do programa, correspondendo a anseios dos primeiros formuladores, de valorizar o esforço dos gestores na ampliação do PSF e na substituição do modelo de atenção básica.

O valor do incentivo permite identificar um valor *per capita* estipulado pelo MS, já que é possível correlacionar o valor por cobertura populacional/pessoa/ano. No entanto, a lógica não é de custo, o que confirma a intenção do MS, a princípio, de não subsidiar o programa. Pensar nas necessidades de custeio do PSF, a partir de parâmetro *per capita*, exige, conforme salienta Mattos (2002), informações sobre custos de diferentes modalidades de atenção e da participação dos recursos próprios e das

transferências de outros níveis de governo, que são difíceis de serem obtidas. Um caminho que pode ser seguido é o da estimativa das despesas.

No nosso entendimento, apesar do PAB ter sido inovador em termos de equidade *per capita* (em relação ao gasto), não alcança equidade em relação ao parâmetro de acesso/resolutividade. A idéia alocativa baseada em *per capita*s, não está aqui associada a um indutor de igualdade, mas sim de garantia de mínimos.

Alguns estados têm investido recursos de outros impostos, como o caso de Minas Gerais, que transfere um percentual do ICMS arrecadado para os municípios que implantaram o PSF. É interessante analisar a movimentação dos gastos na rede de serviços em consequência do PSF e de que forma o incentivo vem contribuindo para a sustentabilidade da estratégia na reconversão do modelo assistencial.

O momento atual é de transição, de mudança para uma nova racionalidade na organização e na prática cotidiana da atenção básica. Em municípios com infra-estrutura de saúde já existente há duplicidade de convivência com os modelos: padrão assistencial tradicional e padrão assistencial do PSF. Se correlacionarmos tal fato à lógica de incentivo vigente, a tendência é de agravar, pois além do recurso ser insuficiente quantitativamente, a equação formulada para obtenção de maior incentivo (% sobre população coberta) não responde às realidades das grandes concentrações urbanas, onde se faz necessário implantar maior número de equipes e, conseqüentemente, maior custo, dificultando a conversão do modelo de atenção à saúde nesses municípios.

Outra reflexão é sobre a relação da priorização da atenção básica e o princípio da integralidade. Como destaca Mattos (2002, p. 82):

A proposta do PSF, desde seu início, foi pensada em torno do princípio da integralidade, ou seja, com o sentido de articular as ações de promoção, de prevenção e assistenciais.

A concepção do PSF em torno do princípio da integralidade e da prática de vigilância à saúde levanta necessidades/problemas na população, define demandas, tanto para o nível básico, como procedimentos para os níveis assistenciais mais complexos. Logo, a ampliação de recursos para a atenção básica vem acompanhada de aumento de gastos também nos níveis mais complexos do sistema.

Se uma das intenções do PSF é a de reestruturar os gastos no modelo assistencial de saúde do SUS, essa ainda é difícil. Os recursos para atenção básica são escassos, tanto para a operacionalização da integralidade no nível primário, quanto mais para organizar a rede de serviços orientada sob esse princípio. Sob essa perspectiva, a integralidade pode estar em risco, principalmente, nos municípios que têm o foco do sistema na atenção básica, por não terem capacidade administrativa e/ou recursos adicionais para executarem os demais níveis de atenção.

5 OS DILEMAS DO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

5.1 Evolução histórico-conceitual do planejamento em saúde na América Latina

As discussões para o desenvolvimento de métodos de planejamento em saúde na América Latina foram originárias do pensamento cepalino, o qual tinha na Teoria do Subdesenvolvimento a explicação para a relação centro-periferia e desenvolvimento econômico. Para o pensamento cepalino, a preocupação em desenvolver métodos de planejamento tinha como premissa o uso mais racional dos recursos, na busca da eficiência de sua utilização, o que possibilitaria o alcance de melhores resultados em relação ao desenvolvimento econômico.

A década de sessenta foi marcada por momentos de difusão, crítica e evolução do modelo de planejamento em saúde. Em 1961, ocorreu a Conferência de Punta del Este, onde os ministros de Estado dos países latino-americanos reconheceram formalmente a importância do planejamento como ferramenta, tanto da promoção do crescimento econômico, quanto da promoção do bem-estar social. Como resultado das discussões dessa reunião, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) encomenda ao Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), da Universidade Central da Venezuela, a elaboração do documento *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud*, o qual apresenta uma proposta metodológica para formulação de planos nacionais de saúde.

Partindo da premissa que expressa a relação entre crescimento econômico e promoção do bem-estar social, esforços foram feitos com o objetivo de desenvolver métodos de planejamento que pudessem ser utilizados na prática da gestão de sistemas de saúde. Inicialmente, tais esforços se concentraram no desenvolvimento de um

método que respondesse, prioritariamente, às preocupações em relação ao melhor uso dos recursos, o que ocasionou a fundamentação do método nos princípios do planejamento econômico, na busca da eficiência na utilização dos recursos.

A primeira iniciativa de elaboração de um método ocorreu em 1964, através do CENDES, por solicitação da OPAS, conhecido como método CENDES-OPAS. O método incorpora como idéia central a eficiência no uso dos recursos, entendimento ancorado nas ciências econômicas, com a identificação do problema central de maximizar resultados com recursos fixos ou minimizar recursos com resultados pré-determinados.

Segundo Rivera (1992, p. 25), a intenção do método era de:

[...] operacionalizar alguma forma de cálculo da eficiência (enquanto análise de custo-benefício) que possa auxiliar tanto o processo de definição de prioridades (entre danos e grupos da população) quanto o processo de escolha das técnicas programáticas (combinação de recursos).

Já na opinião de Mattos (1993), apesar do método CENDES/OPAS ter sido resultante das recomendações da Carta de Punta del Este, sua proposta metodológica não pode ser vinculada às premissas expressas pelo referido documento, elaboração de um método de formulação de projetos na área de saúde. Na verdade, o CENDES-OPAS significou uma proposta para adoção integral de programação em saúde, expressa por um conjunto de idéias sobre planejamento, sua inserção na sociedade e apontando os passos lógicos da construção de uma metodologia de programação econômica em saúde. Foi uma proposta de programação local, que promoveu a implantação de alguns conceitos como: dano, instrumentação, eficácia, rendimento e normatização, inerentes ao caráter economicista e normativo do método.

São pressupostos do método CENDES/OPAS: a) o planejador é externo à realidade a ser planejada, a qual é entendida como um objeto controlável, caracterizado por comportamentos estáveis e previsíveis; b) é possível realizar um diagnóstico único da realidade, cujas variáveis e parâmetros permitem determinar o alcance ótimo ou não dos resultados, com vistas à maximização dos recursos e c) a flexibilidade não é incorporada ao método e sim a racionalidade do ator político que, ao conhecer as soluções propostas, poderia interferir modificando metas e prioridades.

A Carta de Punta del Este também estabeleceu um amplo programa de ajuda internacional, conhecido com Aliança para o Progresso, que teve como objetivo induzir à formulação de planos nacionais que integrassem desenvolvimento econômico e social, nas áreas de reforma agrária, habitação, educação e saúde. Tal iniciativa expressava uma visão desenvolvimentista de realização de investimentos externos, com vistas a permitir aos países subdesenvolvidos (atualmente denominados em desenvolvimento) alcançarem sua maturidade econômica e social, nessa ordem.

O início da década de 70 foi marcado pela ascensão de movimentos progressistas em vários países da América Latina, expressando a reivindicação de uma maior participação dos movimentos sociais nos processos decisórios. Tal movimento influenciou as discussões da III Reunião de Ministros, resultando no reconhecimento do direito universal à saúde e na institucionalização da extensão de cobertura das ações de saúde às populações. Como resultado de tais discussões, surge o Plano Decenal das Américas, o qual reforçava o papel do Estado na formulação de políticas setoriais. São reforçadas as proposições para obtenção da racionalização econômica dos recursos empregados no setor saúde, além de se apontarem diretrizes política (equidade, papel do Estado) e organizacional (regionalização, hierarquização), assim como o surgimento de

uma proposta de planejamento participativo de cunho instrumentalizador, mas que propunha a incorporação da população.

Em 1975, o Centro Pan-Americano em Saúde (CPPS/OPAS) publica o documento “Formulación de políticas de salud”, situa o planejamento em saúde no terreno da política, resguardando a normatividade e linearidade existentes no método CENDES/OPAS, mas com ganhos qualitativos, ao reconhecer que tanto o diagnóstico quanto a imagem-objetivo são produções ideológicas dos atores que vivem a realidade a ser planejada e, portanto, permeada de conflitos.

Para Mattos (1993), essa dimensão estratégica é precedida por uma análise de viabilidade política, traduzida pela representação de adversários e aliados. O reconhecimento deste campo de forças concreto e dinâmico introduz uma ruptura epistemológica em relação à visão normativa e tecnocêntrica (papel do planejador). Nesse sentido, o documento enfatizou a instrumentalização do poder da autoridade política como também a normatização do enfoque estratégico, o qual evoluiu para a aparição da dimensão estratégica atual do planejamento em saúde, trabalhado posteriormente por Mário Testa.

Na segunda metade da década de 70, essa primeira fase do planejamento entra em crise, ocasionada pela limitação das ações de planejamento em decorrência dos regimes burocrático-autoritários. Associadas a tal fato, as críticas sobre a visão normativa do planejamento ocasionaram, no final da década de 70 e início da década de 80, o surgimento de um novo paradigma ao planejamento em saúde, sob o enfoque estratégico, trabalhado por Mário Testa e Carlos Matus, ambos estudiosos da área e oriundos da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL).

O pensamento estratégico de Testa e a associação do enfoque situacional ao planejamento estratégico trabalhado por Carlos Matus encontram um ambiente propício

para o seu desenvolvimento, em decorrência das aspirações e compromissos com a redemocratização em diversos países. Tal contexto ocasionou a abertura de espaços no âmbito do governo e da sociedade civil para a discussão e proposição de políticas sociais.

Para Testa (1992), o pensamento estratégico é visto numa perspectiva que divide a sociedade em classes antagônicas (dominantes/dominados) e, a partir dessa premissa, estabelece que a visão estratégica deva ser ancorada nos seguintes pressupostos básicos: a) poder, entendido como uma ação consciente do povo que luta por sua liberdade; b) política, entendida como proposta de distribuição de poder e estratégias e c) coerência, estabelecida pela relação entre propósitos, métodos para alcançá-los e organizações (instituição ou ator social) que se encarregam de fazê-lo. Portanto, a organização ocupa um papel central, seguido do método, o qual deve permitir sua revisão crítica de maneira contínua, o que significa ser o menos normativo possível (MATTOS, 1993).

Para Carlos Matus (1987), o enfoque estratégico é uma resposta à crítica ao planejamento normativo, ao desconhecer os atores sociais que determinam o fluxo dos acontecimentos. Segundo Mattos (1993), o enfoque estratégico de Matus surge no âmbito mais geral do planejamento econômico-social. Parte do reconhecimento da complexidade e da incerteza da realidade, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados¹⁴ e o poder se encontra compartilhado.

Outro fato que orientou as reflexões de Matus foi sua preocupação central com a crise de governabilidade que assolou os governos latino-americanos. Tal contexto

¹⁴ Matus (1993), apoiado em Ian Mitroff, utiliza as noções de problemas bem estruturados, quase estruturados e não estruturados. Os primeiros são problemas que, em geral, podem ser tratados segundo modelos determinísticos de análise, pois se conhecem todas as variáveis intervenientes e suas formas de articulação. Por outro lado, os dois outros tipos de problemas só podem ser tratados a partir de modelos probabilísticos e de intervenções criativas, já que fazem parte de situações de incertezas quantitativas e/ou qualitativas, nas quais não se podem enumerar todas as variáveis envolvidas e seus respectivos pesos na geração do problema.

direcionou sua reflexão e conseqüente proposta na necessidade de aumentar a capacidade de governar, entendendo o planejamento como um instrumento que favorece a intenção de submeter os acontecimentos e seu curso à vontade dos homens, transformando-os em condutores.

Para Matus (1993), qualquer perspectiva de governo envolveria três dimensões-chave, que passaram a ser conhecidas como o triângulo de governo de Matus: a) **projeto de governo**, ou seja, a relativa ao conjunto de propostas que caracterizam a perspectiva de ação do ator social em questão; b) **capacidade de governo**, relativa ao arsenal de ferramentas teórico-metodológicas de que o ator social dispõe para tentar implementar seu projeto e c) **governabilidade**, que diz respeito ao grau de controle que determinado ator social tem sobre as variáveis e os recursos mais fundamentais para realizar seu projeto.

A intenção de Matus é a de justificar e desenvolver um conjunto de técnicas, métodos e habilidades que permitam ao ator social em situação aumentar suas capacidades de direção, gerência, administração e controle do sistema social em questão. Sendo assim, formula o método de planejamento situacional, aplicável em governos democráticos, onde existem diversos atores sociais em situações de poder compartilhado, sendo a situação um recorte da realidade que inclui tudo e todos os que são relevantes para a perspectiva de ação do ator social que planeja, isto é, tudo que influencia (ou pode influenciar) a ação (MATTOS,1993).

As considerações de Testa e Matus contribuíram para reorientar os fundamentos básicos do planejamento desenvolvido na América Latina, o qual, enquanto esteve ancorado nos postulados do enfoque normativo, conduziu a uma prática economista e tecnocrática isolada do processo de governo e da razão política.

Mattos (2001) considera que o procedimento normativo define um curso do processo de desenvolvimento que compreende as ações necessárias para cumprir determinados objetivos fixados *a priori*, sendo que as ações propostas não surgem do conhecimento dos fatores que explicam e determinam a conduta. Entende que entre a situação atual e o objetivo há uma trajetória eficaz que deve substituir o comportamento real – a norma que sobrepõe e tem coerência com os objetivos.

Já o procedimento estratégico supõe uma resposta do sistema diante de alterações deliberadas, resposta que pode ser orientada para o cumprimento de objetivos conscientemente escolhidos. A norma é um ponto para o qual se pretende conduzir o comportamento do sistema cuja trajetória do processo para alcançar a norma não deriva desta, mas de ajustes possíveis e sucessivos no comportamento do sistema.

Mattos (2001), citando Matus (1972, p. 101), destaca que o procedimento estratégico,

[...] ao invés de superpor-se a realidade, emerge dela, [...] e se distingue dela porque busca um meio de modificá-la baseando-se em um conhecimento preciso de seu funcionamento.

No quadro 1 a seguir, apresentamos uma sistematização dos pressupostos do planejamento normativo e estratégico:

QUADRO 1

Sistematização dos pressupostos do planejamento normativo e estratégico

Planejamento normativo	Planejamento estratégico
O sujeito do planejamento é o Estado e o objeto é a realidade econômico-social; sujeito e objeto são independentes e o primeiro controla o segundo.	O sujeito que planeja está comprometido no “objeto planejado”.
O diagnóstico se guia pela busca da verdade objetiva, e deve ser único.	Há várias explicações da realidade condicionadas pelas respectivas inserções de cada ator. Não há diagnóstico único.
Explicar é descobrir as leis que regem os objetos.	Os atores sociais geram possibilidades num sistema social criativo que só em parte está sujeito a leis.
A planificação pode identificar-se com o cálculo do “desenho” de um “deve ser” que é discrepante do “tende a ser”, que revela o diagnóstico.	O planejamento tem que abarcar o problema de vencer a resistência dos outros ao próprio plano. Em consequência, não pode se restringir ao “deve ser”, mas deve abarcar o “pode ser” e a “vontade de fazer”.
Desconsideram-se as incertezas e os eventos probabilísticos.	Todo plano é impregnado de incertezas.
O plano é um produto de uma capacidade exclusiva de um Estado, e tem um final fechado.	O plano não é monopólio do Estado, donde há vários planos em conflito, e o final está aberto.

Fonte: MATUS, 1982, p.13-16; MATUS, 1993, p. 73- 80)

Nesse sentido, podemos inferir que a evolução histórico-conceitual pela qual passa o planejamento da saúde na América Latina progride de um enfoque normativo para um enfoque estratégico.

5.2 Uma reflexão sobre as discussões atuais do planejamento em saúde

Desenvolver uma reflexão sobre as atuais discussões e produções científicas que têm reorientado as concepções teórico-metodológicas da área do Planejamento em Saúde requer, em um primeiro momento, identificar os diferentes conceitos e/ou denominações que têm sido disponibilizados nas literaturas nacional e latino-americana sobre planejamento, em geral, e o planejamento em saúde.

O estudo desenvolvido por Vilasbôas (2006) sistematizou um leque variado de denominações para o termo planejamento, utilizadas por estudos da área temática e que expressam uma pluralidade de entendimentos. Dessa forma, o planejamento tem sido designado como:

[...] um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, uma mediação entre diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores (VILASBÔAS, 2006, p. 18).

Conforme destaca Vilasbôas, para Alberchts (2003) o planejamento é uma prática que acontece e é inseparável da realidade sócio-histórica concreta dos sujeitos que compõem a realidade a ser planejada. Os sujeitos, com seus valores, crenças, lutas e práticas constroem a imagem objetivo que querem alcançar, conformando uma racionalidade intrínseca ao planejamento. Nesse sentido, o planejamento pode ser entendido como uma ação social¹⁵, a qual, seguindo a compreensão de Weber (1994), apresenta três modos de determinação: a) racional, baseada em fins voltados para o êxito ou em valores; b) emocional, conduzida pelos afetos e c) tradicional, fundamentada em costumes. Para o autor, esses três modos de determinação da ação social interagem.

¹⁵ Para Weber (1994), ação social “é uma ação que, quanto ao seu sentido visado pelo agente ou pelos agentes, refere-se ao comportamento de outros, orientando-se por este curso”.

Pensando na ação “planejadora” dos atores sociais, mesmo que essa tenha uma determinação racional como tipo ideal, certamente há componentes afetivos e tradicionais que moldam. Vilasbôas (2006, p.19) destaca que:

Há sempre uma finalidade ou propósito subjacente ao ato de planejar: seja para a obtenção do êxito, alcançado numa relação eu-objeto ou eu-outro, seja para a obtenção de um rendimento compartilhado entre atores sociais em situação.

Nessa concepção, a teoria do planejamento, conforme destaca Matus (1993), fundamentar-se-ia em teorias da ação social, o aproximando mais do campo da política, ao se posicionar no espaço das decisões de uma sociedade quanto ao seu futuro.

A dimensão tecnológica traduz as definições do planejamento como um método, uma técnica, uma ferramenta de gestão, ou seja, os meios que possibilitam desenhar, elaborar e acompanhar a implementação de planos de ações sob uma determinada realidade.

Vilasbôas (2006), referenciando alguns autores (GIORDANI,1979; PAIM, 1986; RIVERA,1989; TEIXEIRA, 1996; CAMPOS,2003), destaca que as diferenças entre as definições acima descritas, além de variarem em função do papel que o Estado, em contextos específicos, exerce na formulação e implementação das políticas, podem também estar relacionadas a interações entre distintas racionalidades, presentes no ato de planejar e com o papel atribuído ao planejamento na construção de alternativas para as realidades sociais.

O que há de comum nessas definições é a idéia do planejamento como meio que orienta e instrumentaliza a conduta humana para o alcance de uma determinada finalidade. Nesse sentido, o planejamento é uma técnica, que não exclui seu caráter social, produz uma transformação de um objeto (imagem objeto) em um produto, o qual é vinculado às finalidades a serem alcançadas. E, sendo assim, aproxima o planejamento

à forma de orientação da ação humana, com vistas ao alcance de uma dada finalidade, associando o ato de planejar ao conceito de processo de trabalho, definido como uma tecnologia¹⁶ que possibilita a transformação desejada, permitindo que o planejamento seja abordado como um determinado tipo de trabalho (VILLASBÔAS, 2006).

No caso do planejamento em saúde, o objeto deste trabalho são as práticas de saúde realizadas em uma instituição e, nesse sentido, Vilasbôas (2006, p. 19) destaca que:

[...] pode-se admitir que as práticas de planejamento agiriam sobre a organização das práticas de saúde de modo a torná-las coerentes com os princípios orientadores da finalidade da ação institucional, contribuindo para a implementação das políticas de saúde nesse âmbito.

No bojo desse debate, estudiosos brasileiros sobre planejamento, ao tomarem o enfoque estratégico como eixo das discussões, vêm buscando, a partir da década de noventa, não apenas a aplicação de metodologias pré-existentes, mas elaborar propostas teórico-metodológicas fundamentadas na constatação de que o planejamento tem como razão de existir sua capacidade instrumental ao propiciar a operacionalização de organizações e grupos para atingir seus fins. Confirma que seu campo metodológico visa os meios como seu fim. No entanto, o dilema dos estudiosos tem sido de recolocar junto à racionalidade instrumental a questão da subjetividade que envolve as organizações.

Para Campos (2000a.), o trânsito entre estes dois pólos – racionalidade instrumental e subjetividade, não tem sido fácil; apesar disso, a autora enfatiza a necessidade de construir alguma nova instrumentalidade capaz de dar conta do dilema

¹⁶ Tomamos como definição de tecnologia a usada por Mendes-Gonçalves (1994): “um conjunto de saberes e instrumentos que expressa [...] a rede de relações sociais em que seus agentes articulam a sua prática em uma totalidade sócia” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.32).

eficácia/realização pessoal dos trabalhadores. A autora considera que [...] “se trata de falsa dicotomia entre instrumentalização e subjetivação. Dicotomia que nós, planejadores, deveremos enfrentar e questionar, se quisermos atingir a vocação teleológica da área”¹⁷ (CAMPOS, 2000a., p.724).

Concordamos com a autora de que se trata de uma falsa dicotomia, pois é impossível separar do ato de planejar as dimensões do processo social de sua instrumentalidade, já que esta última é operada pelos sujeitos.

Em um de seus estudos, Campos (2000a.) destacou as reflexões realizadas por alguns estudiosos da área, que propõem contrapor à racionalidade inerente ao planejamento, em especial ao Planejamento Estratégico Situacional (PES), a ênfase na eficácia/realização profissional.

Rivera (1992) e Gallo (1992) propõem a reflexão sobre o planejamento como meio de ação comunicativa. Rivera (1992) propõe uma análise reconstrutiva do PES, aproximando-se da Teoria do Agir Comunicativo de Habermas¹⁸, e, dessa forma, busca revalorizar “[...] as estratégias de negociação e de cooperação, em prol da legitimidade dos planos [...]”, o que implica assumir uma perspectiva mais descentralizadora do mundo,

¹⁷ O planejamento como ação social tem uma estrutura teleológica que lhe é inerente. Habermas (1987, p.145-146) ressalta que toda ação social tem uma estrutura teleológica que lhe é própria. O que muda são os propósitos do ator social: obtenção do êxito (ação teleológica e estratégica) e acordo comunicativamente alcançado (ação comunicativa): “em todos os casos pressupõe-se a estrutura teleológica da ação, já que se supõe aos atores a capacidade da proposição de fins e de atuar teleologicamente e, portanto, também um interesse na execução de seus planos de ação” (Habermas 1987, p.71-72).

¹⁸ Habermas visualiza o resgate de uma racionalidade comunicativa em esferas de decisão do âmbito da interação social que foram penetradas por uma racionalidade instrumental. A penetração da racionalidade instrumental no âmbito da ação humana interativa produz um esvaziamento da ação comunicativa e, ao reduzi-la à sua própria estrutura de ação, gerou, no homem contemporâneo, formas de sentir, pensar e agir fundadas no individualismo, no isolamento, na competição, no cálculo e no rendimento, que estão na base dos problemas sociais. Habermas em sua teoria parte da premissa de que o homem não reage simplesmente a estímulos do meio, mas atribui um sentido às suas ações e, graças à linguagem, é capaz de comunicar percepções e desejos, intenções, expectativas e pensamentos. Vislumbra a possibilidade de que, através do diálogo, o homem possa retomar o seu papel de sujeito. Pois, as comunicações que os sujeitos estabelecem entre si, mediadas por atos de fala, dizem respeito sempre a três mundos: o mundo objetivo das coisas, o mundo social das normas e instituições e o mundo subjetivo das vivências e dos sentimentos. As relações com esses três mundos estão presentes, ainda que não na mesma medida, em todas as interações sociais (HABERMAS, 1987).

trazendo “[...] à tona o mundo social dos atores para além da fria compreensão do planejamento enquanto tecnologia [...]” (RIVERA,1989, p. 89). A proposta de Rivera expressa o entendimento do autor da necessidade de se fazer um contraponto com “[...] determinismos que Matus atribui à estrutura econômica, o poder determinante da estrutura técnica e o rigor explicativo de contornos pragmáticos” (RIVERA, 1989, p.90).

Gallo (1992) faz uma crítica do agir instrumental e de sua colonização da vida. Em seus estudos o autor buscou, através da análise das conformações históricas entre as relações Estado/Sociedade/Razão e Poder, explicar que tais elementos têm sido operados de modo a diagnosticar, delimitar e definir os caminhos sociais, tendo como resultado:

[...] a monetarização e a burocratização do mundo vivido; é o bloqueio das ações comunicativas e a despolitização da sociedade; é a impossibilidade desta definir suas normas autonomamente, de se tornar sociedade instituinte. É a derrota da intenção e a vitória da técnica (GALLO, 1992, p.32).

Outro grupo de estudiosos da área reflete sobre o enfoque do planejamento como subsídio da gestão democrática e participativa. Destaque às considerações de Gastão Campos (1989), ao vincular o planejamento a modelo inovador de gestão no âmbito da instituição, aproximando-se da concepção de Testa, ao entender o planejamento como uma ferramenta capaz de opor-se a que as leis de mercado sejam as únicas ordenadoras dos sistemas médico-sanitários. Dessa forma, o autor espera que o planejamento seja resgatado como instrumento capaz de promover mudanças, fazendo apelo à sua dimensão teleológica. E, sendo assim, os planos deveriam operacionalizar sínteses entre as diretrizes de eficiência e as de eficácia; entre a saúde pública (prática mais coletiva) e o atendimento médico individual (baseado na clínica médica).

É dessa forma que o autor espera que o planejamento seja incorporado ao debate sanitário brasileiro, sendo um instrumento capaz de promover uma gestão democrática e

participativa, por entender o planejamento como mais um item da gestão. A questão nuclear do autor é:

[...] como utilizar o instrumental da gestão para propiciar a construção de sujeitos mais livres e criativos, comprometidos com visão de mundo mais solidária e com o resgate do valor de uso do trabalho (CAMPOS 2000, p. 727).

Refletir sobre o planejamento como subsídio da gestão democrática e participativa vem levando Merhy (1995) a apreender sobre o planejamento como tecnologia da ação. Dessa forma, o autor ancora suas reflexões em três dimensões básicas:

a) Planejamento como instrumento dos processos de gestão das organizações, destacando que, nesse contexto, ocorrem processos de trabalho. Alerta que a construção de tecnologias de governar o processo histórico de uma organização pode levar a uma práxis totalitária, que alcança a eficiência. No entanto, Campos (2000a.) destaca que tal processo também pode expressar “[...] um modo paradigmático do que significa “governar o processo de trabalho” (CAMPOS, 2000a., p.727).

b) Planejamento como prática social transformadora, determinando novas relações sociais. Essa dimensão possibilita a construção de uma tecnologia que promova a liberação dos processos de trabalho, oportunizando o uso de ferramentas que promovam a liberação do que o autor denomina de trabalho vivo¹⁹, o que poderá efetivamente levar a um aumento da eficiência e eficácia dos meios. Como destaca Campos (2000a.), liberar os processos de trabalho tem como grande desafio “[...] desenvolver algum instrumental que desse conta de “desgovernar” o processo de trabalho, em

¹⁹ Franco (2003), citando Merhy (1997, 2000) apresenta a concepção do autor sobre tecnologias de trabalho em saúde, que sugere outras categorias para designar as tecnologias de trabalho, quais sejam: aquelas centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de “tecnologias duras”, aquelas do conhecimento técnico, “tecnologias leve-duras”, e das relações, “tecnologias leves”. Essas tecnologias operam o Trabalho Morto e o Trabalho Vivo em ato, compondo assim um amálgama em processos de produção da assistência à saúde que determinam o núcleo tecnológico do trabalho, ou melhor, a Composição Técnica do Trabalho (CTT) (FRANCO, 2003, p.121-122).

particular o da saúde, o qual já esta fortemente governado: pelas lógicas dos saberes, das formações corporativas, das diretrizes organizacionais” (CAMPOS, 2000a, p.727).

c) Planejamento como método de ação governamental, tecnologia de gestão/produção de políticas. Nessa perspectiva, o planejamento se apresenta como uma ferramenta governamental.

As reflexões de Merhy apontam para múltiplas racionalidades do agir racional intrínseco ao planejamento. Apontam que, no caso do planejamento ser campo da gestão de políticas, sua dimensão instrumental propicia o desenvolvimento de métodos cujos processos são prescritivos e normatizadores, por terem como propósito a lógica da política e da conformação histórica dos processos institucionais. Ao passo que, para o planejamento ser instituinte de mudanças, deve avançar nas ideologias que possam desconstruir a visão determinista e fechada do agir instrumental.

Campos (2000a.), a partir de tais reflexões, conclui que os estudiosos da área têm se apoiado em referenciais teórico-metodológicos existentes, buscando utilizá-los e reelaborá-los, de modo a terem instrumentos úteis ao sucesso de projetos. No entanto, todo gerente, coordenador ou integrante de equipe de saúde deveria receber formação e ser orientado para operar com esses conhecimentos no cotidiano de seus processos de trabalho, tornando a prática cotidiana planejada e assim potencializadora de uma gestão democrática e participativa.

Segundo Matus (1993), planeja quem governa, isto é, os sujeitos que assumissem sua condição de atores sociais, de modo individual ou coletivo, seriam os sujeitos planejadores. Isto é, indivíduos, grupos ou instituições que tivessem interesse e capacidade de agir, de modo provisório ou permanente, em uma situação.

5.3 Um olhar sobre o dilema entre planejamento e programação em saúde

O contexto em que o planejamento em saúde se desenvolveu na América Latina introduziu uma dinâmica ao campo do Planejamento que se configurou numa separação entre os estudiosos, formuladores de referenciais teórico-metodológicos. Pode-se dizer que foram constituídos dois grupos: um em que pensavam mais sobre os conceitos e formulações do planejamento, e outro, que não se comunicava com o primeiro e que usava o planejamento como método. Esse movimento ocasionou uma fragmentação do campo científico do planejamento, resultando no direcionamento do planejamento, prioritariamente, para a concepção de elaboração de método de formulação de políticas em detrimento da programação, a qual se caracteriza pelos processos técnicos, como se fosse possível separar as dimensões política e técnica do planejamento no processo de gestão da saúde. Como consequência, o planejamento passa a ser mais entendido e utilizado como subsídio para o desenho de sistemas, de políticas de saúde, enquanto a programação, entendida como uma técnica, dissociada da tomada de decisões quanto à destinação de recursos.

A programação identificada apenas como técnica se distancia da análise dos usos reais e potenciais dos processos, visando maximizar a eficiência das atividades programadas, entendendo como atividade as ações de saúde realizadas pelo governo e orientadas diretamente para manter e melhorar a saúde das populações (OPS, 1965).

Nesse caminho, o enfoque do planejamento foi direcionado ao longo do tempo a um modelo teórico-metodológico cuja proposta caracterizou um modelo normativo de programação, bloqueando o olhar para um modelo que procurasse responder de forma mais enfática às necessidades de saúde. Perde-se o sentido de instrumentalização de mudanças que tenham como resultado mais equidade no enfrentamento dos problemas

de saúde. Logo, a crítica que se faz à programação local está direcionada às iniciativas que compartilham da visão normativa do planejamento. Nesse sentido, podemos inferir que essa crítica é direcionada ao método CENDES-OPAS, por ser este, talvez, a única expressão acabada de um enfoque normativo de programação no setor saúde.

Rivera (1989), em seu texto *A Programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico*, destaca algumas características que considera limitadoras do enfoque normativo e que, neste estudo, orientaram reflexões sobre o dilema entre o enfoque normativo e o estratégico situacional nos processos de planejamento e programação em saúde. O autor aponta para o privilegiamento que o enfoque normativo dá ao critério de eficiência econômica na utilização de recursos escassos, aproximando a metodologia de programação local para o enfoque da programação baseada na mera oferta de recursos, em detrimento das necessidades de saúde. O paradigma de programação predominante é orientado pelo ideal de crescimento e produtividade sobre os ganhos de equidade. Caracteriza uma relação custo/benefício obtida por indicadores de custos econômicos e parâmetros de produtividade tecnológica, associada a poucos indicadores epidemiológicos, no máximo indicadores de mortalidade por danos específicos e populações específicas, não propiciando possibilidades redistributivas da regulação sanitária. Logo, a programação normativa ou tradicional, quando tenta se aproximar das necessidades de saúde, a faz a partir dos danos de saúde, possibilita perceber os fenômenos sanitários, mas não permite conhecê-los e explicá-los.

Refletindo sobre a experiência brasileira, destacamos a presença de tal enfoque na prática de programação desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS), orientada, ainda de forma hegemônica, pela relação oferta de procedimentos de saúde e recursos disponíveis. O resultado de tal prática propiciou uma cultura de programação em saúde

alicerçada sob a estruturação de programas de saúde, caracterizados como estratégia operacional orientadora das práticas assistenciais. Instrumento operacional que organiza a política de saúde em diversas áreas.

Os programas de saúde são estruturados a partir de objetivos e metas pré-definidos, com vistas ao alcance de uma imagem-objetivo definida de forma centralizada pelo nível federal. A partir de então, um leque de ações é definido para o alcance de resultados pré-estabelecidos, os quais são, imaginariamente, elencados por entender que esses possibilitarão o alcance da imagem-objetivo. A definição do pacote de ações de um programa tem como base a relação imagem-objetivo e recursos disponíveis (financiamento), sendo que esse último molda e condiciona a amplitude do programa, limitando o critério “necessidade de saúde” a uma percepção de garantia de pacotes mínimos que, em grande maioria, não levam em consideração as realidades locais, em termos dos diferentes perfis epidemiológico, econômico-sociais, como dos aspectos estratégicos que envolvem a governabilidade de um programa/projeto. Tal característica é representativa do enfoque normativo, ao entender que a função da programação é técnica e que não cabe se importar com a viabilidade política e sim com a factibilidade dos recursos. Segundo Rivera (1989), “[...] o político é definido como um dado que antecede e se superpõe à programação, condicionando seus parâmetros.” (RIVERA, 1989, p.61).

O Programa de Saúde da Família (PSF) representa, atualmente, uma das iniciativas do MS potencializadora de se repensar a lógica de programação ao definir como uma de suas diretrizes operacionais o planejamento local. No documento do MS de 1996, titulado Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde, o planejamento é apresentado como uma das diretrizes da reorganização das práticas de trabalho. Expressa um entendimento de planejamento que tem como base conceitual a

elaboração do diagnóstico da situação de saúde local, direcionado para um caráter estruturante da integralidade da atenção à saúde, e, nesse sentido, o planejamento deve ser pensado como um todo. A concepção ideológica expressa nos documentos aponta que o processo de planejar deve possibilitar a democratização, a problematização, o dinamismo, enfim, a aproximação entre planejamento e assistência. Sendo assim, o planejamento deve tomar como objeto as necessidades de saúde das populações adscritas às equipes de saúde da família, envolvendo a participação da comunidade na definição de problemas e prioridades de saúde.

Apesar de tal fundamentação, o PSF traz em seu desenho a definição de um leque de ações estratégicas para a atenção básica, além de parâmetros assistenciais de produção mínima para os profissionais que compõem a equipe. A permanência de tais procedimentos expressa a manutenção de uma prática de programação centrada no enfoque normativo, tendo como estratégia a garantia de ações mínimas a serem desenvolvidas, característica de uma visão de programação orientada para a implementação de política, no caso, a da Atenção Básica do SUS. Dessa forma, o MS, além de deliberar a política, define como deve ser realizada, com vistas ao alcance de impactos na saúde da população, imaginariamente pré-definidos.

A definição de princípios e diretrizes para a implementação de uma política ou de um programa é importante. Os princípios e diretrizes do PSF apontam para uma potencialidade de repensar a lógica de programação como prática que direciona e instrumentaliza os processos de trabalho no cotidiano, entendendo a programação como um processo dinâmico, que é inseparável da realidade sócio-histórica concreta dos sujeitos que compõem a realidade a ser planejada.

No entanto, a compreensão cientificista da programação que vem sendo adotada pelos níveis de gestão do SUS contribui para a abstração da dimensão política que

envolve os processos de programação, ao desconhecer o papel dos atores sociais na formulação e implementação. Tal procedimento resulta em uma programação rígida, egocêntrica dos programas, tendo como consequência o alheamento do ator da realidade que programa, impedindo seu raciocínio para a abordagem do diagnóstico e das outras fases da programação (análise situacional, definição, explicação e priorização de problemas/necessidade, análise estratégica, operacionalização do plano, execução e avaliação).

A não apropriação da programação pelos atores sociais que compõem a realidade a ser planejada acaba imprimindo à programação uma característica monolítica e inflexível, além de limitar a viabilidade de uma política ou programa. Sendo assim, é premente que se retome o entendimento que o planejamento em saúde tem do termo programação designando a etapa da metodologia do plano, que é realizada pela instituição local de prestação de serviço de saúde. Designa, portanto, a parte operacional de um plano de saúde. Logo, não basta propor a programação local como estratégia orientadora do trabalho das equipes, é importante munir os profissionais de conhecimentos e instrumentos para que essa prática seja efetivamente incorporada.

Avanços significativos podem ser observados na lógica de programação inerente ao PSF. O Sistema de Informação para a Atenção Básica (SIAB) oferece o Cadastro da Família, formulário que é preenchido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante visitas aos domicílios de sua micro-área de atuação. A consolidação dessas informações pelo SIAB gera o Consolidado das Famílias da área de atuação de uma equipe de saúde da família e, juntamente com as informações diárias do trabalho dos ACS e os demais dados de registro da unidade básica de saúde, permitem que a equipe proceda ao diagnóstico de saúde de sua população adscrita. Apesar de contar com tal ferramenta, é

preciso capacitar as equipes para o trabalho de como juntar essas informações para programar as ações que serão ofertadas à população.

Pensar a programação como algo que organiza a assistência à saúde, tendo como pressuposto a integralidade, exige que a programação seja aplicada e articulada aos outros níveis de atenção de um Sistema Local de Saúde, especialmente nos sistemas em que os serviços se estruturam em rede. No entanto, Rivera (1989, p. 62) ressalta que a programação local, enquanto

[...] técnica de estimativa de recursos tem sido aplicada divorciada da programação em rede, isto é, tem assumido preferencialmente como objeto, as unidades locais de saúde, considerando, em separado, os níveis de complexidade tecnológica que compõem o sistema local ou regional.

Para o autor, esses níveis são assumidos ou como dados preexistentes, no sentido de uma “[...] normatização institucional”, contribuindo para “[...] uniformizar a priori as diferentes instâncias institucionais”, ou não são considerados. Tal fato pode resultar “[...] em uma asincronicidade estrutural da rede (dos diversos componentes) e em uma limitação séria da eficiência” (RIVERA 1989, p.62).

Pensando na realidade operacional do SUS, mais especificamente no processo de programação de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBS-SF), e tomando como realidade de análise a UBS-SF em estudo, os profissionais relataram que um dos grandes problemas para o alcance de uma atenção integral é a deficiência do sistema de referência e contra-referência. Foi possível observar que há uma definição teórico/burocrática do grau de resolutividade dos serviços nos diferentes níveis de atenção. Tal relação se organizou utilizando para os níveis mais complexos de atenção parâmetros normativos representativos de uma série histórica de procedimentos e recursos utilizados nesses níveis. Já para o nível básico do sistema, atenção básica, especialmente para as UBS-SF, a normatização foi orientada pelos parâmetros de

adscrição de clientela, definindo de 400 a 1000 famílias, ou seja, de 2.400 a 4.000 pessoas por equipe de Saúde da Família e por um leque de ações básicas estratégicas, as quais têm parâmetros assistenciais de produção. Sendo assim, a programação local, além de ser orientada por parâmetros essencialmente normativos, em detrimento das necessidades de saúde, também não desenvolveu uma programação em rede. A falta de integração e a duplicidade passam a ser a consequência natural de uma falta de formulação simultânea dos âmbitos de rede e de unidade local.

Outra dimensão de análise da lógica atual de programação e que limita pensar a programação como método²⁰ para a organização da assistência à saúde sob o enfoque da atenção integral é sua sistemática de concentração na análise e instrumentalização de problemas sanitários inerentes ao setor saúde, utilizando como ponto de partida único da programação a representação de critérios como a mortalidade, a morbidade, a composição populacional ou ações sanitárias desagregadas. Esquece-se de que os problemas atravessam os setores e, sendo assim, toma como conceito operacional o programa setorial, abstraindo um espaço extenso de imbricações que fazem parte do conceito ampliado de saúde.

Em relação à programação intersectorial, foi observado no cenário de estudo ser essa totalmente ausente. As ações desenvolvidas são incipientes, pontuais e ordenadas por iniciativas individuais dos profissionais de saúde. O núcleo de abordagem é ausente das lógicas de programação institucionalizadas, tanto pelo MS como pelo município.

O que podemos observar é que o processo de programação em saúde vem sendo acompanhado de uma excessiva centralização técnica, não priorizando a

²⁰ Partimos do pressuposto de que a programação é algo inerente ao planejamento e, sendo assim, o sentido de método a que estamos nos referindo expressa o que Vilasbôas (2006) define, ao se apoiar nas concepções de Giordani (1979) e Albrechts (2003): “[...] *um conjunto de meios utilizados para desenhar, organizar e acompanhar propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. Esses meios estão orientados, também, por valores, opções técnicas e escolhas política*” (VILASBÔAS, 2006, p.18).

descentralização da atividade de programação. Mesmo assim, os métodos de planejamento e programação têm sido apresentados como tecnologias potentes para articular mudanças no campo da saúde, ao possibilitarem mudanças efetivas do modelo assistencial vigente, enquanto tecnologia que possibilita articular diretrizes políticas e práticas reformuladas. Se o planejamento em saúde se propõe a medir mudanças, tem que se manter compromissado, tanto com os fins institucionais, como com a produção de saúde e a instituição de novas formas de cuidados.

O processo de trabalho em saúde vem sendo considerado categoria e conceito central ao debate sobre o desafio da mudança de modelo assistencial. Componente fundamental sobre o qual a gerência deveria atuar se desejasse produzir mudanças, devendo ser retomado como eixo ordenador dos processos de planejamento, utilizando lógicas de programação centradas em realidades concretas e ordenadas pelos atores sociais que vivenciam a realidade a ser planejada.

Atualmente, o dilema do planejamento encontra-se referenciado a uma concepção que o estruturou voltada para a análise de problemas e desenho de cenários futuros, respondendo a uma função de gestão pública por resultados, e por outra, que emerge de uma dimensão horizontalizada em relação a outras modalidades de planejamento tendo a função de catalizar o plano, sendo este um instrumento de comunicação que se estrutura de baixo para cima, onde a pactuação passa a ser representativa da busca do consenso participativo, onde o poder é compartilhado e a gestão é de situações inseridas em contextos plurais.

5.4 A Programação no âmbito da Atenção Primária em Saúde: uma reflexão sobre o cenário brasileiro de APS – a estratégia de Saúde da Família

As práticas de saúde ordenadas no âmbito da assistência ambulatorial são difíceis de serem delimitadas, devido à característica de indefinição constante de suas demandas, tornando-as complexas devido a fatores tais como: dificuldade de caracterização dos episódios de doença; grande volume de queixas maldefinidas e a presença importante de condições crônicas. Na atenção primária, agregam-se a essas dificuldades outras decorrentes de suas especificidades tecnológicas, traduzidas por uma complexidade na assistência a ser prestada, ao dever articular a atenção à demanda espontânea, às condições epidemiologicamente importantes, com boa qualidade do cuidado técnico e com cobertura adequada da população adscrita (SALA et al.,1996).

As unidades de atenção primária à saúde, denominadas no âmbito do SUS como Unidades Básicas de Saúde (UBS), respondem atualmente por um grande número de consultas médicas e outros procedimentos assistenciais, representando uma importante porta de entrada para o sistema de atenção à saúde no Brasil. A esse papel assistencial, articulam-se ainda demandas sanitárias, como a vigilância e controle de doenças, bem como riscos de adoecimento, além da educação em saúde. Constituem, portanto, uma forma tecnologicamente específica de atenção, que envolve síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas.

Essa complexidade de organização da assistência na atenção primária pode ainda ser maior, principalmente, em sistemas de saúde cujos serviços estão organizados de forma articulada e hierarquizada, exigindo uma complementariedade das ações pelos serviços mais complexos do sistema. Desse modo, o planejamento e programação das ações extrapolam o olhar local, isolado, passando a exigir uma articulação com as

demandas e necessidades aos outros níveis de atenção. Sendo assim, esse conjunto de determinantes estruturais é que vai ordenar a definição e a oferta de ações às populações adscritas, no âmbito da assistência na atenção primária.

Na atenção primária, para que as práticas de saúde sejam ordenadas de modo a atenderem às especificidades desse nível de atenção, é necessário que o processo de programação tenha como eixo ordenador a realidade sanitária, a qual deve ser conhecida e apreendida pelos atores sociais (profissionais e comunidade) nela inseridos. Esse pressuposto da organização da assistência em atenção primária imprime uma necessidade e estabelece um cenário favorável ao resgate da programação no processo de planejamento em saúde, entendendo a programação como um processo intrínseco ao planejamento em saúde. O termo programação designa a etapa da metodologia do plano, a parte operacional de um plano de saúde, realizada pela instituição local de prestação de serviço de saúde.

Dessa forma, a programação é orientada pela apreensão de uma realidade sanitária a ser planejada, cujos atores sociais nela inseridos organizam seus processos de trabalho desenhando um método que procura responder de forma mais enfática às necessidades de saúde. Objetiva a instrumentalização de mudanças que tenham como resultado mais equidade no enfrentamento dos problemas de saúde. Assim sendo, a programação na atenção primária assume o enfoque mais próximo do conceito de necessidades sociais e de saúde, tendo como imagem-objetivo a melhoria das condições de vida das populações adscritas.

Segundo Rivera (1989, p. 65), para que tais pressupostos sejam alcançados, a questão operacional mais importante é a identificação dos grupos populacionais, os quais devem ser identificados e agregados por condições de vida.

Em termos operacionais, a definição dos grupos (segundo a postergação humana) não se esgota com a definição de espaços geográficos homogêneos no que diz respeito às condições de vida (e o estabelecimento de um diferencial de postergação entre os grupos), mas abrange também a definição, ao interior [...] dos grupos de populações de critérios de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde (graus de concentração e dispersão populacional em relação à localização dos serviços) e de resolutividade.

Para o autor, estes dois critérios (acessibilidade e resolutividade) permitiriam a ordenação dos grupos segundo graus de prioridade (grupos populacionais e problemas de saúde prioritários).

Pensar a programação em saúde no âmbito da Saúde da Família envolve tomar como questão central a definição e organização das ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, ordenando os processos de trabalho para o alcance das necessidades e problemas de saúde de suas populações adscritas.

As equipes de Saúde da Família, ao serem inseridas em UBS/SF, organizam seu trabalho tendo como critério as populações adscritas – área de atuação e, a partir do trabalho dos ACS, iniciam o cadastramento das famílias, o qual possibilita conhecer as necessidades sociais e os problemas de saúde, sendo possível identificar os grupos e problemas prioritários.

O processo de trabalho constitui componente fundamental sobre o qual a programação em saúde deve atuar para que as mudanças na realidade planejada sejam alcançadas. A atenção básica, especialmente, a estratégia de Saúde da Família, ao

delinear como objeto de trabalho a apreensão do conceito ampliado de saúde, orientado pelos princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS)²¹, tem propiciado novas reflexões sobre o processo de trabalho em saúde, levando a uma análise crítica que visa mudar a centralidade do saber médico na determinação dos processos de trabalho em saúde²².

Campos (2000b) destaca o entendimento de Merhy (1997), o qual ancorado em

[...] conceitos marxistas de “trabalho vivo e morto”, enfatizou a capacidade e a potencialidade que os trabalhadores da saúde têm – até pela sua especificidade e controle das técnicas e saberes – de utilizar parcelas maiores de trabalho vivo, criativo, o que, para ele, somente ocorreria em ato (CAMPOS 2000b, p.1022).

Pensando nos processos de gestão e planejamento, concordamos com Merhy (1997), pois mesmo que se esses definam “linhas de produção”, o processo de trabalho em saúde é, e sempre será, singular, pois opera sobre indivíduos concretos e únicos.

Campos (1997) propõe um novo conceito, o da clínica ampliada, uma clínica singular, na qual *“cada caso é um caso ... mas consegue dialogar e incorporar criticamente outros saberes e diretrizes”*, incorporando, assim, questões como o vínculo, a resolutividade e a responsabilização. Enfim, as discussões sobre novos paradigmas clínicos também estão relacionadas a processo de trabalho, pois ao passar a questionar, reformular e legitimar um novo modelo clínico propicia efetivamente a mudança, tanto nos processos de trabalho como no modelo assistencial proposto e, conseqüentemente, nos processos de programação em saúde.

²¹ Para Starfield (2002), a APS enfoca a saúde das pessoas no universo dos determinantes, orienta a natureza da atenção à saúde para o manejo de problemas mais comuns e menos definidos. A APS parte da premissa de que os pacientes geralmente têm múltiplas queixas e diagnósticos confusos que não podem ser encaixadas em diagnósticos clínicos direcionados ao tratamento de enfermidade. O foco da APS é o problema de saúde, no sentido das necessidades sociais de saúde em mudança, o local de atenção é o mais próximo do ambiente dos indivíduos e das comunidades, propiciando uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes do processo saúde-doença.

²² Paradigma flexneriano de organização do trabalho médico, que influi na organização do trabalho do restante das profissões na saúde, imprimindo num modelo de organização auxiliar ao trabalho médico.

As reflexões sobre o processo de trabalho em saúde também têm propiciado novas abordagens sobre competência e responsabilidade profissional. Autores como Campos et al. (1997) apontam que é preciso repensar as competências profissionais no setor saúde. Nesse sentido, afirmam que hoje há uma diferenciação que se coloca em relação às competências profissionais representada pelas dimensões de Campo e Núcleo de competência e responsabilização.

Campo de competência seria “[...] um espaço de sobreposição de exercício... ou seja, campo de interseção com outras áreas”, e núcleo, “mais específico, incluiria as atribuições exclusivas” da especialidade em questão; “assim, o campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o núcleo, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis[...]” (CAMPOS et al.,1997, p.143).

Esses conceitos são intrínsecos às mudanças nos processos de trabalho e interagem com os processos de planejamento e programação, ao exigirem dos profissionais diálogo e negociação, ambos permeados por momentos de conflito e consenso. Para Testa (1993) e Rivera (1995), o planejamento tem o atributo de um papel dialógico, por enxergarem o planejamento contribuindo para a ação comunicativa nos grupos.

Identificar necessidades e problemas e definir os prioritários são traços característicos do enfoque estratégico situacional, ao assumir o uso da análise de risco para a definição das categorias de problemas e formulação das estratégias de intervenção. A análise de risco permite estudar os problemas de saúde detectados, relacionando-os aos fatores de risco condicionantes. Sendo assim, a análise dos fatores de risco permite a formulação de ações intra e extra-setoriais, combinando a definição de atividades a partir de grupos populacionais e seus problemas de saúde, esses associados à sua rede de causalidades. Dessa forma, a programação combina critérios

populacionais e epidemiológicos de uma determinada situação, e não de oferta preexistente.

No bojo dessas reflexões, o MS vem apontando, através da atenção básica, a necessidade de saúde como um critério para o planejamento e, pela estratégia de Saúde da Família, define como núcleo de planejamento a família. A esses critérios o MS tem associado parâmetros assistenciais mínimos, referenciados ao perfil epidemiológico nacional. Esse conjunto de indicadores ordena a organização da assistência nesse nível de atenção do SUS.

Para a definição de metas, o MS tem utilizado a pactuação como mecanismo de programação estratégica, definida por um leque de indicadores que entende ser capaz de medir o impacto das ações sobre o perfil epidemiológico da população brasileira. No entanto, as metas definidas na pactuação representam, na maioria das vezes, uma lógica de gestão por resultados, aproximando do enfoque normativo com fundamentação epidemiológica. Não avança para a implementação de uma prática de planejamento que estimule o aprendizado comunicativo, a caracterização cultural, a apreensão da análise situacional pelos atores sociais, o que possibilitaria a retomada da programação como método que emerge da base, redefinindo e construindo parâmetros a partir de realidades concretas ancoradas por evidências científicas e/ou laborais.

Se assim fosse, o planejamento situacional teria a função catalisadora do plano, estratégia emergente que se estrutura de baixo para cima, formando redes de solidariedade e, dessa forma, a pactuação passaria a ser representativa da busca do consenso participativo.

A premissa da estratégia de Saúde da Família de que as equipes trabalhem com o planejamento local, tendo como critério de abordagem o conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita, atribuiu ao planejamento uma visão

estratégica e situacional. As reflexões aqui trabalhadas foram possíveis de serem percebidas durante o trabalho de campo realizado pelo presente estudo.

A vivência no campo de pesquisa possibilitou apreender que os profissionais das equipes pesquisadas têm um entendimento teórico de que o **planejamento** deve orientar a organização de uma intervenção a partir da identificação e localização de uma situação que se pretende mudar, visão de imagem-objetivo. Expressam, também, que a capacidade de intervenção, definida pelos recursos humanos e materiais disponíveis, somado à percepção do problema/necessidade pela comunidade, é que definirá as ações e o resultado alcançado. Apesar desse entendimento, os profissionais não se apropriam de um método que os instrumentalize para desenhar, elaborar e acompanhar a implementação de planos de ações sob uma determinada realidade. No cotidiano, suas práticas de planejamento são bastante incipientes, caracterizadas por um processo de definição de ações que não utiliza nenhuma ferramenta técnica do planejamento, o que nos leva a inferir que não há um entendimento e uma prática fundamentada sobre o tema. As equipes identificam problemas, elegem prioridades e definem suas intervenções, utilizando como critério a lógica de programa definida pelo MS, o senso comum e o conhecimento profissional.

O componente normativo do planejamento no PSF define um leque de ações programáticas por ciclo de vida e patologias prevalentes, assim como seus parâmetros assistenciais. As equipes buscam desenvolver as ações pré-definidas, no entanto, em relação aos parâmetros assistenciais, pouco conhecem e, sendo assim, não exercitam o raciocínio programático de (re) definição de parâmetros e ações a partir das necessidades dos usuários e de suas capacidades laborais.

Há uma necessidade premente de apropriação, pelos profissionais das equipes de saúde da família, de instrumentos gerenciais que possam gerar autonomia nos processos

de organização do serviço e das práticas profissionais, uma das condições primordiais para que as capacidades de reestruturação do PSF aqui estudadas possam se efetivar de fato.

Diante de tais constatações, é que o presente estudo buscou desenvolver um instrumento de programação de ações, objetivando a instrumentalização das equipes de saúde da família, contribuindo para uma programação local coerente com as suas possibilidades, estimulando a auto-gestão e auto-avaliação de suas ações.

A intenção é a de que as equipes se apropriem do processo de programação possibilitando: a) redefinição de parâmetros assistenciais balizados por evidências científicas e pelo cotidiano das práticas; b) monitoração contínua da Semana Típica de trabalho; c) avaliação dos resultados alcançados e reprogramação de seus planos; e d) instrumentalização dos processos de gerenciamento e negociação junto à gestão do sistema e às instâncias de participação da comunidade.

No nível da gestão, a ferramenta de programação poderá contribuir nos processos de supervisão e interação com as equipes de saúde da família, possibilitando que os gestores antevejam possibilidades e limites da estrutura de serviços de que dispõem, induzindo a um ajuste adequado da oferta às necessidades das populações sob sua responsabilidade.

6 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

6.1 Características gerais do estudo

O presente estudo realizou uma análise do PSF, tendo como ponto crucial de seu processo reflexivo a superação dialética entre objetivismo e subjetivismo, por compartilhar das ponderações de Minayo (2005) de que o processo reflexivo:

“[...] é uma superação dialética sobre o objetivismo puro, em função da riqueza de conhecimento que pode ser agregada com a valorização do significado e da intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais. [...] A postura dialética leva a compreender que dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) são inseparáveis e interdependentes” (MINAYO, 2005, p.32).

O estudo tem como proposta compreender o contexto que molda e condiciona a operacionalização do PSF, para perceber a dinâmica em que se coloca a reprodução ou reestruturação da estrutura.

Entender o PSF como elemento reestruturador do modelo assistencial do SUS exige um processo de avaliação que integre a subjetividade que envolve a (re) estruturação dos processos de trabalho aos aspectos objetivos (resultados esperados, diretrizes, etc), a partir do PSF.

A análise documental e a ferramenta de compreensão teórica de Giddens (1989) possibilitaram a identificação de quatro dimensões de reestruturação, conforme explicitado anteriormente. De forma intencional, optou-se em aprofundar o estudo sobre duas das dimensões de (re) estruturação: a do modelo assistencial do SUS e a dos processos de trabalho e das práticas em saúde.

Utilizando o modelo de Estratificação do Agente, explicitado pela teoria da estruturação de Giddens (1989), buscou-se apreender a capacidade reflexiva dos

profissionais das equipes de Saúde da Família. Segundo Giddens, a capacidade reflexiva dos agentes é operada mais no nível da consciência prática do que no nível da consciência discursiva, e se dá de modo contínuo, ao longo do fluxo cotidiano da atividade social. Sendo assim, essa cognoscitividade reflexiva dos agentes está profundamente envolvida na ordenação recursiva das práticas sociais. Dessa forma, a ferramenta teórica de Giddens permitiu desenvolver uma metodologia de avaliação, tendo o cotidiano dos sujeitos envolvidos como elemento reflexivo para compreender e avaliar a capacidade de reestruturação do PSF. Para tanto, buscamos a compreensão teórica e narrativas da prática dos profissionais das equipes de Saúde da Família sobre o PSF.

As categorias de análise foram definidas buscando ser representativas dos pressupostos básicos apontados pelo Ministério da Saúde (MS) como potencializadores da capacidade de reestruturação do PSF, operacionalizada pelos profissionais no cotidiano de suas práticas. A partir das categorias analíticas, foi elaborado um roteiro orientador da entrevista semi-estruturada, realizada com os profissionais das equipes de Saúde da Família (médico, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) (Anexo A). As entrevistas foram gravadas pela autora, com o consentimento dos entrevistados (Anexo B) e transcritas por um profissional habilitado. Durante a revisão da transcrição, a cargo da autora, foi feita a classificação dos extratos de texto²³, de acordo com as categorias selecionadas para o processamento das evidências, ou seja, extratos de texto que expressassem os modos de pensar e agir dos informantes, segundo as categorias analíticas.

²³ “Um texto pode ser uma simples palavra, um conjunto de frases ou um documento maior”(Minayo,1993:213). Nessa perspectiva, todo material empírico coletado neste estudo pode ser tratado como um texto.

A observação participante possibilitou apreender sobre as práticas concretas do cotidiano de implantação do PSF. A triangulação dos dois instrumentos ordenou a análise qualitativa. Para a organização e análise dos dados, foi utilizado o programa LOGOS, um gerenciador de dados textuais desenvolvido pelo Prof. Kenneth Rochel de Camargo Jr.²⁴

Os resultados da análise qualitativa foram apresentados em reunião com as equipes entrevistadas, com o objetivo de discutir os achados e identificar necessidades que julgam prioritárias para a apreensão de novas práticas potencializadoras da capacidade de reestruturação no PSF.

A apropriação pelos profissionais de instrumentos de planejamento foi destacada como uma necessidade de apreensão prioritária, possibilitando maior autonomia nos processos de organização do serviço e das práticas profissionais, tendo como núcleo de abordagem a necessidade em saúde.

A presente investigação fundamentou-se nas normas emanadas da Resolução 196 de 16/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 16 de fevereiro de 2006. Após anuência institucional obtida em 8 de fevereiro de 2006, para a realização da pesquisa, o trabalho de campo foi iniciado.

6.2 Opção conceitual

A teoria da estruturação de Giddens (1989) busca, em sua formulação, tratar de forma diferenciada o dualismo objetivismo (sociedade, todo social, estrutura) e subjetivismo (o agente humano cognoscitivo) estabelecido na teoria social, pelas correntes do funcionalismo e do estruturalismo e do pensamento hermenêutico.

²⁴ Programa LOGOS disponibilizado no endereço: <http://paginas.terra.com.br/educacao/kencamargo>.

Para a vertente do funcionalismo e do estruturalismo, o objeto predomina sobre o sujeito. O entendimento de “estrutura” ou de “estrutura social” está relacionado à padronização das relações sociais ou dos fenômenos sociais. Nesse sentido, a idéia de padronização pressupõe o entendimento de que a estrutura apresenta-se externa ao sujeito, ao agente, algo capaz de restringir a ação humana ao representar uma força que inibe ou até mesmo impede a livre iniciativa do agente. Para o pensamento hermenêutico, o sujeito é o centro, constituído *a priori* como fundamento básico da experiência social, enquanto o todo social é secundário.

Giddens (1989), em sua teoria, propõe a idéia de reconceituar esse dualismo (caráter oposto) explicitado anteriormente, para a idéia de dualidade (caráter duplo) da estruturação social. Considera que a “dualidade da estrutura social” se expressa nas relações dinâmicas entre o sujeito e o objeto social. Entende que a estrutura tem de ser pensada em termos da recursividade presente na vida social. A estrutura passa pela vida das pessoas, tem continuidade através do tempo e do espaço. Dessa forma, a essência da estrutura social para a teoria da estruturação “[...] não é a experiência do ator individual nem a existência de qualquer forma da totalidade social, mas as práticas sociais ordenadas no espaço e no tempo” (GIDDENS, 1989, p.2).

Para a teoria da estruturação, “estrutura” ou “estrutura social” refere-se às propriedades (condições/modos) que possibilitam a produção e reprodução de práticas sociais semelhantes em uma delimitação de espaço e tempo, orientando a conduta de agentes humanos dotados de capacidade cognoscitiva. Nesse sentido, a “estrutura social”, conforme explicitado acima, é que dá as condições para a reprodução de sistemas sociais, entendidos como o conjunto de práticas sociais regulares estabelecidas por relações produzidas entre atores e coletividade. Essa é a concepção de “dualidade da

estrutura” definida na teoria da estruturação, considerada como a base principal das continuidades na reprodução social através do espaço-tempo.

Na teoria da estruturação, as atividades sociais humanas são expressas por eixos de subjetividade e objetividade. O eixo de subjetividade está relacionado ao papel do indivíduo/perceptor, o que o faz um processador de entendimento, de compreensão, enquanto que o eixo de objetividade é organizado a partir de um conhecimento previamente dado em relação ao mundo objetivo.

As concepções de subjetividade e objetividade qualificadoras da atividade social humana remetem à preocupação de Giddens em não defender a essência da teoria social na perspectiva de atribuir ao termo “teoria” generalizações dedutivamente relacionadas, como acontece nas ciências naturais. A idéia de generalizações na teoria social deve ser pautada com a intenção de possuir conteúdo explanatório (OLIVEIRA, 2004).

Oliveira (2004), citando Giddens (1989), observa que as tendências das generalizações na teoria social caminham em direção a dois pólos:

As generalizações que [...] “são sustentadas por atores que as conhecem e as aplicam em suas ações[...]” e as generalizações “ [...] que são ignoradas pelos seus agentes e até se impõem sobre eles, mesmo sem sua preocupação” (OLIVEIRA, 2004, p.51).

A teoria da estruturação tende para o segundo sentido de generalização explicitado acima, ou seja, aquilo que os agentes sabem acerca das razões por que atuam, como atuam, particularmente, quando as ignoram discursivamente ou de fato. A teoria da estruturação parte da premissa de que os agentes humanos têm capacidade de compreender o que fazem enquanto fazem. Essa capacidade reflexiva do agente humano, operada mais no nível da consciência prática do que no nível da consciência discursiva, se dá de modo contínuo ao longo do fluxo cotidiano da atividade social. É a forma reflexiva da cognoscitividade dos agentes humanos que está mais profundamente

envolvida na ordenação recursiva das práticas sociais. A relação de interdependência entre reflexividade e continuidade das práticas e vice-versa remete ao entendimento da reflexividade como a monitoração contínua da vida social exercida por um agente intencional, ou seja, por aquele que tem razões para suas atividades.

Para Giddens, atua também sob a conduta cotidiana dos atores sociais a racionalização da ação que se refere ao “entendimento teórico”, o qual não diz respeito à apresentação discursiva da conduta e/ou das razões discursivas, mas sim à capacidade dos agentes em explicar a maior parte do que fazem, se indagados. A monitoração reflexiva da ação depende da racionalização entendida como um processo e não como um estado. As duas dimensões estão diretamente vinculadas à continuidade da ação. Esse mesmo autor complementa que atua também sobre a atividade humana rotineira a motivação da ação, a qual refere-se às razões, aos motivos, às necessidades que instigam para a realização da ação. A motivação não está tão diretamente vinculada à continuidade da ação quanto a monitoração reflexiva ou a racionalização. A motivação representa mais o potencial para a ação do que a execução da ação em si mesma.

No entendimento de Giddens, a relação entre a monitoração reflexiva, a racionalização e a motivação da ação expressa um modelo explicativo da ação cotidiana dos atores sociais, denominado de Modelo de Estratificação do Agente, em que as três dimensões devem ser tratadas como um conjunto de processos incrustados. O agente, seja individualmente, seja em grupos, é fundamental na teoria da estruturação, são suas ações cotidianas que constituem o cerne da teoria.

O monitoramento reflexivo da atividade humana possibilita que os atores controlem e monitorem rotineiramente o fluxo de suas atividades, bem como dos aspectos sociais e físicos dos contextos em que vivem. O monitoramento reflexivo da atividade é uma característica crônica da ação cotidiana e envolve a conduta não apenas

do indivíduo, mas também de outros. A capacidade reflexiva presente na atividade humana relaciona-se diretamente ao conceito de “rotinização”, um dos pilares fundamentais da teoria da estruturação. A rotina é entendida como tudo aquilo que é feito habitualmente, é um elemento básico da vida cotidiana e está contida primordialmente na consciência prática. A rotina faz parte da continuidade da personalidade do agente, portanto, o sujeito só pode ser apreendido através da constituição reflexiva de atividades diárias em práticas sociais.

Com base nesse modelo de estratificação do agente definido por Giddens, é que queremos compreender os processos de trabalho que se concretizam no cotidiano dos sujeitos/atores da Saúde da Família, ocasionando um conjunto de práticas sociais definidoras de um perfil de produção da assistência que é dado por quem o faz funcionar.

Giddens (1989), considera que a vida social pode ser representada por uma seqüência de encontros em circunstâncias de co-presença, onde o conhecimento dos agentes pode ser expresso por fenômenos discursivos ou por fenômenos não discursivos sustentados por uma consciência prática. Os “encontros” são entendidos como fio condutor da “integração social”, integração essa entendida como a reciprocidade entre atores em contextos de co-presença. Os “encontros” representam a sucessão de envolvimento entre agentes ordenados no âmbito do ciclo diário de atividades, podendo assim ser compreendidos como rotinas, inerentes à natureza interativa da vida social. A rotina estabelecida pelos indivíduos no tempo reversível da vida cotidiana simplesmente não “acontece” é “faz-se acontecer” pelos modos de monitoração reflexiva da ação que os indivíduos sustentam em circunstâncias de co-presença.

Minayo et al. (2005, p.59) destaca que os autores acreditam ser possível introduzir mudanças a partir dos processos de interação social, fundamentam-se nos

princípios da sociologia compreensiva (Weber, 1969) que tem, como núcleo central de sua argumentação, a ação social dos indivíduos em interação protagonizando a história, construindo e destruindo instituições.

É dessa forma que pretendemos compreender a interação cotidiana entre usuários/profissionais/gestores no âmbito do Programa de Saúde da Família. Através de “encontros”, os agentes estabelecem rotinas, desenvolvendo um conjunto de práticas sociais estruturadas ao longo do tempo no cotidiano da busca por cuidados de saúde. E, para tanto, é preciso compreender *in loco*, de forma específica, como tais processos ocorrem.

Toda proposta de intervenção social expressa através de um programa ou projeto social, como é o caso da Saúde da Família, passa, no mínimo, por três segmentos distintos: quem as concebe e redige; quem as veicula e implementa; e quem as acolhe. Cada um desses segmentos formados por atores sociais promove uma re-interpretação, a seu modo e de acordo com seus interesses, do que foi concebido no momento inicial. Assim, um projeto lançado por alguém nunca será o “projeto escrito no papel”, e sim o projeto corporificado na práxis (MINAYO et al., 2005,p.60).

Para Giddens (1989), analisar a estruturação de um sistema social é estudar as diversas maneiras nas quais ele é produzido e reproduzido, interagindo com as vias de aplicação das regras e recursos. Na teoria da estruturação, as regras e os recursos que compõem a estrutura social são denominados de “propriedades estruturais” dos sistemas sociais e não podem ser considerados de modo independente.

Um ponto comumente aceito na sociedade é o de que as “regras” formalizadas têm conotação reguladora, relacionando-se com o sancionamento dos modos de conduta social, exercendo maior influência na estruturação da atividade social. No

entanto, para Giddens, os procedimentos rotineiros da vida diária são capazes de exercer uma influência mais substancial sobre a generalização da conduta social. E sob essa concepção, o autor entende que as regras e recursos usados pelos atores são reformulados pelo próprio uso, e destaca: “[...] as propriedades estruturais dos sistemas sociais são tanto meio quanto produto das práticas que constituem os próprios sistemas”(GIDDENS *apud* SZTOMPKA, 1998[1993],p.336).

Sob esse entendimento, propomos direcionar nosso olhar para a apreensão das regras estabelecidas pelos sujeitos que operam o Saúde da Família, os quais se orientam por regras formalmente codificadas pelos gestores (MS, gestores estaduais e locais), mas também por sanções informais de regras implícitas em práticas cotidianas rotineiras. Como destaca Giddens (1989):

“As prescrições envolvidas na estruturação da interação diária são muito mais fixas e restritivas do que possam parecer, dada a desenvoltura com que são ordinariamente obedecidas.” (GIDDENS, 1989, p. 71)

Giddens não afirma que os atores sociais tenham total conhecimento de todas as motivações dos atos, bem como a total consciência desses. Admite que, em algum momento, não há o conhecimento das condições e que alguns resultados das ações não são previstos. O autor afirma que apesar da atividade humana ocorrer como um fluxo de ação intencional, os atos têm conseqüências impremeditadas, que muitas vezes são desconhecidas pelo agente intencional, e essas podem sistematicamente realimentar-se para constituírem as condições não conhecidas de novos atos. Giddens (1989) enfatiza:

“Os agentes humanos sempre sabem o que estão fazendo no nível da consciência discursiva (o que deve ser dito). Entretanto, sob outras descrições o que eles fazem pode ser-lhes inteiramente desconhecido, e talvez conheçam muito pouco sobre as conseqüências ramificadas das atividades em que estão empenhados.” (GIDDENS, 1989, p. 6).

Com base nessas considerações, é que pretendemos estabelecer um método de avaliação que possa apreender sobre a capacidade de reestruturação do PSF. Nessa perspectiva, conectar as conseqüências impremeditadas da ação com as práticas institucionalizadas traz para o cotidiano das práticas avaliativas o olhar de que, mesmo com parâmetros e normas pré-definidas, o processo avaliativo deve estar sensível às atividades não institucionalizadas, as quais podem levar à identificação e elegibilidade de novas formas de “como fazer”, resguardando ou não objetivos e resultados a serem alcançados. Tal propósito permite também pensar a avaliação como instrumento social, inerente a sistemas sociais, em que a estrutura não tem existência independente do conhecimento que os agentes possuem a respeito do que fazem em sua atividade cotidiana. Como destaca Minayo et al (2005):

“A intervenção social deve ser entendida como uma práxis que une a crença na eficácia das idéias e sua efetivação nas relações sociais de produção e de reprodução no cotidiano e a conjuga com as transformações em nível da consciência individual e com as mudanças dos processos coletivos.”(MINAYO et al, 2005, p.69).

Os mesmos autores entendem que uma nova conduta vem sendo incorporada ao trabalhador social, orientada por uma gestão da organização voltada para a produtividade do trabalhador, buscando tirar o máximo de proveito de suas potencialidades e riquezas internas, reconstruindo a organização pela subjetividade de seus membros em oposição à idéia de um projeto desenhado por intelectuais e especialistas da burocracia do Estado(MINAYO et al, 2005).

Essa perspectiva avaliativa no campo das políticas públicas é útil como ferramenta do planejamento e da gestão, propiciando a revelação do rumo das principais inovações no processo de implantação/implementação, entendendo que o grau de

implantação de um determinado programa/projeto pressupõe a compreensão do contexto que molda e condiciona sua operacionalização.

6.3 Cenário do estudo

6.3.1 O município de Juiz de Fora: seu processo de municipalização da saúde e sua rede assistencial

O município de Juiz de Fora, localizado na zona da Mata do estado de Minas Gerais, tem uma população de 456.796 habitantes, sendo 99,17% da população localizados em área urbana (Censo IBGE, 2000). Como tantos outros municípios brasileiros, tem passado por um processo de reorientação do modelo assistencial, sendo o PSF a estratégia de reconversão do modelo, a partir da atenção básica. Suas características de município de médio porte trazem para o cenário da pesquisa aspectos importantes a serem apreendidos, devido à complexidade que envolve o reordenamento de um sistema local de saúde, cujas características configuram uma rede de serviços de saúde de referência loco-regional e organizada de modo tradicional, dirigindo suas ações, prioritariamente, para a abordagem curativa, pautadas na fragmentação da atenção.

Em 1991, teve início o processo de municipalização da saúde em Juiz de Fora, com a assinatura do Convênio de Descentralização Administrativa, firmado entre a Prefeitura Municipal e a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Nos anos seguintes, o município foi se enquadrando nas exigências federais, com vistas à consolidação do processo de municipalização. Sendo assim, em 1992, é criado o Conselho Municipal de Saúde; em 1993, o município é habilitado na gestão parcial do SUS, de acordo com os critérios da NOB-93. Após a realização da II Conferência Municipal de Saúde, em 1995, e com a vigência da NOB-96, o município é habilitado

na gestão Plena da Atenção Básica e, posteriormente, em 1998, na Plena do Sistema de Saúde, na qual se mantém até hoje (JUIZ DE FORA, 2002). Diante de tal trajetória, observamos que o município vivenciou de forma gradual o processo de municipalização da saúde, o que possibilitou um processo de aprendizado institucional, o qual certamente contribuiu na gestão da política municipal de saúde.

A rede municipal de serviços de saúde é distribuída nas 12 Regiões Sanitárias; cada região corresponde a um território que compreende um determinado número de bairros reunidos segundo localização geográfica.

Segundo as informações do Plano Municipal de Saúde de 2002, a rede assistencial do SUS/Juiz de Fora conta, na atenção básica, com 56 UBS. O acesso ao sistema é feito pela atenção básica, a qual convive com os dois modelos: tradicional, cujo atendimento é organizado nas clínicas básicas (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia) e o Saúde da Família, que trabalha com equipe mínima definida pelo MS, além de Odontologia e Assistência Social, presentes nos dois modelos.

A atenção secundária é de responsabilidade de oito departamentos: das Clínicas Especializadas, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Terapêuticas não convencionais, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Terceira Idade e o serviço de DST/AIDS. O acesso a esses serviços é restrito e regulado por uma central de marcação de consultas, que é acionada pelas UBS, serviços de urgência e emergência e pelos municípios pactuados. Também compõem a atenção secundária 02 Unidades Regionais: a Norte e a Leste, e um Hospital de Pronto Socorro, com características de pronto-atendimento médico de média complexidade, nas áreas de Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia, contando também com serviço auxiliar de diagnóstico.

A reestruturação do nível secundário através da criação dos institutos e das unidades de referência regional representou a estratégia de reorganização da rede de serviços com vistas a fortalecer o nível intermediário, entre a atenção básica e o hospital. As unidades de referência regional funcionam 24 horas, dando suporte às UBSs em procedimentos que possam ser resolvidos com tempo de permanência de até 12 horas.

A atenção terciária é composta por 16 hospitais, entre conveniados, contratados e públicos, assim distribuídos: 10 hospitais gerais, sendo 3 públicos: Hospital Universitário (federal), Hospital Dr. João Penido (estadual) e Hospital de Pronto Socorro (municipal) e 06 hospitais psiquiátricos. Essa rede hospitalar oferta um total de 1053 leitos gerais e 750 psiquiátricos. Para organização do fluxo de ocupação dos leitos hospitalares, o município dispõe de uma Central de Leitos, que regula os leitos e as internações. O município também dispõe de atenção quaternária, oferecida através do Hospital Universitário e da Santa Casa de Misericórdia (filantrópico), que realizam transplantes renais, de medula e cirurgias cardíacas.

6.3.2 O processo de implantação do PSF no município

As primeiras iniciativas de reorientação da atenção básica no município de Juiz de Fora tiveram início em agosto de 1995. Apesar dessas iniciativas terem sido impulsionadas pela proposta de reorientação emanada pelo Ministério da Saúde, a partir de 1994, através do Programa de Saúde da Família (PSF), ao analisarmos a trajetória histórica desse processo foi possível identificar a adoção de algumas diretrizes peculiares à realidade municipal.

Embora tenhamos tido dificuldade em sistematizar cronologicamente, a partir dos documentos, tal processo, devido à falta de data e à repetição de informações nos

documentos analisados, identificamos que a reorientação da atenção básica ocorreu no município em dois momentos distintos, assim sistematizados neste estudo: 1º momento: período de 95/99 – modelo centrado no Médico de Família e 2º momento: após 2000 – modelo PSF, composição da equipe mínima.

1º momento: Período de 95/99 – modelo centrado no Médico de Família

Um dos primeiros documentos sobre o processo de implantação do Saúde da Família no município, titulado como *Superintendência de Assistência à Saúde – Serviço de Saúde da Família*, descreve que o Serviço de Saúde da Família “*é um modelo de assistência primária de saúde que desenvolve ações de promoção e proteção da saúde, identificação e prevenção dos fatores de risco de adoecer e tratamento precoce das doenças, dos indivíduos, das famílias, de uma comunidade territorializada e adscrita a uma equipe que fará atendimento na Unidade Básica de Saúde, baseando-se em tecnologias práticas e cientificamente bem fundadas a um custo compatível com o orçamento do SUS do município.*”

Observamos que, nesse momento, o entendimento do modelo que deveria ser operado nas unidades básicas de saúde (UBS), que adotariam o modelo Saúde da Família, foi o da Atenção Primária à Saúde (APS), ressaltando alguns de seus princípios, tais como: atenção integral em âmbito individual e coletivo; trabalho em equipe; adscrição da população, perfil epidemiológico e uso de tecnologias práticas cientificamente fundadas em custos compatíveis com os recursos existentes. São definidos para o modelo assistencial a ser implantado o território e a população adscrita, no entanto, não se dá ênfase à premissa de resolutividade baseada na identificação das necessidades e problemas da população adscrita. A eficácia é respondida pela lógica da eficiência, custo/recursos existentes e não por custo/benefício.

O processo de territorialização foi realizado em 1994, utilizou a metodologia da OPAS, levantamento situacional pelo método da estimativa rápida e tomou como eixo orientador os setores censitários. O objetivo foi a (re)definição das áreas de abrangência das UBS, levando em consideração: o conhecimento das condições sócio-econômicas, através da ficha familiar, instrumento desenvolvido pela OPAS e o perfil epidemiológico. A territorialização possibilitou, além da definição das áreas, a identificação das micro-áreas de risco. No projeto do PSF apresentado à SES/MG foi, relatado que “[...] *o relevo montanhoso da cidade influenciou decisivamente na [...] delimitação do território de atuação das unidades, valendo como critério básico a proximidade e/ou facilidade de acesso em relação aos grupos populacionais mais carentes.*” Conforme relato dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental (SSSDA-JF), a reflexão sobre o território foi intensa entre os profissionais e com grande participação da comunidade, apesar de não existir, nesse momento, a presença dos ACS, que não compunham as equipes. Houve também envolvimento de alunos da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Foram usados instrumentos específicos, como a construção de mapas e os formulários da metodologia OPAS de territorialização. Esse processo possibilitou, em algumas UBS, o redimensionamento de suas áreas de abrangência.

No documento de 1996, o Programa de Saúde da Família foi apresentado “[...] como uma estratégia para a mudança do modelo assistencial [...] tendo como objetivos: [...] o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; identificação e prevenção dos fatores de risco de adoecer e morrer de uma comunidade territorializada, adscrita e sob responsabilidade de uma equipe da unidade Básica de Saúde” (SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/SMS-JF, março, 1996).

É reforçada a intenção de reorientação do modelo assistencial no nível da atenção básica e a proposta acompanhou o discurso federal, apresentando o PSF como estratégia para a mudança. A concepção do modelo assistencial permanece na visão da APS discutida anteriormente.

Nesse período, o município acompanhou as diretrizes nacionais de implantação do PSF, direção de focalização no processo de implantação, ao utilizar como critérios para definição das áreas, conforme expresso no documento intitulado Implantação do Programa Saúde da Família de Juiz de Fora e referendado pelo Decreto Municipal n. 5.773 de 12/11/96: “[...] a) Mapa da Fome elaborado pelo IPEA que indica a existência de aproximadamente 17.000 famílias abaixo da linha de indigência em Juiz de Fora²⁵ e b) Mapa da Cólera que definiu as áreas de risco para disseminação da cólera e outras doenças de vinculação hídrica” (SAS/SMS-JF, março/96).

Outros critérios de implantação do Saúde da Família também foram identificar, neste mesmo documento: “[...] c) Maior cobertura populacional: dados obtidos do número populacional adscrito às UBS através do processo de territorialização; d) Possibilidade de existência de uma unidade regional que venha a dar suporte às UBS da região e e) Necessidade do agrupamento destas UBS em uma mesma região da cidade para que possa mensurar mais facilmente o impacto das ações de saúde realizadas” (SAS/SMS-JF, março/96).

O que podemos destacar é que a visão de adscrição da população aparece, nos documentos oficiais, vinculada à UBS e não à equipe. Em relação à rede de serviços de saúde, podemos inferir uma preocupação com a visão sistêmica que se expressou através de um dos critérios de escolha das primeiras áreas de implantação da Saúde da Família, existência de uma unidade regional de referência (2º nível de atenção), a qual

²⁵ Em Juiz de Fora, uma pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisas Sociais de Juiz de Fora-Universidade Federal de Juiz de Fora guiou a localização desses grupos populacionais na cidade, ao definir as regiões urbanas onde se aglomeravam mais acentuadamente. Dados regionalizados sobre Mortalidade Infantil e Baixo Peso ao Nascer, levantados pela SMS/JF, confirmaram também o quadro delineado pelo Mapa da Fome.

numa mesma região agruparia um conjunto de UBS com Saúde da Família (UBS-SF). A vinculação da UBS-SF a uma unidade regional também expressou a opção municipal de medir a capacidade resolutiva da UBS-SF, pela relação ao uso da referência regional.

Em relação à composição da equipe de Saúde da Família, essa foi assim definida: um ou mais médicos de família (de acordo com critério populacional da área de abrangência da UBS), um enfermeiro, um assistente social; dois auxiliares de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais, estes já lotados na UBS. Todos os integrantes deveriam trabalhar 40 horas semanais. Aqui observamos que a opção da gestão municipal, na época, não foi pela adoção da equipe mínima preconizada pelo MS²⁶. Conforme relato dos técnicos da SSSDA-JF, a proposta foi de formação de equipe matricial. Havia uma equipe fixa de Saúde da Família, apenas formada pelo médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Os profissionais trabalhavam sob a referência das demandas do profissional médico. Havia três médicos de especialidades básicas que faziam rodízio. Posteriormente, manteve-se um médico fixo de apoio, de uma das especialidades básicas, definido conforme perfil epidemiológico e demanda da UBS. Onde havia mais de três médicos de família não havia médico de apoio. Tal organização refletiu numa concepção de modelo centrado no médico, não garantindo o vínculo dos usuários nem com esse profissional e muito menos com a equipe. Outro fato é que, ao privilegiar o modelo centrado no médico não pensou no processo de trabalho em equipe. Por não haver agente comunitário de saúde (ACS), a atividade de cadastramento das famílias não orientou o diagnóstico de saúde. As equipes deveriam atuar em parceria com os Conselhos Locais de Saúde, considerando que a população deveria ser partícipe no processo de planejamento, execução, avaliação e controle das ações ofertadas.

²⁶ Equipe mínima de Saúde da Família preconizada pelo MS, Portaria 1886/dezembro de 1997: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde.

Durante o período de agosto/95 a dezembro/96, o Saúde da Família passou a funcionar com 36 médicos de família vinculados a 19 UBS. O parâmetro de adscrição da população utilizado foi em relação à população adscrita à UBS, não estabelecendo adscrição vinculada à equipe. A proporção era de no mínimo, 3.590 habitantes/médico. O quadro a seguir apresenta a situação desse período de implantação:

Quadro 2

Implantação do Programa Saúde da Família – Agosto/95 a Dezembro/96 – Juiz de Fora MG

Ano de Implantação	Região Sanitária ²⁷	Unidade	Número de médicos	População (1995, territorialização*)
Agosto/95	12	CSU – Vila Olavo Costa	02	8.179
Pop 414.565 IBGE, 1991	12	Furtado de Menezes	02	6.073
	1	Retiro	02	4.876
	2	Santo Antônio	02	6.803
	2	Jardim da Lua	01	3.643
	3	São Benedito	02	8.926
	3	São Sebastião	02	9.998
	1	Jardim Esperança	01	4.021
	Zona Rural	Unidade Móvel	01	1.964
				54.483
Março/96	8	Barreira do Triunfo	01	1.892
Pop 414.565 IBGE, 1991	8	São Judas Tadeu	02	5.452
	8	Santa Cruz	02	8.089
	7	Jóquei Clube II	03	9.143
	7	Jóquei Clube I	02	7.290
	7	Jardim Natal	02	4.026
	7	Milho Branco	02	3.735
Dezembro/96	4	Alto Grajaú	02	9.370
Pop 414.565	11	Santa Efigênia	03	8.171
IBGE, 1991	4	Marumbi	02	7.984
				25.525
TOTAL GERAL			36	126.057

* Não representa população coberta pelas equipes de saúde.

Fonte: Sub-Secretaria de Atenção Básica – SSSDA/JF, fevereiro/2006.

Simultaneamente ao processo de implantação do Saúde da Família, houve a preocupação em capacitar os profissionais integrantes das equipes nas seguintes modalidades: especialização em Saúde da Família para os profissionais de nível superior, através de parceria, inicialmente, entre SMS/PJF/UERJ e, posteriormente, entre SMS/PJF/UFJF. Nessa época, 1994 a 1996, os cursos de especialização foram direcionados para cada categoria profissional e foram realizadas: três turmas para

²⁷ O município de Juiz de Fora é dividido em 12 Regiões Sanitárias de Saúde, agrupando um conjunto de bairros por região.

médicos, 47 capacitados; uma turma para enfermeiros, 19 capacitados e duas turmas para assistentes sociais, 36 capacitadas. Posteriormente, mais duas turmas de especialização para enfermeiros foram realizadas. Para os auxiliares de enfermagem, foi realizado curso de Saúde da Família, capacitando 30 profissionais. Em parceria com a Escola de Saúde do SUS/JF e a UFJF, também foram ministrados cursos, seminários, treinamento em serviço nos institutos de referência do SUS municipal: Mulher, Criança e Adolescentes. A preocupação do município em desenvolver um processo de educação permanente das equipes esteve presente desde o início da implantação do PSF. Conforme expresso nos documentos oficiais, a concepção de educação permanente era entendida como a demanda de capacitação por temáticas orientadas pela necessidade das equipes de Saúde da Família a partir de seus processos de trabalho (SERVIÇO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SUS/JF, outubro 1996).

No entanto, nem sempre era possível que as necessidades de capacitação fossem contempladas, tendo em vista a dinamicidade das necessidades oriundas do processo de trabalho, ao lado da baixa prontidão na organização das atividades, tanto em termos burocráticos como de conhecimento científico adquirido. Ainda hoje, esses processo é de difícil implementação, devido à ausência de uma política ou até mesmo de um programa de educação permanente efetivo e constante. As atividades continuam sendo implementadas de forma pontual.

A partir de 1998, o processo de capacitação, formação e educação permanente das equipes de Saúde da Família passou a contar com o trabalho do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família do sudeste mineiro, que teve sua sede no Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora – NATES/UFJF. Foi constituído um

Comitê Gestor do Pólo²⁸, o qual era responsável, juntamente com a coordenação técnica do Pólo, exercida pelo NATES/UFJF, pela operacionalização da agenda de capacitação para a região. O município de Juiz de Fora, enquanto município sede e parceiro da UFJF na integração ensino-serviço, tinha assento permanente no Comitê. Por ter um número expressivo de equipes implantadas, tinha prioridades na cobertura de capacitações. Através do Pólo, a oferta de capacitações tornou-se mais sistematizada, o curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família foi ministrado para todas as equipes no momento inicial de implantação, além da oferta de outras modalidades de capacitação prioritárias para as equipes, como: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), capacitação em áreas do ciclo de vida, seminários de atualização em Atenção Primária à Saúde, oficinas de Educação em Saúde, especialização e residência em Saúde da Família. É importante ressaltar que os cursos ministrados pelo Pólo priorizavam a abordagem em equipe e em caráter multiprofissional potencializando os processos de trabalho interdisciplinar e multiprofissional. O Pólo de Saúde da Família atuou até o ano de 2003, quando foi substituído pelo Pólo de Educação Permanente, proposta também orientada pelo MS. Em relação à especialização e residência em Saúde da Família, essas continuam sendo realizadas em parceria com as Faculdades de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Serviço Social e o NATES/UFJF, financiados pelo MS. O Pólo de Educação Permanente, através de seu Conselho Diretor, aprova o edital de seleção dos referidos cursos.

Em relação às atividades que deveriam ser desenvolvidas pelas equipes, essas são descritas nos documentos do período de 1994 a 1996, discriminando procedimentos a serem realizados pelos profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e assistente

²⁸ Composição do Comitê Gestor do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família do sudeste mineiro: 7 Diretorias Regionais de Saúde do sudeste mineiro – DRS, hoje denominadas Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde – DADS, representação da SES/MG na região; COSEMS regional, Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, Faculdades de Medicina e Enfermagem da UFJF, NATES/UFJF, Pró-Reitoria de Extensão da UFJF.

social). Em relação à consulta médica, é definido o percentual de resolutividade de aproximadamente 90% e também definido o fluxo de referência e contra-referência para consultas especializadas e de urgência e emergência. As atividades são agrupadas por tipo de demanda: demanda espontânea e demanda organizada, sendo que para essa última, são definidos os objetivos e as ações por área de atenção (Anexo C).

Acompanhou o processo de implantação do Saúde da Família, nesse período, a readequação da rede física e aquisição de equipamentos e materiais necessários.

No início de 1999, o MS, por intermédio da SES/MG, descredenciou o município do PSF, devido à não existência de equipes mínimas, conforme composição de referência. O município já era habilitado na gestão Plena do Sistema e com uma população total de 424.479 habitantes, conforme registro no projeto do PSF desse mesmo ano.

2º momento: Após 2000 – modelo PSF, composição da equipe mínima

Em novembro de 1999 foi apresentado novo projeto do PSF à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) com previsão de implementação para o ano 2000. Nesse projeto, foi apontado como mais um dos critérios para implantação do PSF “[...] a manifestação de interesse na implantação do PSF, pelo Conselho Local de Saúde e Comunidade, interesse este em ter e participar do serviço em sua região.” Neste mesmo documento, é expresso que o objetivo do Serviço de Saúde da Família é que seja implantado “[...] em todas as áreas onde haja necessidade de atenção primária à saúde, de forma a atingir sua meta de ser porta de entrada do SUS.” As dez primeiras causas de atendimentos nos serviços ambulatoriais foram apontadas como: “[...] hipertensão

arterial, ansiedade, diabetes, IRA, diarreia, doenças psicossomáticas, parasitose intestinal, DST, dermatose e infecção do trato urinário.”

A justificativa para implantação do PSF é fundamentada pela “[...] necessidade de recuperar e reabilitar o sistema de saúde no município.”

Como pressupostos básicos para a implantação do PSF foram definidos:

- 1- “A reorganização da atenção à saúde junto à população adscrita, prevenindo e identificando fatores de risco; promovendo atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade nos níveis domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, cristalizando assim o conceito de saúde como qualidade vida e direito do cidadão.
- 2- Racionalizar o acesso e o fluxo interno do sistema de saúde (em todos os seus níveis de complexidade), privilegiando o PSF como porta de entrada do sistema, promovendo a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário.
- 3- Democratizar o acesso à informação junto à população envolvida, divulgando informações sobre os fatores determinantes de doenças e os dados produzidos pelo serviço, trabalhando de modo integrado com a comunidade e demais Secretarias e Autarquias Municipais na resolução dos problemas; estimulando a participação das organizações populares tanto no planejamento das ações e resolução das questões prioritárias para a saúde da comunidade como na avaliação do serviço, para o efetivo exercício do controle social.
- 4- Abordagem multidisciplinar dos problemas sanitários prevalentes.” (Projeto PSF, SERVIÇO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SUS/JF, outubro 1999)

A partir do ano 2000, foi incorporada a formação das equipes mínimas, o que ocasionou o recredenciamento do município pelo MS. O ano se caracterizou pela ampliação da oferta de serviços básicos de saúde, com a inauguração de novas UBS com a incorporação do PSF desde o início, deliberação da IIIª Conferência Municipal de

Saúde, que apontou o PSF como estratégia prioritária de inversão do modelo assistencial no âmbito da atenção básica. Com uma população de 424.479 habitantes (IBGE,1996), o PSF atingiu, em junho de 2000, 53 equipes habilitadas pelo MS com uma cobertura de 42% da população, considerando que cada equipe tinha uma média de 3.364 pessoas adscritas. O quadro a seguir apresenta a distribuição das equipes por Região Sanitária e UBS-SF:

Quadro 3

Distribuição das equipes de Saúde da Família por Região Sanitária e UBS-SF - ano 2000 – Juiz de Fora – Minas Gerais

Ano de Implantação	Região Sanitária	Unidade	Número de ESF
Janeiro/2000 Pop 424.479 IBGE,1996	12	Furtado de Menezes	02
	12	CSU – Vila Olavo Costa	03
	1	Retiro	02
	7	Jardim Natal	02
	7	Jóquei Clube I	02
	7	Jóquei Clube II	02
	7	Milho Branco	02
	11	Santa Efigênia	03
	3	São Benedito	03
	8	São Judas Tadeu	02
	3	São Sebastião	02
	2	Santo Antônio	02
	8	Santa Cruz	02
	2	Jardim da Lua	01
	8	Barreira do Triunfo	01
	4	Alto do Grajaú	02
	4	Marumbi	02
TOTAL			35 ESF
Junho/2000 Pop 424.479 IBGE,1996	11	Santa Luzia	04
	11	Teixeiras	03
	5	Vale dos Bandeirantes	03
	3	Linhares	03
	6	Filgueiras	02
	8	Santa Cruz	01
4	N. S. Aparecida	02	
TOTAL			18 ESF
TOTAL GERAL			53 ESF

Fonte: Sub-Secretaria de Atenção Básica – SSSDA/JF, fevereiro/2006

No ano de 2002, também ocorre a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, para médicos, enfermeiros e assistentes sociais. O projeto é uma parceria entre a SMSSDA-JF, Conselhos Locais e Municipal de Saúde, pela Prefeitura de Juiz de Fora, e o Hospital Universitário, Faculdades de Medicina, Enfermagem e Serviço Social e o NATES, pela UFJF. São definidas três UBS-SF para a implantação: Progresso, Parque Guarani e Santa Rita. Em cada uma dessas unidades há: duas equipes de residentes, composição multiprofissional, uma equipe multiprofissional de preceptores de serviço, formada pelos próprios profissionais das equipes de saúde da família e uma equipe de preceptores acadêmicos, que dão assessoria ao conjunto de residentes e preceptores de serviço por categoria profissional. Ainda compõem o conjunto da equipe um colegiado coordenador formado por um coordenador geral, os preceptores acadêmicos e de serviço, representação da SSSDA/JF e uma representação de cada categoria profissional dos residentes. Hoje, o programa atua com trinta e seis residentes nas três UBS-SF, tendo a presença, simultânea de R1 e R2 (residente 1º ano e de 2º ano).

Para o ano de 2003, a meta foi de ampliação de mais 24 equipes e o parâmetro de adscrição da população seguiu a orientação da Portaria MS nº 1329/1998, aproximadamente 3.450 pessoas/ equipe. O quadro a seguir apresenta a distribuição das equipes por UBS-SF:

Quadro 4

Distribuição das equipes de Saúde da Família por Região Sanitária e UBS-SF – ano 2003 – Juiz de Fora – Minas Gerais

Ano de Implantação	Região Sanitária	Unidade	Número de ESF
Março/2003 Pop 471.693 IBGE,2002	4	Progresso	02 eq. RESF
	4	Santa Rita	02 eq. RESF
	6	Parque Guarani	02 eq. RESF
	1	Jardim Esperança	01
	2	Santo Antônio	01
	8	Santa Cruz	01
	3	Linhares	02
	4	Marumbi	01
	7	Jóquei II	01
	7	Milho Branco	01
	7	Monte Castelo	03
TOTAL			17 ESF
Agosto/2003	Z.Rural	Igrejinha	01
	10	Santa Cecília	03
	8	Vila Esperança	03
TOTAL			07 ESF
TOTAL GERAL			24 ESF

Fonte: Sub-Secretaria de Atenção Básica – SSSDA/JF, fevereiro/2006

Em janeiro de 2006, o município contava com 80 equipes de Saúde da Família implantadas e cadastradas no SIAB. As equipes têm composição mínima e o profissional assistente social complementa algumas equipes num total de dezenove assistentes sociais no PSF, mas 14 residentes.

Com uma população de 471.693 habitantes (IBGE, 2002), o PSF cobre uma população de 51,4%, o que representa 242.580 habitantes (SIAB, 11/01/06). O município ainda tem uma população de 119.376 habitantes coberta por UBS tradicional, o que representa 25,3% da população, além de uma população de 109.737 habitantes que não tem UBS de referência, o que equivale a 23,2% da população total do município. O anexo D sistematiza a regionalização da rede assistencial da Atenção Básica com PSF e a distribuição atual das equipes de Saúde da Família por Região

Sanitária. O quadro a seguir apresenta a relação das UBS tradicionais e sua população de referência:

Quadro 5

Relação das UBS tradicionais e população de referência

UBS s/PSF	População de referência
Nossa Senhora das Graças	17.807
Gramma	7.897
São Pedro	11.811
Dom Bosco	11.971
Cruzeiro do Sul	5.899
Ipiranga	13.072
Bairro Industrial	6.030
Esplanada	6.684
Benfica	9.693
Vitorino Braga	7.452
Manuel Honório	12.643
Bairro de Lourdes	8.417
TOTAL	119.376 habitantes

Fonte: SMS-Juiz de Fora, Sub-Secretaria de Atenção Básica, janeiro/2006

A densidade populacional do município de Juiz de Fora, associada ao processo de implantação do PSF, possibilitou a inclusão do município no Programa de Expansão de Saúde da Família (PROESF), implantado pelo MS, a partir de 2002²⁹.

No projeto PROESF do município, foram definidas as seguintes metas de cobertura para a expansão do PSF para os três períodos definidos pelo MS:

Fases	Meta cobertura populacional %	Nº Equipes de Saúde da Família
1 ^a – 2003 – 2004	54,60	75
2 ^a – 2005 – 2006	66,02	92
3 ^a – 2007 – 2008	80,60	113

²⁹ Embora o PSF tenha se difundido amplamente no Brasil, o seu desenvolvimento tem tido maiores dificuldades nas grandes cidades (acima de 100.000 habitantes). Nessa perspectiva de conversão do modelo, o PROESF foi criado para apoiar a ampliação e consolidação do PSF nas grandes cidades.

Na 1ª fase do PROESF, em 2003, 26 novas equipes foram implantadas, sendo: 06 equipes de Residência em Saúde da Família, com o objetivo de mudanças na formação dos profissionais de enfermagem, medicina e serviço social; 12 equipes em novas UBS e 08 equipes em UBS com PSF, o que possibilitou uma cobertura 49,7% da população com PSF/PACS, não identificando, assim o alcance da meta. (SIAB, 2006)

Na 2ª fase, de 2005 a 2006, foi proposta a expansão para 9 UBS, com a implantação de 17 equipes, permitindo, assim, uma cobertura total de 66,02% no município. Em janeiro de 2006, o total de equipes é de 80, distribuídas em 32 UBS.³⁰ As equipes estão concentradas, na área urbana, em 29 das 42 UBS e, na área rural, em 03 das 14 UBS. A cobertura alcançada até este período foi de 51,4% , o que se mantém até o momento da coleta de dados deste estudo (fevereiro, 2006), não atingido ainda a meta programada pelo projeto PROESF.

Para a 3ª fase, de 2007 a 2008, a proposta de expansão do PSF é de implantação de mais 21 equipes em 6 UBS, com o objetivo de alcance da meta de cobertura de 80,6% da população.

Em relação à Saúde Bucal essa se estrutura fora do trabalho do PSF, sendo sua coordenação ligada à subsecretaria responsável pelo nível secundário. Hoje, encontram-se em processo de fusão as subsecretarias de atenção primária e secundária. A rede básica do município conta com serviço de odontologia em 36 UBS da área urbana, contando com um dentista em cada. A assistência odontológica à área rural é realizada através de unidade móvel, com agendamentos programados.

É meta do PROESF a implantação de 10 Equipes de Saúde Bucal (ESB), com prioridade de implantação nas áreas com piores indicadores epidemiológicos.

³⁰ O município de Juiz de For tem uma rede básica composta de 56 UBS, sendo 42 urbanas, 14 rurais e 01 unidade móvel.

Posteriormente, ‘pretende-se ampliar a cobertura dos serviços de Saúde Bucal para todas as áreas cobertas pelo Saúde da Família. Até a presente data (fevereiro de 2007) nenhuma equipe foi implantada.

6.3.3 A Unidade Básica de Saúde da Família como locus de referência

O cenário de pesquisa foi a rede básica de saúde do município de Juiz de Fora e, para definição do *locus* da pesquisa, as unidades foram agrupadas por período de implantação e escolhido o grupo das UBS com maior tempo de implantação do PSF (a partir de 1995). O estudo foi realizado em uma dessas UBS, localizada na área urbana e cuja população adscrita é em torno de 12.000 habitantes. Conta com três equipes de Saúde da Família, num total de vinte e oito profissionais, entre médicos, enfermeiros, assistente social, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

7 A COMPREENSÃO TEÓRICA E A NARRATIVA DA PRÁTICA DOS SUJEITOS QUE OPERAM O PSF

O modelo de Estratificação do Agente de Giddens (1989) parte da premissa de que um dos elementos que atuam sobre a conduta cotidiana dos atores sociais é a “racionalização da ação”, a qual se refere ao “entendimento teórico”, entendido não como a apresentação discursiva da conduta e/ou das razões discursivas, mas sim como a capacidade dos agentes em explicar a maior parte do que fazem, se indagados. Tomando esse referencial, buscamos, através de entrevistas com os profissionais das equipes de Saúde da Família, perceber a compreensão teórica e a narrativa das práticas sobre alguns pressupostos básicos apontados pelo MS como potencializadores da capacidade de reestruturação do PSF e que por eles são operacionalizados no cotidiano de suas práticas.

Foram elencadas as seguintes categorias analíticas por dimensão: a) dimensão de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS: modelo assistencial do SUS, modelo assistencial do PSF, porta de entrada, adscrição de clientela e organização da demanda; b) dimensão de (re) estruturação dos processos de trabalho e das práticas em saúde: necessidade de saúde, integralidade, intersetorialidade, trabalho em equipe e planejamento.

A princípio é importante destacar que, quando indagamos os profissionais sobre o entendimento de alguns pressupostos do PSF, definidos pelo MS e trabalhados no presente estudo, foi possível observar que nem sempre as terminologias são conhecidas pelos profissionais. No entanto, quando explanávamos seu significado, logo surgia o entendimento. Tal percepção nos levou a entender que as equipes têm apropriação da lógica do trabalho no PSF, apesar de não se apropriarem do uso das terminologias técnicas convencionais definidas para o PSF. Tal fato nos remete ao

sentido de “racionalização da ação”, conforme explicitado por Giddens, de que o entendimento teórico dos agentes expressa sua capacidade de explicar o que fazem, quando indagados.

Para garantia do anonimato dos entrevistados utilizamos o nome de cores para denominar as equipes e a numeração indica a categoria profissional, sendo assim, nomeamos: Equipe Verde, Violeta e Azul, e para os profissionais: 1, médico; 2, enfermeira; 3, auxiliar de enfermagem; 4, ACS, e 5, assistente social.

Em relação ao **modelo assistencial do SUS**, a compreensão manifesta dos profissionais evidenciou-se de forma bastante heterogênea. Há uma compreensão de modelo associada a uma rede de atendimento, na qual a assistência é dicotômica - curativa ou preventiva e promocional da saúde. Associada à natureza da assistência, a direcionalidade da política de saúde é traçada.

“[...] tem uma rede de atendimento, você tem uma entrada, você tem uma seqüência de atendimento, esse modelo vai estar voltado para um lado curativo ou pra um lado de promoção de saúde e prevenção. Eu entendo modelo assistencial assim, como é que você vai nortear esse atendimento; essa política de saúde, como é que ela vai ser direcionada”.(Equipe Violeta, 1).

Ao mesmo tempo, há uma negação da visão dicotômica que qualificamos na fala anterior e observamos a compreensão de um modelo que é centrado na doença e sua cura e que não previne.

“É um modelo de assistência à população. Trabalha mais em cima da cura, da doença em si, a pessoa chega doente e tenta se curar e não se previne”.(Equipe Verde, 4).

Os profissionais associam também ao entendimento de modelo assistencial a idéia de atendimento imediato, aquele que deve dar resposta às queixas pontuais dos usuários, visão curativa da assistência. Entendem que a maneira como a assistência é

prestada vem da definição das normas as quais formatam a política e, conseqüentemente, a assistência no sistema de saúde.

“É uma maneira mesmo de como é prestado o atendimento no sistema de saúde. [...] seriam normas, né. [...] visão de um modelo que presta um atendimento imediato.” (Equipe Violeta, 5).

A compreensão de modelo assistencial centrado na doença, na sua cura e, por conseguinte, num atendimento imediato, expressa uma visão de unidades de saúde organizadas de forma tradicional, as quais centram sua organização e atenção no cuidado esporádico, visando a uma resolutividade que é ordenada pela oferta de procedimentos assistenciais centrados, exclusivamente, na visão biologicista da assistência. Há também os que remetem a visão de modelo assistencial às diretrizes preconizadas pelo SUS, entendendo ser o objetivo da assistência o alcance de tais princípios.

“É um sistema de atendimento que tem como objetivo tratar das diretrizes que o SUS tem de integralidade, de equidade, de universalidade, dar o direito do cidadão à saúde, saúde numa concepção ampla, não só de recuperação à saúde mais de promoção, de proteção à saúde.” (Equipe Azul, 1).

No entanto, há os que entendem ser um modelo focado na assistência à saúde da população carente, imprimindo ao princípio da equidade uma associação à focalização.

“[...] é uma forma de assistência à saúde que visa à princípio a população mais carente.” (Equipe Azul, 2).

Refletindo sobre o conjunto das falas, podemos dizer que há uma compreensão manifesta de uma visão de modelo assistencial dicotômico – curativo ou preventivo/promocional. Tal compreensão pode ter sido influenciada pela vivência dos profissionais em unidades de saúde que sempre se organizaram sob uma das duas modalidades da assistência – curativa ou preventiva e de promoção da saúde. Hoje, os

profissionais são agentes de mudança, vivenciando processos de transição entre modelos assistenciais, da abordagem curativa para a integralidade da assistência, o que pode estar ocasionando uma compreensão não muito clara sobre esse momento de transição. Além das falas apresentadas, observamos também uma compreensão de que o modelo assistencial do SUS é algo diferente do modelo assistencial do PSF, como também uma compreensão de que o modelo do PSF é o modelo do SUS. Logo, podemos inferir que há uma dificuldade dos profissionais em perceber que o processo de transição hoje em curso é de um único modelo assistencial – o do SUS, o qual vem buscando a consolidação de princípios ainda não alcançados, como o da integralidade da atenção.

Ao se referirem ao **modelo assistencial do PSF**, os profissionais se colocam como agentes de um processo de mudança, como se eles, através de suas habilidades e dos recursos disponíveis, determinassem um grau de resolutividade da assistência, desencadeando necessidades ou não de utilização de serviços mais complexos. A unidade de saúde onde trabalham é vista como porta de entrada para a assistência à saúde, e como agentes dessa rede de serviços têm contribuído na reorganização do fluxo do usuário nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde, principalmente da atenção secundária.

“A unidade básica é a porta de entrada, a partir daqui o que a gente não consegue resolver, que realmente não é a maior parte, a gente consegue estar encaminhando para uma referência, geralmente atenção secundária e a gente está tendo alguns serviços de atenção secundária que estão se organizando bem e conseguem referenciar a nós.” (Equipe Verde, 1).

Numa outra percepção, o sentimento de “agentes de mudança” aparece, ao se identificarem como diferentes dos demais profissionais de saúde, por compreenderem a saúde não só como a presença de um problema biológico, mas como uma necessidade

que deve ser reconhecida pela sua característica multicausal, associada a fatores de risco que possam desencadear problemas de saúde. Remetem a um modelo de assistência centrado na identificação de riscos e na prevenção.

“Antigamente a saúde era tratada mesmo quando a pessoa estava com algum problema, atualmente a gente tenta, nós do PSF tentamos, localizar alguma área de risco que possa causar um problema de saúde, daí tratar antes que o problema ocorra, então eu acho que o fundamento do PSF é mais ou menos este, tratar antes que ocorra a doença.” (Equipe Azul, 4).

Os profissionais também alegam que há “algo” que não está totalmente entendido no PSF em relação à sua proposta de reestruturação do modelo assistencial. Essa dificuldade de compreensão e operacionalização encontra-se tanto nas pessoas que usam como entre os profissionais que o operacionalizam. Os profissionais reconhecem que o PSF almeja um ideal de assistência que ainda não foi entendido e alcançado. Atualmente, mudanças podem ser observadas nas práticas profissionais, no entanto, ainda continuam mais focalizadas no atendimento às demandas médico-assistenciais, mantendo o trabalho do profissional mais centrado na unidade de saúde. Há dificuldades de reorganização das práticas profissionais, no sentido de articular as ações curativas às de promoção e prevenção. Em relação aos usuários, há uma cultura assistencialista, que dificulta compreender e valorizar outras ações, além das curativas.

“O PSF não está no ideal, eu acho que tudo demanda tempo. [...] as pessoas acham muito bonito o PSF, mas não entendem ainda o que isso quer dizer. Mesmo nós da equipe.” (Equipe Verde, 3).

“A gente não trabalha o Saúde da Família certo, porque o certo é a gente estar indo lá no campo, é ir lá na família e a gente não tem tempo de sair da unidade por causa da demanda. Fica agarrado aqui, é uma espremeda e outra pra você conseguir ir a uma família, você não tem como acompanhar aquela família. Por exemplo, vou lá hoje por que sei que é uma família dependente, semana que vem já não tenho condição de voltar lá pra saber se a família tomou o remédio, se fez um exame, qual foi o resultado do exame, então, não existe Saúde da Família. Nesse sentido não.” (Equipe Verde, 3).

Os profissionais percebem o modelo assistencial do PSF como aquele que promove a mudança do eixo assistencial - da cura para a prevenção e promoção da saúde. O sentimento expresso de ser um “profissional agente” tem ampliado o olhar sobre o processo saúde-doença, ao considerar seus aspectos dinâmico e multideterminado.

“Mudar o eixo de curativo para promoção e prevenção, mudar o eixo de doença pra eixo de saúde, mudar o eixo de um órgão para o ambiente, o meio em que a pessoa vive, nós estamos começando pelo menos pra mim. Eu estou começando a ter aquela sensação assim, eu estou vendo pessoas inteiras, eu não posso pinçar a pessoa da onde ela vive e não conhecer o meio que ela vive. Eu posso realmente interferir, quando eu sei o que está acontecendo por trás, quais são as situações, quais são as pessoas que estão em volta, culturalmente de onde ela vem, o que é a vida pra ela. Despertar na pessoa que ela entenda que a maior responsabilidade da saúde é dela mesma, muito mais do que do sistema, é uma mudança de hábito. Tenho consciência absoluta de que isto não vai ser feito agora, estamos numa época de transição, mudança de modelo é difícil, vai levar tempo.” (Equipe Violeta, 1).

A sensibilidade dos profissionais para uma visão ampliada de saúde é um potencial para a reorientação do cotidiano das práticas, na busca de uma assistência integral. Tal aspecto tem propiciado uma valorização do homem, levando os profissionais a olharem o indivíduo como um todo, na perspectiva da sua rede de vida. É uma mudança muito profunda, implica num repensar de aspectos que envolvem a ética, a humanização, o vínculo e a responsabilização, numa dinâmica de relações que envolvem agentes co-responsáveis do processo saúde-doença.

“A estratégia é muito benéfica porque ela visa pegar o ser humano como um todo, não ele sozinho, ele e toda família, toda rede de vida que ele tem, toda referência local que ele tem, valoriza o ser humano. As pessoas não deram importância a estratégia e os efeitos não são em curto prazo, esses nós só vamos sentir em longo prazo.” (Equipe Azul, 2).

Há também aqueles profissionais que desvinculam do PSF o resgate do sentimento ético na saúde, explicitado anteriormente, passando uma visão pejorativa ao

identificar aspectos humanitários, como o vínculo, algo de modismo que envolve a proposta de assistência à saúde no PSF.

“No PSF essa questão de vínculo com as pessoas é que é o grande chavão, a grande mudança.” (Equipe Azul, 1).

O entendimento da unidade básica como **porta de entrada** da assistência à saúde a uma população adscrita é um dos fatores que pode influenciar na efetivação do modelo assistencial do PSF, ao contribuir para potencializar a resolutividade na atenção básica, reorganizando os processos de trabalho e as práticas profissionais, estabelecendo o vínculo e a responsabilização entre profissionais/usuários.

Para alguns profissionais, a noção de porta de entrada traz a idéia de unidade de referência primeira da população, ao procurar resolver seu problema de saúde independente da complexidade. A idéia de referência também está associada à proximidade do local de moradia dos usuários.

“É onde inicialmente a pessoa vai procurar pelo sistema de saúde, independente de qual nível de complexidade que ela está precisando.” (Equipe Azul, 1).

Destacam não ser a expressão “porta de entrada” a que melhor qualifica a unidade básica de saúde, pois entendem que todos os serviços deveriam funcionar e se responsabilizar como porta de entrada para a assistência à saúde da população.

“Porta de entrada do sistema por ele morar próximo à unidade. Seria o primeiro local onde poderia receber uma atenção, que ele poderia estar sendo cuidado, assistido adequadamente. Eu não gosto dessa expressão, ela é até pejorativa, porta de entrada. Sinceramente, eu acho que é uma desculpa para as outras pessoas não trabalharem direito, os outros serviços não trabalharem direito. Tudo bem, que a pessoa deveria procurar primeiro a unidade básica, mas a pessoa tem o direito de ser bem tratada, bem recebida e porta de entrada pra mim são todos os serviços e não só a unidade básica.” (Equipe Azul, 2).

Observamos uma mudança de compreensão; anteriormente os profissionais, ao expressarem o entendimento sobre o modelo assistencial do PSF, identificavam a unidade básica com porta de entrada, destacando sua função de iniciar e regular o fluxo assistencial do usuário. Agora tal função é vista como sobrecarga de trabalho e de responsabilidade em relação aos outros serviços. Foi expresso um descontentamento em relação à rede hierarquizada e seu mecanismo de referência e contra-referência.

Em contraponto ao que foi destacado anteriormente, observamos também um entendimento da função de porta de entrada da unidade básica que, além de permitir o ingresso à rede assistencial, tem a função de monitoramento, de acompanhamento da assistência ao usuário pelas equipes de Saúde da Família. A noção de acompanhamento vem expressa na idéia de sentinela, no sentido de vigilância em relação aos resultados obtidos pela assistência nos demais níveis.

“[...] permitir o ingresso dentro da rede, você também monitora essa progressão dentro da rede, nós não somos só porta de entrada, somos porta de entrada e meio sentinela também.” (Equipe Violeta, 1).

Há também um entendimento oposto em relação à expressão “porta de entrada”, associado a dificuldade de acesso à assistência pelo usuário. Referem também que essa “porta de entrada” é regulada pelo profissional médico, demonstrando que, na prática, o fluxo da assistência ainda está centrado no modelo biomédico. Por outro lado, há também uma percepção de que um novo agente de saúde tem influenciado as demandas que chegam à unidade básica de saúde, colocando a figura do ACS como aquele que faz acontecer a porta de entrada, consequência da prática de vigilância à saúde realizada em suas micro-áreas de atuação.

“É uma micro-janela é menor que um basculante. [...] Isso envolve mais os médicos, não é muito com a gente porque é o médico que analisa, vê se precisa de encaminhamento.” (Equipe Verde, 3).

“É o agente de saúde que faz acontecer a porta de entrada.” (Equipe Azul, 4).

O que podemos observar é que há um entendimento ambíguo dos profissionais em relação à função da UBS como porta de entrada da assistência. Ora expressam uma responsabilização pela população adscrita, ora trazem uma insatisfação com a função definida para a UBS.

Para melhor compreender estes aspectos, buscamos perceber a influência dessa função de **porta de entrada no ordenamento das práticas** das equipes de Saúde da Família. Nesse sentido, foi possível perceber que a unidade, por ser porta de entrada de uma população adscrita, estabelece relações interpessoais mais duradouras, orientadas pelo contato constante entre profissionais/usuários, promovendo relações de confiança e vínculo. O conhecimento pelos profissionais das necessidades de cada um orienta práticas individuais que buscam acolher, acompanhar e orientar.

“Orienta pelo acolhimento o primeiro lugar que a pessoa confia, porque ela nos conhece e nós já a conhecemos, não como números, então, ela confia, ela conhece a gente. A gente tem um vínculo com o usuário muito importante e ele procura a gente para as mínimas coisas.” (Equipe Azul, 2).

“Acho que ajuda a orientar o nosso trabalho, a gente sabe da necessidade de cada um deles, pode acompanhar, orientar.” (Equipe Azul, 4).

Para os profissionais, o contato constante com os usuários estabelece uma referência que extrapola a função básica de um serviço de saúde – atendimento, avança para o plano da referência interpessoal, entre sujeitos, passando a influenciar na conduta da vida diária, para além dos aspectos relacionados à saúde.

“[...] porque não perco o contato com o paciente, todo o retorno é sempre feito com a gente, essa porta de entrada funciona pra mim assim, vão procurar a nós inicialmente, é aqui que a gente vai ver se pode ser resolvido na própria unidade ou se precisará de encaminhamento para outros escalões da rede. Nós somos uma

referência para a população, chega ao ponto muitas vezes da referência ser tão forte que não é mais só de saúde, de várias outras coisas também, do dia a dia, que a gente acaba influenciando a população em termos de saúde.” (Equipe Violeta, 1).

Essa dinâmica da porta de entrada é retratada como uma busca, uma referência da população, resulta num grande fluxo de usuários ao serviço, gerando o que os profissionais denominam de grande demanda. Tal fato exige a necessidade de ordenar o atendimento, estabelecendo estratégias que possam identificar prioridades e encaminhamentos.

“Por ser a porta de entrada, a demanda é muito grande. É necessário ir fazendo uma triagem, uma seleção, para o que deve ser atendido e resolvido aqui, o que é pra ser encaminhado. Para atender o usuário da melhor forma possível, a gente tenta isso.” (Equipe Violeta, 5).

A compreensão manifesta pelos profissionais expressa uma tensão no entendimento de porta de entrada. Articula essa característica da UBS, em especial a de Saúde da Família, a uma relação de proximidade, de referência, de vínculo, ou seja, de adscrição a uma população. Ao mesmo tempo, eles identificam uma função de regulação, expressa pelo ordenamento do fluxo assistencial, visando ao uso mais racional e equânime da assistência em todo o sistema. No entanto, os profissionais percebem que a operacionalização e responsabilidade, por esse fluxo, não são compartilhadas pelos demais serviços que compõem a rede assistencial do sistema de saúde.

Além do mais, a complexidade das necessidades que envolvem o processo saúde-doença tem caracterizado a porta de entrada da UBS por demandas que exigem, além de uma melhor articulação entre os serviços de saúde, a organização de uma rede assistencial de abrangência intersetorial composta por diferentes setores das políticas sociais, como por exemplo: educação, saneamento, habitação e trabalho.

Associada à compreensão de porta de entrada vem a idéia de **adscrição da**

população, diretriz operacional presente na organização do nível da atenção básica, ao estabelecer os limites de abrangência da UBS. No PSF, tal diretriz define a área de atuação da equipe de Saúde da Família, dimensionada em seu interior por micro-áreas.

A princípio, o termo “adscrição da população” não é conhecido por todos os profissionais, apesar do entendimento de que se refere à lógica de organização do atendimento à população, através da definição de áreas de atuação por equipe.

“É uma área determinada que a equipe tem responsabilidade pelo povo dessa pequena área. Cada equipe tem uma área.” (Equipe Violeta, 3).

Associam adscrição da população ao conhecimento das condições de vida e dos fatores determinantes do processo saúde-doença de uma área populacional – visão ampliada do conceito de Saúde. Expressam também a necessidade de conhecer as condições de acessibilidade da população a recursos sociais, numa preocupação em dimensionar a possibilidade de uso, de acesso a esses recursos.

“[...] Não sei se entendi bem a palavra. Consideraria mais assim, no conhecimento daquela área, daquela população que vive e o que cerca ela ali, as dificuldades que ela tem de acesso à Unidade, acesso ao atendimento ou mesmo uma coisa mais secundária. Como é que ela consegue sair dali de onde ela está, o que está gerando ali de doença, preocupação, desemprego. Acho que é tudo, porque saúde não é só falta de doença em si são várias coisas que proporciona a pessoa adoecer ou não.” (Equipe Verde, 4).

Uma dimensão técnica do termo “adscrição da população” foi destacada, ao referenciar a territorialização e o mapeamento da área, cujos procedimentos permitem delimitação e apropriação do território em relação ao relevo e barreiras geográficas. Destacam que tais processos não podem ser aplicados dissociados do conhecimento das condições de vida da população. Acrescentam a necessidade de também quantificar a população, preocupação que pode ser atribuída à natureza do serviço – prestação de assistência.

“Adscrição da população é territorializar, mas não é só você colocar no mapa qual é a sua área. É você realmente conhecer aquela área, fisicamente, como ela é, se fica em planície, declive, morro, entendeu? É também saber qual é o número de população daquela área, saber como que aquela população vive, em termos sociais, econômicos, financeiros, isso é adscrição de área.” (Equipe Azul,1).

Quando associamos **adscrição ao trabalho da equipe**, no sentido de perceber de que maneira a adscrição influencia os processos de trabalho, foi possível captar que a definição das áreas não foi vivenciada por todos os profissionais. Os que participaram apontaram que a territorialização trabalhou com alguns indicadores, mas o que definiu a divisão das áreas foi a situação geográfica em relação ao acesso à unidade. Algumas áreas são concentradas e contínuas, outras são dispersas, o que dificulta a organização do trabalho das equipes.

“Na verdade foi assim, se você olhar no mapa, tem uma rua lá e outra aqui. A área 13 é concentrada, porque as ruas são muito compridas. De repente fica difícil de você organizar, separar por área desta maneira, então tem dificuldade no acesso à unidade. Foi feito basicamente assim: vamos dividir em 3 áreas, vamos pegar a Vila Olavo Costa pra ser uma, Vila Ideal parte baixa, e a parte alta ficou minha área, mas, por exemplo, tem uma área que é central, ela não pertence a ninguém, na verdade, ela é distante da minha e da área 13, ela tinha que ficar pra alguém, né, então foi definida a terceira área.” (Equipe Verde, 1).

O acesso à unidade exige que a população de algumas áreas utilize meios de condução. Tal fato estimula a população a se referenciar a serviços mais complexos localizados fora da área de moradia, quebrando a lógica da adscrição.

“O pessoal de Solidariedade, a pessoa pra vir aqui tem que pegar ônibus, se é pra ela pegar ônibus ela vai pra cidade, né? Então essa dificuldade complica um pouco.” (Equipe Verde, 4).

A localização da área e o nível socioeconômico da população dimensionam a frequência dos usuários ao serviço, ou seja, a acessibilidade ao serviço. A localização não privilegiada da UBS vem propiciando a discussão da necessidade de redimensionamento da área de abrangência da unidade.

“[...] aqui na unidade, por exemplo, a área do Beijo, que é a da Vila Olavo Costa, é a que mais frequenta a unidade por conta da proximidade e da carência. A minha área, do Solidarietà já está mais distante. Até está em discussão passar o Solidarietà para a unidade de Furtado. [...]” (Equipe Verde,4).

“[...] minha área é muito mesclada, enquanto existem famílias de bom nível sócio-econômico, existem famílias de nível sócio-econômico pior, mais baixo, gerando mais necessidades e muitos problemas.” (Equipe Azul,1).

O que nos pareceu é que a territorialização realizada se preocupou mais em dimensionar a área de abrangência da UBS, do que a área de atuação das equipes. Tal fato nos remete ao processo de reorganização da atenção básica no município, que, no período inicial, privilegiou a definição da área de abrangência da UBS, se preocupando com o quantitativo populacional, alocação de profissionais de saúde necessários, priorizando a presença do médico de família, sob o qual definiu-se um quantitativo médio de 3.590 habitante/médico.

Hoje, no cotidiano do trabalho das equipes, o conhecimento, a complexidade e a dinamicidade que envolvem os contextos familiares têm sido utilizados como critério para a redefinição do número de famílias por micro-área, não resultando em redimensionamento da área da equipe. É um rearranjo no interior da área, com vistas a melhorar o trabalho dos ACS.

“Eu sou uma que tenho menos famílias, por quê? Porque eu tenho uma família com vinte e duas pessoas. As minhas famílias são com muitas pessoas, então, a minha faixa de criança, de adolescente é muito grande, é por isso que em relação às demais micro-áreas eu tenho menos famílias. Tem gente que tem cento e sessenta, tem colega que tem duzentas.” (Equipe Verde,4).

Conhecer a população alvo permite a auto-organização do processo de trabalho, minimizando algumas possíveis dificuldades em relação ao quantitativo da população adscrita. Ajuste de agenda também é utilizado com vista a propiciar maior acessibilidade

aos usuários.

“É muito mais fácil porque eu tenho aquele público alvo, até na hora de redistribuir o meu trabalho para melhor atuar fica mais fácil. [...] conhecendo as famílias a gente já sabe, hoje eu vou achar problema, então, a gente já não leva muita coisa porque sabe que vai ter pouco tempo. Se em um dia eu fiz pouco, no outro dia eu posso ir a uma rua mais tranqüila e vai ser rápido.” (Equipe Verde, 4).

A informação correta e real da população adscrita (número de famílias e pessoas por micro-área) é uma informação mais conhecida pelos ACS. Essa informação é usada pela equipe como dimensionador das demandas.

“[...] 154 famílias, em torno de 514...515 pessoas, dia após dia varia; uma muda, outra chega, umas coisas assim [...]” (Equipe Verde, 4).

Quando se referem ao quantitativo da população alvo, alguns profissionais acham o número estipulado por equipe alto. Justificam não ser o quantitativo em si o único problema, mas aspectos operacionais que o envolvem, tais como: dificuldade de acesso, grandes distâncias e problemas na referência e contra-referência, que, ao não absorverem o usuário referenciado, fazem com que seu retorno seja constante à unidade, gerando retorno de demandas já identificadas como não resolutivas na UBS.

“Eu acho que esta área é maior do que eu realmente posso atender. É que existe aqui alguns focos de área de risco, vamos dizer assim, que são de difícil acesso, caminha uns 20 minutos mais ou menos e você chega neste ponto, tem umas 14 a 15 casas, então quer dizer, se eu for fazer uma visita lá, vou ter que tirar praticamente uma tarde inteira pra ir lá, nem se eu quiser ir de carro eu consigo.” (Equipe Azul, 1).

“[...] de repente eu estou tendo a impressão de que 3400 pessoas é muito, mas não é, o que está acontecendo é que o sistema não está conseguindo acomodar as demandas das pessoas nos níveis.” (Equipe Azul, 1).

Os aspectos levantados em relação ao quantitativo da população adscrita por equipe permitem uma reflexão sobre a utilização de parâmetros assistenciais pré-definidos, lógica que, ao não valorizar a realidade, ao impedir a absorver das

especificidades e, conseqüentemente, readequações. A Saúde da Família vem mostrando uma necessidade de repensar a construção de parâmetros assistenciais em saúde, ao propiciar novos arranjos organizacionais dos processos de trabalho. Facilita a utilização de parâmetros que sejam construídos a partir de referenciais do que seja desejável e necessário a uma realidade e o alcançável pelos serviços em seus contextos, apontando para uma necessidade de descentralização da concentração da norma.

A adscrição da população tomada como estratégia de responsabilização de uma equipe pela assistência à saúde de uma população propicia um olhar profissional mais vigilante em relação à saúde. No trabalho do ACS nos chamou atenção o entendimento sobre o processo de conhecer as necessidades da população e por ela se responsabilizar. Para os ACS, identificar problemas e necessidades em saúde tem como limite de responsabilização a micro-área de atuação, no entanto, informar sobre saúde extrapola esse limite. Esse entendimento expressa um dos pressupostos básicos da vigilância à saúde, ao orientar o trabalho em saúde para uma abordagem que busca articular ações de prevenção e de promoção da saúde, contextualizadas pelo conhecimento dos fatores de risco.

“Eu já conheço até onde eu tenho que ir, até onde é meu limite, apesar de que isso não impede de estar subindo e atender uma outra área, uma outra micro-área, de informar. Porque a informação independe se é minha ou se é do outro, informar eu posso. Agora, o saber e o conhecer as pessoas é dentro do meu limite. Tendo esse limite para trabalhar é muito mais fácil por que eu sei quantas crianças eu tenho, quantos idosos eu tenho, é mais fácil, tem um limite, eu tenho um trabalho certo com aquela área, com aquelas pessoas.” (Equipe Verde, 4).

Em relação à **organização da demanda**, a diretriz operacional do PSF preconiza que as unidades básicas devem buscar articular a demanda espontânea, considerada aquela que chega à unidade por iniciativa do usuário, às demandas originárias da atenção programática, direcionada a grupos específicos da população e que se organizam a partir

de protocolos de atenção, integrando ações curativas, preventivas e de promoção.

Na UBS de estudo, as três equipes de Saúde da Família compartilham uma mesma organização no que diz respeito à demanda espontânea. Já em relação à atenção programática, cada equipe organiza sua agenda levando em consideração as especificidades dos processos de trabalho e as características de cada população adscrita. Há um acordo de que essas ações devam ocorrer na parte da tarde. Essa lógica de organização da atenção pode dificultar o desenvolvimento de uma assistência integral, já que mantém a oferta de atenção de forma fragmentada. A integralidade da atenção não pode ser garantida apenas aos usuários inscritos em ações programáticas, ela deve orientar as práticas de saúde numa unidade de Saúde da Família.

Na unidade em estudo, a **demanda espontânea** tem um fluxo organizado para a parte da manhã, direcionado, prioritariamente, ao atendimento médico, especificamente, à consulta médica. Para a equipe, a população tem maior credibilidade nesse procedimento. Tal conduta é reforçada pelas equipes, ao organizarem esse fluxo dando prioridade à distribuição de fichas para consulta médica.

“[...] acaba sendo a partir do médico, porque um outro funcionário daqui não tem muita credibilidade, a gente tenta - o enfermeiro pode resolver o seu problema, mas o usuário não aceita - não, eu quero o médico, aí acaba que a consulta dele é passada pro médico[...]” (Equipe Azul, 4).

“Aqui a demanda de manhã forma uma fila e as pessoas marcam a consulta para o mesmo dia, a gente tem o costume de marcar, estou falando do atendimento médico né, dez consultas por médico, somos três, dá umas trinta fichas, abre duas vagas para atendimento pré-agendamento, existe também pessoas que chegaram de volta do encaminhamento e tal, a gente coloca duas vagas também.” (Equipe Azul,1).

Apesar de ser o procedimento de distribuição de fichas o adotado, alguns profissionais não concordam. Identificam como um problema criado pelos profissionais

que atuam na unidade, gerando atrito na equipe. Ter horário definido para distribuição de fichas agrava ainda mais a situação, ao limitar o direito ao acesso, além de gerar iniquidades no atendimento.

“Aqui eles têm um problema difícil, eu acho que atrapalha muito, porque não tem que ter ficha. Quem está aqui volta pra trás, aí quem chega fora do horário eles atendem. Aquela pessoa que veio pra UBS às 5 horas da manhã fica sem o atendimento, eu acho erradíssimo. Tenho um problema com eles aqui porque eu falo mesmo, depois a gente vem e dá a vaga para outra pessoa. Pôxa, e aquela que chegou às 5 horas da manhã, eles não? [...] então estipula 16 porque não vem tanta gente assim. Mas se estipula 16, e o restante do dia que tem que atender todo mundo, como fica?” (Equipe Violeta, 4).

A demanda espontânea é considerada pelos profissionais como um problema de difícil solução. Sentem-se inseguros na escolha de qualquer tipo de procedimento e qualificam essa demanda como algo que torna o trabalho exaustivo, chegam a expressar a falta de perspectiva para a organização.

“Eu sempre tive muito medo. Outro dia ainda estava falando isso aqui. No início do PSF aqui, todo mundo que estava na fila às sete horas da manhã tinha o direito de ser atendido, não importa: cinquenta, sessenta, sete horas da manhã estava na fila, não vou nem contar, vamos dar ficha pra todo mundo e vamos atender. A gente quase morreu de trabalhar e não resolveu o problema, porque nove horas tá chegando um com febre, quinze para as dez da manhã um com a pressão altíssima, dez e meia tem um que a criança estava na aula, passou mal e veio. Eu acho que é um problema sem solução.” (Equipe Verde, 1).

Os profissionais apontam como um fator que contribui para o aumento da demanda o fato da população ter a UBS como referência única para o atendimento imediato de suas necessidades, tanto do ponto de vista da saúde, assistência, como das carências sociais e econômicas.

“Acho que eles têm isso daqui como referência de alguma coisa que pode resolver o que eles estão precisando naquele momento. Acho que eles têm esse pensamento sim. Vir para cá tentar resolver, porque na verdade a gente não faz idéia, as pessoas não têm orientação nenhuma. Eles não têm recurso algum, a verdade é essa. Muitas vezes eles vêm aqui, eles pensam que aqui pode resolver.” (Equipe Verde, 1).

No entanto, como a lógica de acesso instalada é ordenada por procedimentos assistenciais, em especial, a consulta médica, o usuário se utiliza da queixa biológica como recurso para ingresso ao atendimento, mesmo sendo a necessidade originária de outra questão.

“O que acontece muito é como te falei antes, as pessoas vêm aqui para conversar, falar de um problema. Para poder vir conversar ela tem que trazer uma doença ela traz uma dor de cabeça, a pressão alta, ela andou muito debaixo do sol, ficou um tempão na fila, chegaram aqui quatro e meia da manhã, muitos sem café.” (Equipe Verde, 4).

Um dos fatores que dificulta a organização da demanda espontânea é a continuidade de uma atenção centrada no médico. O modelo adotado pelas equipes induz à manutenção da credibilidade do usuário nessa lógica de atenção. Articular a demanda espontânea à programática e seus quantitativos de demanda tem sido um dos grandes desafios para as equipes de Saúde da Família.

A dinâmica de trabalho no PSF é orientada pela lógica da vigilância à saúde, que, ao monitorar as necessidades de saúde da população, produz uma maior demanda ao serviço, não sendo, necessariamente, originárias do campo do saber biológico. Nesse sentido, é premente que as equipes se apropriem de conhecimentos e habilidades que possibilitem o redimensionamento da oferta de procedimentos, visando a uma abordagem integral do cuidado, ancorada numa prática multiprofissional e interdisciplinar.

A preocupação em dar alguma resposta à **demanda espontânea** acaba por interferir na lógica de **adscrição da clientela**, diretriz orientadora do trabalho no PSF. No horário de maior fluxo, todos os profissionais da unidade trabalham em função da demanda espontânea. Há uma tentativa de distribuir a demanda de acordo com a

população adscrita a cada equipe, no entanto, o fluxo da demanda entre as áreas das equipes apresenta diferentes concentrações (especificidades de cada área). Essa dinâmica ocasiona o trabalho excessivo de algumas equipes em relação a outras. Com a intenção de minimizar tal problemática, os profissionais passam a atender usuários fora de sua área de responsabilização.

“Eu não fico só limitada na minha área, não tem como, você acaba tendo que ao invés de mandar a pessoa voltar de novo, ouvi-la também e tentar solucionar o problema dela.” (Equipe Violeta, 2).

A compreensão que os profissionais têm de que deva ser respeitada a livre escolha dos usuários é outro aspecto que interfere na organização da demanda e, conseqüentemente, na adscrição.

“[...] os pacientes eles têm também o direito de solicitar. É aquela estória da livre escolha, até certo ponto ela tem que ser permitida também. [...] às vezes uma senhora que não quer consultar com médico ou um homem que não quer consultar com médica, eles têm também esta liberdade de solicitação.” (Equipe Violeta,1).

Outro aspecto relatado como dificultador da organização da demanda está relacionado ao sistema de referência e contra-referência que ao não absorver os usuários referenciados aos serviços especializados, gera descontrole na agenda do profissional, ocasionado por retornos desnecessários do usuário à UBS e quebra dos protocolos de atenção.

“[...] tem os hipertensos leves, os moderados e os severos, então a gente sabe, o ministério até preconiza que deveríamos controlar os hipertensos leves e moderados na unidade e os severos, um acompanhamento da assistência pela unidade, mas um controle no serviço especializado. O serviço de especialidade pra tratar de hipertensão, diabetes, obesidade, tá lotado, então eu não posso encaminhar esta pessoa, no caminho ela volta, né. Então, aquela pessoa que poderia ser atendida uma vez por mês, outros de seis em seis meses, retornam freqüentemente, e eu não tenho controle sobre isto. Já tentei organizar esta agenda, mas não consegui fazer isto, entendeu, separar os hipertensos, mesma coisa com os diabéticos.” (Equipe Azul, 1).

Apesar das dificuldades evidenciadas, as equipes vêm buscando, no cotidiano de seu trabalho, responder ao volume da demanda espontânea. Iniciativa de acolhimento foi evidenciada, no entanto, este não se caracteriza como um procedimento assistencial sistematizado, funciona como o primeiro contato dos profissionais com a demanda do usuário. Atividade de triagem que nem sempre acontece de rotina, mais presente quando as fichas de atendimento se esgotam.

“[...] a quantidade que passa de ficha é feito uma triagem no caso de um paciente com febre, hipertenso, algum tipo de alergia, então, o médico acaba atendendo demais, ultrapassa a quantidade dele”(Equipe Verde, 3).

“[...] no acolhimento nós temos também a triagem das intercorrências pediátricas, febre, vômito, dor e que são atendidas pela enfermagem, pela consulta de enfermagem que a gente faz a captação no atendimento” (Equipe Azul, 2).

O trabalho informativo em sala de espera também aparece como outra iniciativa para melhor organizar a demanda, tendo a finalidade de explicar à população o funcionamento da UBS.

“Num determinado tempo atrás, as pessoas estavam meio perdidas, vinham num horário que não era pra vir, mas de um tempo pra cá, nós fomos, algumas agentes, não que tivesse obrigatoriedade, treinadas pela enfermeira para fazer sala de espera. O que é a sala de espera? É onde eu passo todas as informações da UBS, e falo de coisas corriqueiras né, como a dengue, os caramujos, que tá infestado aqui, entre outras coisas, o horário que abre e que fecha a unidade.” (Equipe Verde, 4).

Tais iniciativas são tentativas que podem ajudar a melhor organizar a demanda, mas, no entanto, não são capazes de propiciar novos arranjos de oferta de procedimentos, desconcentrando o fluxo sobre a consulta médica. É necessário haver inovação na cesta de procedimentos ofertados pela unidade para ações de cuidado integral de caráter multiprofissional e interdisciplinar. O apoio de um processo de educação permanente às equipes se torna imprescindível, auxiliando na implantação de

novos procedimentos assistenciais.

A demanda que chega à UBS gera modalidades diferenciadas de respostas que podem ser assim agrupadas: atendida e resolvida, atendida e encaminhada e não atendida. Partindo desse entendimento, buscamos compreender como os profissionais das equipes percebem essas diferentes modalidades.

Em relação à **demanda atendida e resolvida**, os profissionais a percebem como aquela cuja resolutividade encontra-se ancorada, simultaneamente, em capacidades tanto do serviço como dos profissionais. A capacidade do serviço aparece representada pela disponibilidade de infra-estrutura e insumos para que as atividades possam acontecer de forma plena.

“Quando o usuário vem com uma determinada queixa e ele é diagnosticado corretamente, ele é medicado corretamente, ele é dispensado, você tem medicamento, você tem funcionando a vacina, o curativo. Não precisa voltar para consultar repetidas vezes.” (Equipe Azul, 2).

A capacidade relacionada aos profissionais envolve conhecimento e habilidade profissional, o que contribui para uma atenção resolutiva. Cabe ao profissional uma responsabilidade pela resolutividade da atenção, a qual foi qualificada como “correta”, relacionando a um conjunto de procedimentos clínicos que envolvem o atendimento em saúde a ter terminalidade, não necessitando utilizar encaminhamentos para outro nível de atenção do sistema e que seja atendida pelo profissional em tempo hábil.

“Demanda atendida e resolvida é aquela que eu consigo atender em tempo hábil e que eu consigo resolver o problema da pessoa.” (Equipe Azul, 1).

“Aquela que necessariamente eu não preciso repassar pra nenhum outro nível de atenção.” (Equipe Violeta,1).

Também foi destacada a dificuldade em considerar uma demanda atendida e

resolvida no PSF, devido à complexidade que envolve o olhar investigativo, ao ampliar a visão de saúde para além do simples olhar de presença ou ausência de doença.

“[...] resolver o problema no Programa de Saúde da Família é muito complicado, resolver o problema daquela família é resolver em todos os sentidos, desde moradia passando pela parte médica, do lazer, tudo porque tudo reflete na saúde. [...] É uma dor de barriga e quando eu falo dor de barriga você resolveu o problema ali da dor. Mas, o que gerou aquela dor de barriga é mais complexo, então, você não vai conseguir solucionar de uma hora pra outra.” (Equipe Violeta, 2).

Os profissionais identificam como demandas atendidas/resolvidas pela unidade: puericultura, pré-natal normal, preventivo da mulher, infecções de vias áreas superiores, enxaquecas e cefaléias, doenças do aparelho digestivo, especialmente do tubo digestivo alto (gastrite e esofagite leve e moderada), hipertensão e diabetes leves e moderadas, procedimentos de enfermagem e problemas emocionais leves e moderados. Entre a clientela representativa dessa demanda estão as mulheres e as crianças.

Em relação à **demanda atendida e encaminhada**, os profissionais a relacionam aos protocolos, tanto os próprios, como os do Ministério da Saúde. Entendem ser os protocolos dispositivos definidores do atendimento técnico e dos recursos tecnológicos disponíveis no nível da atenção básica. O que extrapola essa capacidade deve ser encaminhado para os níveis mais complexos de atenção.

“Quando chega o término dos nossos protocolos, quando chega o término dos protocolos do Ministério da Saúde para os programas da atenção básica. Tem um limite que a gente pode ir com segurança e quando a gente não se sente tão capacitado para definir, encaminhamos.” (Equipe Azul, 2).

Há profissionais que colocam os protocolos como limitadores da atenção no nível básico, ao estipularem limites obrigatórios de condutas, independente da habilidade técnica dos profissionais.

“[...] quando há necessidade de um determinado exame que eu não posso pedir, não tá na listagem do que eu posso pedir na unidade. Às

vezes sou obrigada a encaminhar por isto ou pra fazer um exame específico que realmente não pode ser feito aqui. [...] também ocorre por limitação no seu trabalho ou por necessidade de um conhecimento técnico mais específico.” (Equipe Violeta,1).

Essas declarações a respeito dos protocolos nos remetem a alguns questionamentos: A elaboração verticalizada dos protocolos é responsável por essa visão de limitação e não uma visão de organização da atenção em graus de resolutividade por natureza do serviço? Se os protocolos, enquanto instrumentos de conduta, fossem elaborados e acordados entre o nível de gestão e os profissionais dos serviços, haveria um melhor entendimento e apropriação? Sendo assim, os protocolos poderiam resultar num melhor dimensionamento da resolutividade na atenção básica, com readequação do suporte tecnológico e de insumo?

Ao atender e necessitar encaminhar, o profissional da atenção básica deveria ter garantia da continuidade desse processo, já que a lógica é de funcionamento em rede de serviços. Além do mais, ao encaminhar deveria ser garantido o acompanhamento do usuário, característica do modelo assistencial preconizado pela Saúde da Família, ao responsabilizar uma equipe por uma população adscrita. Nesse sentido, os profissionais identificam que a melhor denominação é demanda atendida/encaminhada/acompanhada.

“[...] o que eu entendo é que deveria ser assim, o que eu não conseguir resolver, eu deveria ter uma facilidade de encaminhar e esse encaminhamento eu acompanhar e nem sempre é isso que acontece.” (Equipe Verde, 1).

Os profissionais das equipes têm uma visão diferenciada em relação ao que deve ser encaminhado, o que pode ser compreendido pela inserção diferenciada dos profissionais no cotidiano do trabalho, além do possível desconhecimento ou até mesmo ausência de protocolos.

Foram identificadas como principais demandas de encaminhamento: ortopedia,

muitas vezes relacionada à necessidade de fisioterapia, oftalmologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, neurologia, pré-natal de alto risco, hipertensão e diabetes severas, saúde mental, urologia, pequena cirurgia, exames mais complexos, destacando a mamografia, saúde do trabalhador. Entre a clientela mais representativa dessa demanda estão as mulheres na faixa etária de 30 a 60 anos.

Em relação à **demanda não atendida**, alguns profissionais das equipes identificam como aquela que não é atendida naquele momento em que o usuário a traz. Essa compreensão nos remete ao entendimento, anteriormente explicitado, em relação ao modelo assistencial ao identificá-lo como de atendimento imediato, logo, centrado na doença, na queixa pontual, característica do modelo curativo.

“Agora, não pode todo dia as pessoas que chegam aqui serem atendidas de imediato.” (Equipe Azul, 2).

Ainda com relação à ênfase no modelo curativo, observamos também a compreensão de demanda não atendida como aquela que não foi possível de ser atendida por esgotamento das fichas para consulta médica.

“Quando termina as fichas determinadas pela equipe. O número de fichas é contadinho porque nós só temos condições de atender trinta consultas médicas” (Equipe Azul,2).

A característica imediatista do atendimento passa agora a ser respondida pela possibilidade de agendamento para consulta médica. A prioridade de agendamento é respondida por uma oferta que ocorre na parte da tarde, mas que não é divulgada. Essa demanda da tarde é orientada à consulta médica, nos casos de urgência, ou por outras iniciativas do acolhimento, já que o turno da tarde é reservado para atendimento de grupo e visitas domiciliares.

“[...] existem casos que podem ser agendados para outro dia e casos que não podem ser agendados.” (Equipe Azul, 2).

“[...] a gente tem uma demanda de tarde também, que não é oficializada, não é aberta, mas claro que existe. Sempre tem alguém passando mal à tarde, a gente tenta acolher. Não sai sem uma orientação.” (Equipe Verde, 1).

A maioria dos profissionais destacou que praticamente não existe demanda não atendida, eles tentam responder de alguma maneira, atendendo ou encaminhando. Até mesmo quando é comunicado que há uma intercorrência acontecendo no domicílio, a equipe é acionada e procura resolver, por entender que é referência da população.

“[...] quando chega um caso que você vê claramente que não dá pra ser resolvido na unidade, por exemplo, chega aqui uma pessoa num estado de mal asmático, nós nem temos uma bala de oxigênio, aí vai ter que acionar uma ambulância, mesmo assim ela vai ter o primeiro atendimento é aqui. Pode acontecer de uma pessoa que está em casa num horário que a gente não pode ir, tá passando muito mal, ainda assim a gente funciona como referência pra ativar o serviço de ambulância, uma remoção, orienta e tudo mais.” (Equipe Violeta,1).

Apesar dos profissionais terem explicitado que acolhem de alguma forma as demandas, foi destacado que existem situações em que eles decidem não atender. Essas estão relacionadas à complexidade de algumas situações. Diante do problema, o profissional se sente limitado e até mesmo amedrontado em intervir, como no caso de situações que envolvem drogas e violência doméstica.

“Olha só, com o trabalho das ACS dificilmente não chega até a gente demandas, mas às vezes a gente prefere não intervir no caso de certos problemas, como da droga. A gente prefere não interferir, mas que chega até a gente, chega. Por exemplo, algumas famílias têm problemas com drogas, aí vem o vizinho e reclama que as crianças ficam na rua o tempo todo, tem uma mulher lá, neste caso uma mulher deficiente mental e os vizinhos vêm e trazem esta situação, eu tenho muito medo. Converso com os profissionais pra trocar idéia e não tem como a gente fazer nada. Outro exemplo, a violência doméstica, a gente sabe, mas o problema não chega até a gente porque isso vai implicar em questão judicial.” (Equipe Violeta,5).

Há também uma norma do sistema para que o primeiro atendimento ocorra na UBS, referenciando a outros serviços, se necessário, com exceção dos casos de urgência. Tal normatização acaba exigindo que a equipe atenda à demanda, o que

diminui a visão pela equipe de demanda não atendida. Soma-se a essas situações a grande pressão da administração atual para que as demandas sejam atendidas de alguma forma. Essa exigência tem refletido no trabalho das equipes, não correspondendo, necessariamente, a procedimentos realmente resolutivos.

“[...] não tem muita opção. Porque se você mandar ele para a Regional Leste, a Regional Leste vai falar isso é consulta médica, volta amanhã, volta lá no posto, então, é complicado, não tem para onde mandar essa pessoa” (Equipe Violeta, 2).

“[...] Geralmente todo mundo é atendido. A gente não pode mandar ninguém embora.” (Equipe Verde, 1).

A análise de demanda em serviços de saúde tem relevância devido à natureza do serviço - prestação de assistência. No PSF, tal relevância tem uma expressão ainda maior, pelo fato de ter uma população adscrita à equipe, direcionando a organização do serviço para a responsabilização sobre as necessidades de saúde dessa população. No entanto, é sabido que, mesmo com a adscrição, muitas vezes existe uma parte dessa **população que não demanda, que não usa a UBS** como serviço de referência. Sendo assim, buscamos identificar qual a percepção, o conhecimento que os profissionais têm sobre as razões que levam alguns indivíduos a não utilizarem a UBS.

As razões identificadas foram agrupadas em pessoais e decorrentes do serviço. Um dos motivos relacionados às razões pessoais é a vinculação de usuários a planos de saúde. No entanto, conforme o contrato de assistência estabelecido com o plano, há variação na procura dos usuários à UBS, determinada por procedimentos que os contratos não cobrem e, sendo assim, os usuários buscam a unidade.

“Uma boa parte porque tem plano de saúde.” (Equipe Verde,3).

“Na minha área tem uns que não vêm mesmo, mas acontece uma coisa muito engraçada, que é, muitos têm plano de saúde, bons planos de saúde, outros têm planos de saúde que prestam só o primeiro

atendimento, acaba que a pessoa vai ao plano de saúde e retorna para um atendimento aqui no posto porque não tem condição de fazer determinado exame.” (Equipe Azul,1).

Por razões decorrentes do serviço, foi relatada a questão da definição da área de abrangência da unidade que, ao ser implantada, incorporou populações que antes eram atendidas por outra unidade, mudando o fluxo natural e o vínculo da população. Tal situação ocasionou obrigatoriedade de referência à unidade, gerando, como conseqüência, insatisfação do usuário.

“Eles não gostam do postinho, já teve confusão deles virem aqui... Eu tenho uma parte da minha área que não gosta daqui, vem aqui porque é obrigado, porque vai lá no Furtado e lá não atende, porque antes Furtado é que atendia, mas depois com a divisão das micro-áreas e tudo, muitas pessoas tiveram que obrigatoriamente passar pra cá e elas não gostam.”(Equipe Violeta, 4).

Mais uma vez deparamos com a questão da livre escolha do usuário, antes explicitada pelos profissionais como uma necessidade do usuário que deve ser respeitada no momento da busca pelo atendimento. Agora é apontada como uma das razões que levam algumas pessoas a não usarem a UBS definida como de referência. Tal fato nos remete ao questionamento: Será melhor estabelecer a área de abrangência das unidades tendo como primeiro critério a captação da população por equipe, definindo de forma voluntária a população sob responsabilização da equipe e, na seqüência, a área de abrangência da unidade?

Outras razões apontadas como definidoras da população que não usa a UBS são as dificuldades de acesso em algumas áreas e o horário de funcionamento da unidade, ao coincidir com o horário de trabalho dos usuários, além da unidade fechar no horário de almoço.

“[...] uma outra parte porque trabalha e o horário coincide com o da Unidade.” (Equipe Verde, 4).

Agrava a exposição de motivos do não uso da UBS por uma parte da população o sistema de marcação de consultas médicas, excluindo parte dos usuários que não consegue, por motivos pessoais, chegar no horário estipulado de distribuição de fichas para o atendimento médico da demanda espontânea.

“Tem gente que reclama, porque pra vir aqui você tem que chegar pelo menos às seis e meia, na fila. Então tem muita gente que diz não ter condição de chegar aqui. Tem outras crianças pequenas, não têm com quem deixar, uma problemada deste tipo, tem mulher que trabalha, tem outras que não têm com quem deixar uma criança pra trazer a outra.”(Equipe Verde,1).

O conhecimento pelas equipes de situações relacionadas à criminalidade foi apontado como mais uma razão que leva a população a não demandar suas necessidades para a unidade. O indivíduo considera a unidade como um meio que o expõe a situações de risco policial.

”[...] outra situação que eu tenho aqui é que a gente lida com pessoal com dependência química entendeu, é um nível, digamos assim, de criminalidade, né, então às vezes não quer buscar o posto com medo até de que o posto seja um caminho que possa localizá-lo.” (Equipe Violeta,1).

Alguma das razões identificadas pelos profissionais para o não uso da UBS por uma parte da população reforça a inferência já destacada de que a unidade ainda traz em sua organização características das unidades tradicionais. A lógica atual de organização expressa um modelo híbrido de atenção, que pode ser explicado pelo momento de transição que o sistema de saúde vivencia em relação a novos paradigmas assistenciais em saúde. O momento exige, tanto dos profissionais, como da gestão, melhor compreensão e apropriação dos fundamentos da Atenção Primária em Saúde, eixo orientador das mudanças no nível da atenção básica, com vistas a possibilitar a reorientação das práticas em saúde para a abordagem da integralidade da atenção. Para que haja o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, capazes de responder às

diversas dimensões do processo saúde-doença, implementados pelo trabalho em equipe de caráter multiprofissional e interdisciplinar, resultando em novos arranjos operacionais na organização dos serviços de atenção básica e, conseqüentemente, do modelo assistencial do SUS.

O estudo da organização da demanda possibilitou refletir sobre a prerrogativa de que 80% das demandas devem ser resolvidas no nível de atenção básica, em especial o organizado pela estratégia de Saúde da Família. Os relatos dos profissionais reforçam o questionamento: É possível pré-estabelecer percentual de resolutividade padrão sem analisar especificidades de contextos populacionais e práticas de organização de serviços e sistemas de saúde?

Na realidade em estudo, foi possível identificar fatores limitadores e desafiadores para o alcance desse percentual de resolutividade definido para a atenção básica, em especial, para a Saúde da Família. Em relação à demanda atendida e resolvida, a resolutividade está correlacionada a fatores que envolvem o grau de complexidade dos perfis sócio-econômico, cultural e epidemiológico das populações adscritas, assim como das garantias de capacidade operacional do serviço, em termos de recursos de infra-estrutura, insumos e equipamentos disponíveis, somados às capacidades relacionadas à competência técnica dos profissionais. Em relação à demanda atendida/encaminhada/acompanhada foi destacado o papel limitador que os protocolos têm como ordenadores de uma atenção em rede de serviços de saúde, por não serem elaborados e pactuados entre os gestores e os profissionais que atuam nos diferentes níveis de atenção. Organizar a demanda com vistas a reestruturar o modelo assistencial do SUS através da Saúde da Família exige a ruptura da centralidade da norma tanto por parte do Ministério da Saúde, como dos demais níveis de gestão do SUS, induzindo avanços nos processos de descentralização que possibilitem a

desconcentração da norma, promovendo a abertura aos municípios da implantação de modelos de Saúde da Família orientados pelas realidades locais e sustentados por mecanismos de financiamento que possam assegurar a real implantação e implementação.

O princípio da adscrição da população no PSF tem como propósito estabelecer o vínculo e a responsabilização entre a equipe e a população. Nesse sentido, torna-se importante perceber que estratégias as equipes efetivamente adotam para a **captação da população que não usa a UBS**. As atividades extra-muro, as que acontecem na comunidade, foram reconhecidas como potencializadoras da captação da população não usuária da UBS, por aumentarem a acessibilidade, ao disponibilizarem a oferta de ações preventivas e promocionais. Possibilitam a identificação e resgate de usuários com demandas de saúde, incorporando-os em atividades ofertadas pela unidade. Em relação aos profissionais que atuam na unidade, essas atividades encontram-se mais centradas na rotina da enfermeira.

“A gente consegue detectar muitos problemas nos grupos educativos extra-muro [...] é um momento que a comunidade que não vem aqui ou teve dificuldade de vir, de descer de madrugada para marcar é captada. Às vezes, a gente consegue fazer atendimentos importantes na comunidade.” (Equipe Azul,2).

No entanto, é o trabalho do ACS que foi destacado pelos profissionais como identificador e captador da população não usuária da UBS. Mesmo assim, não foi possível perceber que dispositivos os profissionais utilizam para captar a população a partir das informações apresentadas pelos agentes. Destacam a responsabilidade e a relevância do trabalho do ACS, como se esta característica fosse específica do trabalho do ACS e não da equipe.

“A partir do momento que o agente de saúde fala daquela pessoa, a Unidade se torna responsável.” (Equipe Violeta,2).

“O agente comunitário, ele passa na casa das pessoas, eu sei que passa porque eles passam as informações destas famílias pra gente; pra você ter uma idéia, tem família aqui que eu não conheço, não conheço ninguém da família, mas o agente comunitário sabe dar informação.” (Equipe Azul,1).

Para o ACS, a captação é um procedimento que ocorre constantemente, pois entende que há uma dinamicidade que envolve o cotidiano da vida, ocasionando mudanças constantes de necessidades.

“[...] eu procuro estar passando no domicílio, porque ela não queria naquela época, depois pode querer, porque o mundo muda muito. Hoje tem emprego e amanhã pode não ter. Talvez falou comigo há um mês atrás que não iria usar o posto, mas perdeu o plano, o emprego.”(Equipe Verde,4).

A compreensão dos profissionais sobre o que sejam **necessidades em saúde** dimensiona o entendimento sobre o processo saúde-doença. Nesse sentido, foi possível perceber que há uma compreensão de que a presença ou a ausência de doença é determinada por multicausalidades relacionadas a fatores que garantem ao indivíduo condições dignas de sobrevivência. É preciso que o profissional de saúde identifique não só a causa aparente, mas a rede de causalidades associada.

“É a cura da doença. O que é ausência da doença? Para mim é lazer, uma boa alimentação, salário digno para a pessoa não ficar preocupada e não cair no stress, numa doença, numa depressa.”(Equipe Verde,3).

“A saúde da pessoa ela está afetada, mas precisamos saber quais são os fatores que estão afetando a saúde daquela pessoa, não só o problema em si.”(Equipe Violeta,2).

Envolve compreender a dimensão do individual e do coletivo. Na dimensão individual, é preciso que o profissional de saúde tenha um olhar sobre o outro. Sendo assim, a escolha das intervenções exige que leve em consideração as condições de vida e o meio em que o indivíduo vive, na busca de identificar fatores que possam diminuir a

incidência de desequilíbrios no processo saúde-doença. O desafio é envolver nesse processo o indivíduo, despertando uma consciência para o auto-cuidado e, em alguns casos, de resgate da dignidade e auto-estima. Trabalhar na perspectiva da necessidade em saúde envolve subjetividade e parceria entre profissionais/usuários, por isso ser difícil quantificar e até mesmo conceituar.

“Para mim significa o que fazer dentro das condições que eles têm, dos meios que eles possuem e de onde eles estão, o que fazer pra diminuir a incidência de determinadas patologias que são evitáveis. Aqui o que eu percebo, o maior problema que a gente tem, é você realmente despertar uma consciência, no sentido de uma higiene pessoal e doméstica. Explicar para as pessoas que isto não demanda dinheiro, demanda cuidado. Envolve, em alguns casos, resgatar a dignidade e a auto-estima que a gente sente que eles já perderam. É uma coisa muito difícil de quantificar, de dar um número preciso, um nome.”(Equipe Violeta,1).

Na dimensão do coletivo, necessidade em saúde envolve conhecer o território onde a população vive e, para tanto, a utilização de ferramentas como a territorialização auxilia nesse trabalho. No entanto, o uso tais ferramentas não é suficiente para apreender a dinamicidade que envolve o processo de necessidade em saúde. É indispensável o contato diário como a comunidade, pois, além de olhar dados, é necessário reconhecer situações de risco.

“[...] depois da territorialização isso aí é o principal, como a equipe de Saúde da Família vai trabalhar. Ela tem que ir ao campo. Não é só olhar para os dados que existem lá do questionário do agente comunitário [...] a gente tem que olhar realmente pra situação. [...] diagnóstico de saúde pra mim não é só número, é conhecimento.”(Equipe Azul,1).

Apesar da compreensão teórica, a maneira como as equipes organizam seu cotidiano de trabalho não permite que tais pressupostos orientem, em sua plenitude, a prática dos profissionais. As demandas centradas na consulta médica e nos procedimentos curativos definem o fluxo prioritário do trabalho para dentro da unidade,

dificultando a ida à comunidade, dificuldade apontada como uma característica do sistema municipal de saúde.

“[...] tem que ir ao campo, uma coisa que não acontece aqui em Juiz de Fora com frequência. Eu como outros colegas começamos a trabalhar sentados numa cadeira dentro do consultório, sem conhecer visualmente a área, as casas, as pessoas, entende”. (Equipe Azul,1).

Podemos inferir que há uma tensão constante entre o que os profissionais compreendem do ponto de vista teórico para o que realizam na prática. A tarefa de avaliar uma prática em seu pleno desenvolvimento é complexa e difícil. Requer, ao nosso ver, que sejam conjugados elementos que se encontram em cenários distintos: na proposta oficial de implantação do PSF com suas intencionalidades, na lida cotidiana da equipe com os usuários, com as famílias, com a coletividade, com gerentes de serviço e gestores do sistema, ou seja, na prática real dos sujeitos a partir da leitura que fazem da proposta.

Buscamos identificar que dispositivos os profissionais das equipes utilizam para **reconhecer as necessidades em saúde** de suas populações adscritas. O reconhecimento das necessidades a partir do contato diário com a comunidade foi evidenciado mais através do trabalho dos ACS, uma vez que o trabalho dos demais profissionais é mais centrado no atendimento dentro da UBS. Realizam visitas domiciliares e grupos educativos, muitas vezes em resposta a demandas dos ACS. São os ACS que, através das visitas domiciliares identificam situações e as repassam para a equipe, sendo que é através da enfermeira que as intervenções são organizadas.

“Eu trabalho mais aqui dentro, mas geralmente o Agente Comunitário de Saúde é que conhece mais a casa. Ele vai sempre e vai passando as necessidades das pessoas, passa para a médica, passa para a enfermeira e ela vê o que pode fazer.” (Equipe Violeta,3).

Para melhor organização das informações, foi criado o “Diário do Agente”. Este

funciona como um diário de campo, onde o ACS registra situações que identifica como prioritárias na comunidade e nos domicílios visitados. No entanto, esse instrumento não é valorizado da mesma forma entre as equipes, o que pôde ser observado pela pouca referência, o mesmo acontecendo em relação ao uso dos Sistemas de Informação como instrumento para reconhecer necessidades/problemas de saúde.

“[...] tem instrumentos que são os cadastros de ficha A e hiper-dia, o registro do SISVAN, atendimento das agentes comunitárias, visitas domiciliares, a demanda das agentes comunitárias. Pelo registro das ocorrências das agentes comunitárias, muitas vezes eu conheço alguma coisa.” (Equipe Azul, 2).

O contato diário na comunidade e nos domicílios permite ao ACS ter clareza dos problemas, no entanto, admite ser de difícil solução, já que se sente solitário e com baixa capacidade técnica para propor e realizar intervenções.

“Tenho um contato diário com a população que eu trabalho, então dá pra ter uma noção, né. A necessidade a gente já sabe, agora difícil é encontrar alguma solução. [...] a gente acaba sendo muito solitário, porque a gente vai, detecta o problema, mas a gente não tem muito onde procurar solução. A gente vem na unidade, o médico apesar de trabalhar pro PSF, dificilmente sai da unidade pra fazer um trabalho na comunidade. Às vezes a necessidade seria simplesmente uma educação continuada, estar falando com a pessoa e tal, mas nós não temos esta capacidade, às vezes a gente procura alguém pra poder falar e não temos este retorno. Eu acho que a dificuldade é muito isto, de conseguir alguém que nos auxilie né, porque nós agentes de saúde não temos formação, nem conhecimento o suficiente para estar trabalhando isto.”(Equipe Azul,4).

A centralidade do trabalho da equipe na unidade reforça a apreensão para necessidades detectadas na demanda, dificultando e até mesmo impedindo a apreensão de necessidades/problemas captados pela ação na comunidade.

“Eu nem penso nisso... e nós estamos aqui é pra isso...engraçado! [...] a gente pára tão pouco pra conversar a não ser do problema X da demanda.” (Equipe Violeta,5).

Os profissionais entendem que para que haja **planejamento**, é necessário

identificar e localizar uma situação que se pretende mudar, melhorando-a ou solucionando-a. A capacidade que se tem de intervir definirá as ações e o resultado alcançado.

“É você ter uma determinada situação e saber quais meios, o que você pode usar para poder amenizar, melhorar ou até solucionar aquele problema. Então, você vai fazer o planejamento das atividades.”(Equipe Violeta,2).

“[...]a partir do momento que a gente localiza a necessidade, a gente tem que ver o que pode ser feito pra mudar isto, planejar alguma ação, no caso de um grupo, alguma palestra, planejar o que pode ser feito pra solucionar o problema.”(Equipe Azul,4).

Entendem que o planejamento não é aplicável às ações costumeiras, aquelas que estão associadas à prática profissional individual e de rotina. Planejar alguma coisa somente acontece quando envolve a definição de ações para a equipe. Há também um movimento de análise da demanda da UBS, realizado pelo médico e enfermeira, o que possibilita ajuste de suas agendas com vistas à oferta de ações.

“Não adianta planejar ações costumeiramente, agora, ações que a gente aqui planeja no mês é para equipe. A gente costuma, eu e a enfermeira planejar em relação à demanda que a gente está atendendo aqui no posto.” (Equipe Azul,1)

A reunião semanal ou mensal de cada equipe é o espaço que possibilita os momentos de planejamento. Essa prática tem propiciado mudanças recentes na forma de planejar, os profissionais decidem o que fazer, fazem e analisam os resultados. É de responsabilidade do médico e/ou da enfermeira a coordenação desse processo. Não foi identificado o uso de processos sistematizados ou a utilização de ferramentas técnicas de planejamento, não há um entendimento e uma prática fundamentada sobre o tema.

“[...] a gente começou com reuniões com equipe agora. Esse ano a gente pensou, fez e depois analisou se deu certo ou não.”(Equipe Verde,4).

“[...] eu vou reunir com a equipe, vamos conversar, vamos checar se a necessidade verificada é realmente esta, e aí sim, a partir desta checagem e do que toda equipe já notou, aí vamos planejar uma ação.”(Equipe Violeta,1).

No PSF, o planejamento tem a premissa de ser definidor e orientador da programação local, tendo o referencial do Planejamento Estratégico Situacional (PES). A ideologia do PES é a do diagnóstico situacional, envolve processos de democratização, problematização, análise de factibilidade e governabilidade, propiciando a aproximação entre planejamento e assistência.

Aprofundando a compreensão das equipes sobre planejamento, perguntamos como é estruturado, na prática, o processo de **definição das ações** a serem desenvolvidas. Nesse momento, ficou claro o distanciamento do planejamento da prática cotidiana. A definição de ações é ordenada pela situação problema, a qual é identificada no cotidiano, através de demandas que chegam à unidade e das que acontecem na comunidade. O processo de identificação, na comunidade, de situações problema leva em consideração as realidades das micro-áreas. Utilizam como estratégia de priorização a situação problema que seja comum em todas as micro-áreas.

“Definidas pelo nível de problemas que são trazidos nas reuniões, principalmente, pelos agentes comunitários e também pelas demandas de consulta e de grupo. Nós juntamos todas as nossas práticas e colocamos, então, definimos o que vamos trabalhar esse mês.” (Equipe Azul,2).

O imprevisto aparece como uma variável do processo de definição das ações e vem associado à identificação dos problemas pelos profissionais, a partir do senso comum e das observações do cotidiano. Situações emergenciais exigem intervenções imediatas, rompendo com os incipientes processos de planejamento, se assim podemos chamar.

“A gente vai vendo o que está pegando, o que a gente tem capacidade de preparar naquele momento, quem está podendo falar, fazer o que[...]” (Equipe Verde,1).

“[...] às vezes acontecem problemas que não dá pra você esperar este processo todo, tá. Então aí junta muitas vezes, eu, a enfermeira, o auxiliar de enfermagem ou quem estiver disponível, mesmo se a gente ficar aqui com o horário bem tumultuado, mas quem estiver disponível vai parar e vai tentar ver o que está acontecendo, programa uma coisa mais emergencial pra depois se for o caso, retornar para o resto da equipe.” (Equipe Violeta,1).

Apesar de cada equipe ter autonomia para definir suas ações em relação às ações programáticas, a Secretaria Municipal de Saúde interfere demandando ações, interrompendo por várias vezes as prioridades definidas pelas equipes.

“[...] além das nossas demandas, tem as demandas que a Secretaria nos impõe todo mês.”(Equipe Azul,2).

O princípio da **integralidade** da assistência expresso no SUS é também norteador da proposta do PSF. Instiga à reorganização dos serviços, através da revisão das práticas sanitárias e dos processos de trabalho.

Na percepção dos profissionais, olhar o indivíduo como um “todo” refere-se à integralidade. Chamam atenção por uma preferência para o termo holístico, o qual melhor qualifica o significado desse “todo”, que envolve aspectos bio-psico-sociais, aspectos que se relacionam, trazendo a simbologia de uma “rede” de intercâmbios de necessidades.

“Eu gosto mais de usar o termo holístico, é um negócio meio alternativo. É perceber que você está lidando com uma pessoa, pessoa não é só corpo, não é só emoção, não é só inteligência, são muitas outras coisas além. É uma rede mesmo, cada um de nós temos pontos de interseção, se você tocar num ponto na verdade você está mexendo com a rede toda, entende.” (Equipe Violeta,1).

Olhar o indivíduo como um “todo” remete ao termo cuidado, o qual aparece associado a uma assistência que respeita a individualidade de cada um, que acompanha

o indivíduo, por se responsabilizar por ele. Cabe ao serviço a oferta de programas de atenção integral, preocupação com a oferta de ações que extrapolem os pacotes assistenciais básicos, desenvolvendo ações que olhem a saúde na perspectiva da qualidade de vida, implementando uma atenção de abrangência curativa, preventiva e de promoção da saúde, que articule ações de responsabilidade de outros setores das políticas públicas, para além da saúde.

“Integralidade seria um todo né, igual eu te falei, desde aquele programa mínimo até o máximo. Ver a saúde como um todo, tá pegando aquele usuário e estar cuidando dele como um todo, mas é claro, dentro daquilo que o usuário quer. Porque às vezes o usuário pode ser bem mais trabalhado, mas ele tem que deixar, ele tem que querer isto também” (Equipe Verde,4).

Sem relação a essa visão abrangente do cuidado, surge a necessidade de uma atuação em equipe, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, realizada de forma compartilhada entre os profissionais, associando diferentes saberes e práticas, na busca de resolver um problema/necessidade do usuário e/ou da comunidade.

“A integralidade precisa do olhar dos profissionais, juntos, não tem que ser único é assim, a interligação das profissões.” (Equipe Violeta,5).

A integralidade como uma diretriz orientadora de novas práticas em saúde promove uma atenção continuada ao usuário. Estabelece uma relação de referência entre o profissional/usuário, que possibilita o vínculo, o qual, muitas vezes, extrapola a referência profissional, para também promover uma relação de confiança e amizade.

“Atender o usuário nas suas demandas físicas, sociais, ambientais, trabalhistas, curativas, educativas, tornar-se uma referência para o usuário. O usuário passa a ter um vínculo com você importantíssimo, você passa a ser não só o profissional, mas aquela pessoa com quem ele pode contar, confiar e resolver os problemas dele. Você conhecê-lo como pessoa, família e como morador não só apenas como usuário do SUS” (Equipe Azul,2).

Buscando apreender em que pressupostos a **integralidade** é construída no **cotidiano do trabalho** das equipes, foi possível constatar um distanciamento enorme entre a compreensão teórica que expressam e o que realizam na prática. A escuta qualificada é apontada como um dispositivo que tentam utilizar. Envolve desenvolver a capacidade de saber ouvir, mais do que falar, exigindo que os procedimentos aconteçam com maior disponibilidade de tempo, o que passa a ser uma dificuldade, devido à prioridade ao atendimento quantitativo e imediato da demanda.

“Integralidade é poder saber ouvir as pessoas. Eu acho que é por aí, você tem que ouvir e muitas das vezes a gente não tem muito tempo.”
(Equipe Azul,1)

Os profissionais entendem que a prática organizada sob o princípio da integralidade, no sentido da oferta articulada de ações de prevenção e promoção está longe de ser concretizada. Identificam ter programações de ações de prevenção e de promoção, mas essas, muitas vezes, são interrompidas por demandas exigidas pela Secretaria, modificando a agenda da equipe. A falta de motivação do usuário e a priorização do atendimento para as ações curativas são outros fatores que interferem na oferta de ações de prevenção e de promoção.

A visita domiciliar é apontada como um procedimento que poderia propiciar uma prática mais integral. No entanto, a demanda para tal procedimento é definida pela necessidade assistencial curativa, limitando a abordagem do cuidado, do acompanhamento, expressa anteriormente.

“Aqui tá muito longe disso, atendimento integral[...] inúmeras vezes nem chega a concretizar. Dependendo o usuário não vem, vem só a metade, marca a programação, mas às vezes tem problema com o profissional e acaba não acontecendo. Marcar a gente marca, aqui tem muita coisa, mas é no papel. A única coisa que rola mesmo aqui é a visita domiciliar. Acho errado agendar visita, não concordo com isso.”
(Equipe Violeta,4).

“Em relação à prevenção e promoção estamos fazendo nos atendimentos individuais de grupo específico, por exemplo, um hipertenso, um diabético, um controle de puericultura, nós estamos fazendo prevenção. Nós temos os nossos horários em que estes grupos são marcados.” (Equipe Violeta,1).

Cada profissional tem sua agenda de atendimento a esses grupos específicos, o que também descaracteriza o entendimento, anteriormente explicitado, ao relacionar a integralidade à necessidade do trabalho em equipe, de caráter multiprofissional e interdisciplinar. A participação da equipe nos grupos educativos é bastante diferenciada entre as equipes. Por exemplo, tem equipe em que esta atividade não ocorre, em outra é realizada pelo médico e enfermeira, e, em outra, a atividade é de responsabilidade da enfermeira, e, quando há a participação do médico, esta tem o objetivo de legitimar o trabalho da enfermagem, reforçando a hegemonia da credibilidade da atenção centrada no médico.

“Promoção, entendendo como ação educativa, tá muito mais na mão da enfermeira, eu tenho feito pouco ainda, exatamente porque os meus grupos estão até “aqui” (na unidade e no atendimento individual). É aquela hora que eu te falei, eu sinto que eu preciso render mais e não consigo mais tempo, tá certo. É comum, às vezes a enfermeira está numa ação e pede pra que eu vá, pra dar um embasamento, porque para a população em geral ainda existe aquela coisa que a palavra do médico é aquela coisa fantástica né, é o último recurso. Às vezes você vai lá dá uma palavrinha, dá a base que ela precisa para a partir daí ela continuar, mas realmente a prevenção e promoção estão muito mais na mão dela do que na minha, eu tenho feito pouca coisa.” (Equipe Violeta,1).

Nas equipes estudadas, o **vínculo** é estabelecido pelos profissionais através de atitudes acolhedoras associadas a condutas de boas maneiras e tratamento pessoal dado aos usuários, além da escuta qualificada.

“[...] primeiro conhecendo a comunidade, tratando pelo nome.” (Equipe Azul, 2).

“[...] eu entendo por escutar, não é desfazer de uma queixa. É tentar fazer uma leitura que começa até antes da pessoa entrar dentro do consultório, ser educada. Tentar ver o que está acontecendo e procurar estimular esta pessoa a voltar, caso haja uma outra intercorrência, ou

uma outra necessidade dependente daquela. Até aquele negócio de oi tudo bem, bom dia, boa tarde, passar na rua e dar um tchauzinho, isso eu acho que faz parte.” (Equipe Violeta,1).

O que percebemos é que os dispositivos utilizados pelas equipes para estabelecimento do vínculo podem gerar relações de confiança e de bom atendimento, no entanto, há uma fragilidade implícita, por entendermos que tais dispositivos são insuficientes para a efetivação de práticas integrais, caracterizadas pela articulação entre ações curativas, preventivas e promocionais, as quais se desenvolvem em ambientes da unidade, da comunidade e do domicílio. Promovem relações de co-responsabilidade entre usuários e equipe, de auto-cuidado, desencadeando práticas saudáveis de vida.

Para o desenvolvimento de uma prática integral também é necessário que se garanta a longitudinalidade do cuidado, a qual é assegurada no SUS por uma **rede de serviços de saúde** que se organiza por níveis de complexidade de atenção.

Para os profissionais, a longitudinalidade do cuidado, organizada através da rede de serviço, não pode ser compreendida e praticada como “despachar o usuário”. A rede de serviços funciona como o meio de encaminhamento a cuidados mais complexos. A organização do cuidado em rede deveria, além de promover o acompanhamento pelo profissional da atenção básica, conforme já é definido, garantir que esse seja realizado numa perspectiva não só de “prestar contas da conduta”, mas de promover relações de aprendizagem, de troca de conhecimento entre os profissionais envolvidos, contribuindo para melhorar a resolutividade no nível da atenção básica e, conseqüentemente, do sistema como um todo.

“Não é despachar e não querer mais saber, eu preciso do retorno, porque as pessoas vão voltar em mim, elas moram aqui, consultam comigo, eu quero aprender. Se eu tenho um paciente e eu o envio para um especialista é porque realmente está acima da minha capacidade de resolução. Este especialista, uma vez atendido o paciente, ele retorna para mim o caso dele. Não é só para que eu acompanhe, mas até para que eu aprenda, entendeu? Cada vez que o especialista retorna,

dizendo o que houve, o que aconteceu, qual foi o diagnóstico ou a conclusão que chegou, o esquema terapêutico que montou, eu estou aprendendo até para utilizar numa outra situação. Acaba que os pacientes é que dão o retorno.” (Equipe Violeta,1).

Na prática, os profissionais alegam que a rede não funciona, a referência não é operada com seriedade. Há uma obrigatoriedade pelo sistema de fazer a referência, mas a contra-referência não é obrigatória.

“Deveria funcionar e não funciona. A referência ela é importante pelo grau de informação de um serviço ao outro e ela não é levada com seriedade como deveria. A gente não tem retorno da contra-referência como precisaríamos, nós somos obrigados a fazer a referência, mas a contra-referência não é obrigatória.” (Equipe Azul, 2).

Há uma falta de contato, de comunicação entre os serviços. Os profissionais que operam a rede de serviços não conhecem a realidade e a função de cada serviço.

“No dia-a-dia a gente sabe até onde a gente pode ir, chegou num determinado ponto a gente tem que encaminhar. Aí quando a gente manda para o profissional do nível secundário ele acha ruim. Não, isso aí tinha que ser resolvido aí na UBS. Mas ele não sabe a realidade da gente aqui, do que a gente dispõe.” (Equipe Violeta, 2).

Acaba que a rede tem uma função mais virtual do que real, os serviços são organizados por graus de complexidade da atenção, mas não há a relação viva dos pontos de intercessão, os quais são operados por pessoas - grupos profissionais, responsáveis pelo movimento e operacionalização da rede. A consequência do não funcionamento da rede de serviços afeta tanto os profissionais com os usuários. Os profissionais, por não terem apoio na continuidade do cuidado, se sentem limitados e desrespeitados, ao mesmo tempo que responsáveis e acuados a resolver, pois, na atenção básica, o usuário tem uma relação pessoal com a equipe.

“Aí a pessoa fica igual um boneco, passa pela questão da resolutividade, chega aqui e você acha que resolveu aquele problema e não resolveu. Fica pior ainda porque a pessoa foi lá e não conseguiu resposta, vai voltar em mim, e eu é que vou ter que me virar e pensar o que eu vou fazer daquele problema.” (Equipe Verde,2).

Em relação aos usuários, os profissionais explicitaram que o acesso à rede de serviço tem a simbologia da “janelinha”, explicitada anteriormente em relação à noção de porta de entrada. Associam agora a “grade”, representativa do movimento do usuário como de quem “bate e volta”. Expressa uma dificuldade de acesso à assistência que começa na porta de entrada, ou seja, na atenção básica, e que permeia todo o fluxo assistencial do usuário.

Rede de serviços? Se tiver sorte ajuda. Aquilo que eu te falei, tem que passar por uma janelinha. Se não encontrar uma grade na frente chega lá. Agora, se ele encontrar a grade, bate e volta, não consegue. (Equipe Verde,3).

Trabalhando ainda a integralidade indagamos sobre o entendimento dos profissionais em relação à **intersetorialidade** e como essa vem sendo desenvolvida. Entendem a intersetorialidade como intercâmbio entre setores que extrapola o da saúde, envolve uma relação de dependência entre eles, pois cada um tem funções específicas e que deveriam se associar para intervir sobre um problema de saúde de uma comunidade.

“Eu considero assim, tem um setor aqui, setor saúde mas tem que estar ligado ao setor limpeza que seria o Demlurb. Então, são setores separados entre si mais tem um intercâmbio, porque um depende do outro. Cada um dentro do seu papel vai dar a orientação necessária.”(Equipe Verde,4).

A compreensão de uma visão ampliada de saúde identifica o problema de saúde para além do biológico. Logo, não é interdisciplinaridade apenas com as profissões da saúde, envolve outros saberes inerentes a profissões que trabalham em outros setores das políticas públicas.

“Intersetorialidade pra mim é você ir além da simplesmente área da saúde, né. Nem sempre o problema de saúde é da pessoa em si, do corpo dela, mas da situação que ela vive, do local que ela mora. Não é

só interdisciplinaridade, enfermeiro, médico, assistente social, dentista. É você realmente sair da área da saúde. É envolver outras profissões, de outros setores que não necessariamente saúde. Envolver outros setores pra responder uma necessidade que ultrapassa o que você enquanto profissional de saúde pode fazer.” (Equipe Violeta,1).

Quando perguntados sobre a **intersectorialidade na prática** explicitaram que acontece por iniciativa das equipes de Saúde da Família acionando os setores, não há projetos estruturados. As ações desenvolvidas são iniciativas de profissionais isolados ou de, no máximo, duplas de profissionais, não se caracterizando como atividade da equipe.

“Não tem projetos, no caso nós que normalmente passamos pra eles na tentativa de solucionar o problema, vamos até eles pra procurar ajuda.” (Equipe Verde, 1).

“[...] a gente não tem nenhuma ação intersectorial na nossa equipe, nunca estabeleceu, de repente eu posso estar me enganando, porque às vezes a enfermeira ela tem.” (Equipe Azul,1).

Outro aspecto que procuramos compreender e que reorienta o processo de trabalho e as práticas no PSF é o **trabalho em equipe**. Os profissionais apontam ser complexo por envolver subjetividades, exigindo, no cotidiano, respeito à individualidade do outro. É algo que se aprende na prática, não pode ser teorizado, tem que ser vivenciado e refletido na prática.

“[...] saber entender a pessoa, como ela é, o jeito dela agir, dela ser, saber respeitar, porque se você não tiver respeito você não consegue trabalhar em equipe, entendeu? Eu aprendi na prática, não adianta você ter só isto na faculdade, declamações, discursos se você realmente não sabe respeitar a pessoa, o profissional.” (Equipe Azul, 1).

Refere-se a um trabalho de atuação conjunta, em que as especificidades profissionais são respeitadas e a troca de saberes objetiva a melhor solução para um determinado problema.

“Trabalho em equipe para mim é você trabalhar tipo assim, você tem uma pessoa e vai solucionar o problema dela e toda equipe atua junto. Por exemplo, sentar e discutir, fulano está passando por um problema aí tem a médica, tem a assistente social, o dentista, os agentes de saúde, vamos sentar e tentar solucionar. Cada um dá a sua opinião para tratar, planejar. Então, você pode contar com os outros membros cada um respeitando a sua área.” (Equipe Violeta, 2).

O trabalho em equipe envolve como outro de qualquer natureza a definição de atribuições profissionais, as quais devem ser conhecidas por todos. No entanto, no trabalho em equipe, as atribuições não podem funcionar como elemento limitador e isolador entre os profissionais. Envolve um agir compartilhado, propiciando ajuda, complementariedade e troca de ensinamento.

“Esse negócio de atribuição dificulta um pouco. Quando você vai falar, a atribuição da enfermeira no PSF é tal, a função do médico é tal, tudo bem, todos nós. Eu acho que a gente sabe as atribuições, mas você vai ficar só nisso, isto não é um trabalho em equipe senão você fica no seu compartimento lá, estanque. Eu resolvi o meu lado, agora daqui pra frente você pega e resolve o seu, não é assim, quantas e quantas vezes a gente está dentro do compartimento do outro pra poder ajudar senão não dá conta. Ajudar mutuamente, um complementar o outro, um ajudar o outro, um ensinar o outro, apoiar, porque às vezes a gente está precisando é de uma mão pra segurar junto, isto pra mim é trabalho em equipe.” (Equipe Violeta, 1).

No cotidiano, o trabalho de equipe é percebido pelos profissionais como algo que vem sendo construído e aprimorado a cada dia. As relações interpessoais são situações vivenciadas com dificuldade, tendo como elemento central a complexidade que envolve o respeito e aceitação das individualidades.

“Estamos caminhando. Vou ficar nessa fala - estamos caminhando. Trabalhar em equipe é complicado, porque geralmente em uma equipe por melhor que ela seja um ou outro sobressai e isso pode não ser bem visto por todos. Cada um tem um ritmo de trabalho, uma pessoa tem o ritmo maior e não é bem aceito. Acho que trabalho em equipe é como se fosse um casamento é dia-a-dia, conhecimento, é causa, conversa e a gente começou com isso agora. Sentar, parar, conversar, conhecer e isso demanda tempo.”(Equipe Verde 4).

Em relação ao processo de organização do trabalho em equipe, a reunião foi destacada como o meio utilizado. Foi explicitado não haver uma liderança autoritária,

que impeça a participação e explicitação de opiniões entre os membros. A liderança acontece como uma função de coordenação dos trabalhos, cabendo aos profissionais de nível superior a responsabilidade por essa função.

“Numa reunião não sou só eu que coloco as coisas, cada um vai colocar o seu modo de pensar, o seu modo de ver. A equipe em si percebe que não existe uma cabeça na equipe, na verdade todos devem participar. O que cabe a mim ou vai caber à enfermeira, muitas vezes é dar um norte na situação.” (Equipe Violeta,1).

A relação entre atribuições profissionais e trabalho em equipe destacada anteriormente aparece na prática ainda orientada pela visão clássica do trabalho em saúde, divisão de tarefas, cada profissional fazendo sua função. Há uma sutil ajuda no trabalho entre médico e enfermeira, podendo ser considerada como uma tímida iniciativa de trabalho compartilhado, mas que não chega a se referenciar à compreensão expressa anteriormente sobre esse aspecto.

“Eu acho que a gente consegue ver as funções dos profissionais na equipe, assim fazer a diferença. O médico atende casos que necessitam realmente de uma informação médica, de um atendimento médico, de intervenção, de uma prescrição. A enfermeira eu acho que ela pode auxiliar o médico em alguns casos, por exemplo, em grupos de puericultura, eu acho que ela pode trabalhar até mesmo com hipertensos, na medição de pressão, manter o controle e a prescrição médica, participar de grupos. Eu acho que a enfermeira pode atender um paciente, sem ter que passar pro médico. A auxiliar de enfermagem aplica vacinas, faz medição de pressão, curativo. As agentes fazem a visita domiciliar, o acompanhamento de cada família.” (Equipe Azul, 4)

O anexo E apresenta uma sistematização da análise qualitativa, para cada categoria analítica há a síntese da compreensão teórica e da narrativa da prática expressa pelos profissionais.

A realidade de atuação no Saúde da Família envolve uma complexidade que, para ser bem trabalhada, exige o olhar de diferentes saberes e certa cumplicidade entre os profissionais, possibilitando o resultado de trabalho seguro e de qualidade.

Nas equipes estudadas, foi possível identificar que os profissionais são agentes de mudança. Mudança ordenada ao PSF pelo MS, ao definir uma capacidade de reestruturação dos serviços de saúde, a partir da atenção básica do SUS, visando à reestruturação do modelo assistencial e das práticas em saúde. Como agentes de um processo, estão inseridos em uma estrutura social (PSF e seus princípios) que tanto influencia como é por eles influenciada, enquanto sujeitos que nela operam. Expressa uma relação dinâmica entre o agente e a estrutura social, orientando a conduta e, conseqüentemente, ordenando uma rotina de operacionalização do PSF para manutenção da estrutura ou para a reestruturação.

Avaliar a capacidade de reestruturação do PSF a partir da apreensão sobre o entendimento teórico e a narrativa da prática dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família possibilitou mapear um cenário de implantação que conjuga elementos que se encontram em patamares distintos: na proposta oficial do PSF com suas intencionalidades, na lida cotidiana da equipe com os usuários, com as famílias, com a coletividade, com gerentes de serviço e gestores do sistema, ou seja, na prática real das equipes a partir da leitura que fazem da proposta.

Foi possível apreender que existe uma tensão constante entre o entendimento teórico dos profissionais e suas narrativas da prática, apontando dificuldades no cotidiano de implantação do PSF. Em relação à dimensão da capacidade do PSF em reestruturar o modelo assistencial do SUS, foi possível apreender que o momento é de transição entre modelos assistenciais, do curativo para o integral, iniciando um processo de retirada da centralidade no curativo para uma abordagem que tende, ainda que fragmentada, a incorporar à oferta de ações curativas, ainda hegemônica, ações programáticas ainda em construção.

A implantação do modelo do PSF encontra barreiras estruturais que se localizam no espaço da cultura institucional de organização dos serviços e, conseqüentemente, dos Sistemas Locais de Saúde. Mecanismos como o da referência e contra-referência, que deveriam garantir a operacionalização do sistema em uma rede de serviços hierarquizada e regionalizada, não respondem. O fato é que os serviços não operam em rede, quebrando a lógica de resolutividade por níveis de atenção e não garantindo a longitudinalidade do cuidado, com conseqüentes rupturas dos frágeis protocolos de atenção.

A diretriz de adscrição da população organizou as áreas de atuação das equipes. No entanto, há necessidade de reconstrução de seus parâmetros a partir das realidades locais, possibilitando melhor articulação das necessidades das populações adscritas e a função da UBS de porta de entrada do sistema.

A dimensão da capacidade do PSF em reestruturar os processos de trabalho e as práticas em saúde acompanha a transição vivenciada. Foi possível apreender que houve incorporação de novas ações, como por exemplo, as ações de acompanhamento a grupos específicos, apesar da concentração em ações curativa e preventiva tradicional, centradas na doença.

A experiência acumulada dos profissionais em unidades organizadas de forma tradicional dificulta a apreensão de novas práticas potencializadoras de um processo de trabalho que conjuguem o desenvolvimento compartilhado de projetos terapêuticos integrais, assim como de mecanismos gerenciais ordenados sob o enfoque do planejamento estratégico-situacional. Sendo assim, há necessidade de desenvolver uma nova competência e habilidade profissional que propicie um olhar ampliado da clínica, associando saberes científicos que conjuguem a subjetividade inerente aos processos humanos. Também é premente a apropriação pelos profissionais de instrumentos

gerenciais que possam gerar autonomia nos processos de organização do serviço e das práticas profissionais, tendo como núcleo de abordagem a necessidade em saúde.

A análise da compreensão teórica e da narrativa das práticas permitiu apreender que a correlação entre esses dois aspectos também define a ordenação das atividades desenvolvidas no cotidiano das equipes de Saúde da Família. A capacidade reflexiva dos agentes, operada entre a consciência discursiva e a consciência prática, é que está mais profundamente envolvida na ordenação recursiva das práticas no cotidiano da atividade social. Expressa um modo operante do PSF, que conseqüentemente influenciará na capacidade de reestruturação tanto do modelo assistencial como das práticas em saúde, a partir da Saúde da Família. No entanto, por si só não são capazes de tamanha mudança. É preciso que se conjuguem esforços que estão em outros patamares da gestão do Sistema Local de Saúde.

8 UMA PRÁTICA DE PROGRAMAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIENCIANDO UM RACIOCÍNIO DE PROGRAMAÇÃO

O resultado da primeira fase do estudo, representada pela análise qualitativa da compreensão teórica e narrativa da prática sobre Saúde da Família pelos profissionais que compõem as equipes da UBS, apresentou um universo bastante significativo de um certo tipo de necessidades das equipes, aqui identificadas como “necessidades cognitivas” do cotidiano da operacionalização da Saúde da Família. Esse conjunto de necessidades de apreensão vai desde a compreensão teórica sobre o SUS e seu processo de implementação nos diferentes contextos conjunturais, até conceitos básicos relacionados à Saúde da Família. Que, se forem mais bem trabalhados por iniciativas de educação permanente, associadas à instrumentalização do processo de trabalho das equipes, poderão contribuir sobremaneira para a qualidade da implementação, com vistas ao alcance das capacidades de reestruturação idealizadas pelo MS, especialmente as que aqui são objeto de análise: reestruturação do modelo assistencial e reestruturação dos processos de trabalho e das práticas profissionais.

Um aspecto de destaque observado na primeira fase do estudo foi a ausência, nos processos de trabalho das equipes, de um raciocínio programático que as orientasse na organização da oferta das ações de saúde às suas populações adscritas, de modo a responder ao binômio necessidade/oferta, articulando demandas que são originariamente espontâneas, e demandas que são oriundas do leque de ações programáticas definidas pelo MS para o nível da Atenção Básica do SUS.³¹

Partilhamos do postulado de coerência de Mário Testa de que, na perspectiva de desenvolvimento de um método de planejamento/programação, é necessário que o

³¹ Visando à operacionalização da Atenção Básica, o MS definiu como áreas estratégicas para atuação: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e a promoção da saúde (PORTARIA nº 648/GM- MS de 28/3/06).

método tenha ocorrência, que responda aos propósitos de governo. Sendo assim, a aproximação com a realidade dos atores buscou compreender a real perspectiva política de reestruturação vivenciada pelas equipes. A partir daí conjugar os elementos para pensar no desenvolvimento de um método de programação coerente ao PSF.

Foi possível constatar que, apesar de identificarem elementos importantes para um processo de planejamento, como a identificação de uma situação que se quer planejar, o reconhecimento dos problemas e a definição de prioridades, as equipes não usam e até desconhecem o cálculo. Ou seja, o raciocínio que envolve o ato de planejar, com vistas à elaboração de um plano que possa orientar a relação entre necessidade e oferta de ações de saúde a uma população alvo. Segundo Matus (1996): *“O planejamento e a ação são inseparáveis. O plano é o cálculo que precede e preside a ação. Se não a preceder, o plano é inútil porque chega tarde. E se chega a tempo, mas não a preside, o plano é supérfluo. Por sua vez, a ação sem cálculo que preceda é mera improvisação”*(MATUS, 1996, p.32).

O ato de planejar envolve o raciocínio articulado da identificação de necessidades (o que deveria ser feito a uma população alvo para o alcance de uma situação desejada), das capacidades (o que pode ser feito levando em consideração a infra-estrutura, insumos e os recursos humanos) e do desempenho (o que tem sido feito pelos profissionais).

A análise desses três elementos num processo de planejamento envolve operações que são diagnósticas e normativas. Nas operações diagnósticas, com as necessidades identificadas, o cálculo parte das atividades realizadas (produção real). Envolve uma análise para descobrir o quanto de ações/atividades tem sido realizado para uma determinada população alvo - conceito de Concentração, assim como da análise de quantas pessoas foram atendidas em relação à população alvo representativa

de uma determinada situação - conceito de Cobertura. Nas operações diagnósticas, a concentração e a cobertura são reais, representam números empíricos, porque foram observados em uma realidade concreta.

Já nas operações normativas, o cálculo parte das atividades a serem realizadas (produção ideal). Define uma concentração e uma cobertura ideal, as quais podem ser estabelecidas pelos governos Federal, Estadual e/ou Municipal. A concentração e a cobertura ideal são definidas por normas, conhecidas como parâmetros de atividades/procedimentos, ou seja, parâmetros assistenciais. Em relação ao MS, por exemplo, os parâmetros adotados representam estimativas de um processo de cuidado, ou de uma linha de cuidado, definida por protocolos pré-estabelecidos.

O raciocínio em relação às operações diagnósticas e normativas, como discutimos neste estudo, permite apreender o quanto está sendo realizado ou foi realizado em um determinado período (operação diagnóstica), relacionando com o quanto deveria ser realizado (operação normativa). Essa análise permite observar qual é a situação, qual é o problema. Por exemplo, quando comparo a cobertura ou concentração real com a cobertura ou concentração ideal, consigo perceber problemas que podem ser chamados de problemas de captação e/ou de acesso, entendendo a captação como uma forma de acesso. Dessa forma, a defasagem na concentração e/ou na cobertura expressa problemas de captação e/ou acesso, podendo ser considerada uma medida de acessibilidade.³²

³² De acordo com Starfield (2002): “A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. Acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde. A acessibilidade, portanto, não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviço devem estar acessíveis. Entretanto, na atenção primária a acessibilidade tem requisitos específicos porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 225).

Os parâmetros de cobertura indicam a proporção de pessoas que não estão sendo cobertas, ou seja, que não estão sendo assistidas. Assim sendo, permitem enfatizar o que o programa realmente tem alcançado.

Os parâmetros de concentração permitem fazer o raciocínio de buscar localizar quantos procedimentos estão em cada atividade (produção ideal) e quantos não estão em nenhuma. No empírico, pode-se fazer o caminho inverso, partindo do cálculo das concentrações e coberturas reais e essas mostrarem outros problemas, movendo o redimensionamento das equipes para a identificação e solução dos problemas. Estamos falando de dois caminhos de raciocínio que podem ser assim sistematizados:

Caminho 1:

População alvo \Rightarrow Parâmetro normativo \Rightarrow Necessidade de procedimentos (produção ideal)

Caminho 2:

Produção real (realizado de procedimentos) \Rightarrow População alvo \Rightarrow Parâmetro real

A verdadeira lógica da programação é ser um exercício de localizar os problemas e buscar solução com vistas ao alcance de uma situação-objetivo. O raciocínio programático que aqui estamos exercitando parte do cálculo de como deveria ser a produção (operação normativa), usando como matriz de cálculo: população alvo X norma de cobertura X norma de concentração = nº de atividades/procedimentos necessários (caminho 1). Do cálculo da produção real (operação diagnóstica, caminho 2) e do cálculo da produção potencial programada identificada pela Semana Típica (caminho 3), a qual expressa o cálculo da estimativa de produção feita pelo profissional para o cotidiano do processo de trabalho, sistematizado a seguir:

Caminho 3:

Semana Típica do profissional = N° de procedimentos estimados para oferta x N° de dias em que é ofertado o procedimento.

O raciocínio de estimativa de concentração ideal (uso de parâmetros) é aderente às atividades programáticas, por serem atividades que são acompanhadas pelas equipes. No entanto, se levarmos o raciocínio para a programação da oferta à demanda espontânea, esse não se aplica, pois nessa modalidade de demanda (espontânea) a concentração não é a rigor normatizável, é uma média de consumo dada empiricamente. Por isso, não deve ser normatizada e só pode ser vista empiricamente. Logo, concentração de demanda espontânea tem significado diferente de concentração de acompanhamento, ao não obedecer a parâmetros, por ser definida pela população que realmente busca o atendimento, que além de ser dinâmica, convive com uma outra parte da população que não busca atendimento, dentro de uma complexa dinâmica social.

O raciocínio de programação em saúde precisa ser assumido pelas equipes de Saúde da Família em seu cotidiano de trabalho, retirando o formalismo hoje presente nos procedimentos do planejamento, o qual tem conduzido à supervalorização dos meios em detrimento dos fins. O resultado é um processo altamente burocratizado, por ser utilizado como um meio de medir produtividade e, conseqüentemente, favorecendo um comportamento ritualístico com a produção, sem grandes compromissos com a solução de problemas.

Embora utilizando de argumentos baseados em cálculo de produção, o enfoque adotado neste estudo aposta exatamente no contrário. Que a estratégia de Saúde da Família poderá assumir sua capacidade de reestruturação do modelo assistencial e dos processos de trabalho e das práticas em saúde, desde que os cenários de programação/organização dos serviços e da produção do cuidado, passem a ser

comandados pelos profissionais aí presentes, resignificando o seu próprio processo de trabalho, articulando à lógica instrumental hegemônica tradicional o raciocínio situacional e as subjetividades inerentes à natureza do trabalho em saúde. Aqui o enfoque é relacional, por envolver em seu processo a relação entre sujeitos – usuário, profissionais e gestores, tornando o processo de trabalho mais produtivo e criativo e, conseqüentemente, mais efetivo, uma vez que o trabalho programático (articulação de objetivos, atividades e recursos) se realiza no nível local.

Nessa perspectiva é que a programação em saúde reaparece como uma potência que permitirá produzir mudanças na lógica de organização do serviço e ordenamento do processo de trabalho das equipes, levando para o cotidiano do mundo do trabalho em saúde e de sua micropolítica um raciocínio que pode revelar o quanto o Saúde da Família pode ser dispositivo de mudança do modelo assistencial e das práticas em saúde. A programação, ao explicitar objetivos e finalidades, pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção, contribuindo para o compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população.

Com a intenção de vivenciar o raciocínio programático, o presente estudo tomou como objeto de investigação duas equipes de Saúde da Família da UBS de estudo e junto com os profissionais, trabalhou uma lógica de programação que permitisse a análise de seus processos de trabalho, respondendo às duas operações clássicas do planejamento (diagnóstica e normativa), tendo como questões orientadoras: Como as equipes operam em seu cotidiano? O que estão fazendo e alcançando? O que deveria ser feito e alcançado? Como ajustar as necessidades reais? O que somos capazes de fazer?

A opção foi de trabalhar a programação tendo como foco o processo de trabalho do médico e da enfermeira, entendendo que esses profissionais, no cotidiano do trabalho

no Saúde da Família, devem responder às demandas que são trazidas pelos ACS, às que são apresentadas pelos usuários em seus processos autônomos de busca de atenção em saúde, assim como propiciar outras ofertas consideradas necessárias, identificadas no contato direto com o usuário, pelos indicadores epidemiológicos e pelas necessidades da gestão. Sendo assim, esses dois profissionais têm uma responsabilidade laboral diferenciada dos demais profissionais da equipe, por estarem mais diretamente envolvidos com a cadeia da assistência integral que ocorre na atenção básica.

O consolidado da Ficha A do SIAB, dados obtidos a partir do Cadastramento das Famílias realizado pelos ACS, foi utilizado para definição da população alvo de cada área de atuação das equipes - população adscrita à equipe.

O momento diagnóstico da programação foi trabalhado tendo como instrumento de análise a produção dos profissionais, obtida através do Sistema de Informação de Área de Abrangência (SIAA) elaborado pela SSSDA-JF.³³ O SIAA foi idealizado nos moldes do SIGAB³⁴, adaptado para alimentar de uma forma mais simplificada o SIAB, SISVAN e o SIA-SUS. Permite a captação de dados de produção por profissional através do CPF.

³³ A SSSDA/Juiz de Fora desenvolveu um programa informatizado de registro para a informação na Atenção Básica em resposta a determinadas fragilidades dos Sistemas de Informação em Saúde. Os resultados da pesquisa Estudo de Linha de Base - PROESF, desenvolvida pelo IMS/UERJ, NATES/UFJF e DMPS/UFF (2006), que teve como um dos estudos de caso o município de Juiz de Fora, apontou algumas considerações em relação às fragilidades nos sistemas de informação: “[...] o SIAB foi implantado a partir de 1998, não tendo havido uma integração com o SIA-SUS já existente.” Sendo assim, [...] “É importante ressaltar as potencialidades e as fragilidades dos sistemas SIAB e SIA-SUS. Se por um lado o SIAB avançou ao propor uma base territorial e disponibilizar denominadores populacionais com base no cadastro familiar, por outro, as informações de produção e de cobertura continuam a ser trabalhadas a partir de relatórios consolidados. O fato do SIA-SUS ser obrigatório para todas as unidades prestadoras de serviços de Atenção Básica (PSF e não PSF) gera redundância de informações. É praticamente impossível discriminar as informações geradas pelo SIA-SUS por área de abrangência do PSF, visto que estas bases no DATASUS não são disponíveis por unidade prestadora de serviço. Além disso, a estrutura agregada desses dados não permite associar adequadamente quais indivíduos receberam os serviços prestados” (RELATÓRIO FINAL ESTUDO DE LINHA DE BASE – PROESF: Lote 1: sudeste Minas Gerais e Espírito Santo, 2006:83-84).

³⁴ SIGAB: é um sistema de informação gerencial para a atenção básica desenvolvido pelo DATASUS. Possibilita a alimentação do SIAB, quando implantado em unidades de Saúde da Família.

Também compôs o conjunto de instrumentos de análise a Semana Típica, elaborada por cada profissional e que representa a proposta de organização de seu processo de trabalho, dimensionando sua capacidade laboral pela lógica do turno de atendimento, da disponibilidade de infra-estrutura e do atendimento à grade de atividades proposta para a Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família definida pelo município. Para dimensionar o leque de atividades a serem desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, a Coordenação de Atenção Básica da SSSDA-JF definiu uma grade de atividades. Essa grade define as ações a serem desenvolvidas, discriminadas por categoria profissional, especificamente: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico e assistente social. As ações são agrupadas por atividade programática, priorizando as áreas estratégicas de atuação na Atenção Básica definidas pelo MS. Define alguns parâmetros assistenciais por procedimentos, sendo que a grande maioria é atribuição profissional por atividade programática (Anexo F).

A Semana Típica se apresenta também como um instrumento de organização da oferta potencial de procedimentos por turno. Em Juiz de Fora, a rede básica de saúde tem como dinâmica de funcionamento a lógica de turno, ocorrendo o turno da manhã (7h às 11h) e o turno da tarde (13h às 17h). Durante o período de 11h às 13h as unidades fecham para almoço. Logo, se a unidade funciona em turno a equipe raciocina em turno.

A análise da Semana Típica também permitiu observar a dinâmica por profissional (capacidade operacional planejada pelo profissional) e por equipe (organização do trabalho do médico e da enfermeira). Dessa forma, conhecer a norma de rendimento assumida por profissional e por equipe. Em relação ao turno, a análise da Semana Típica permitiu comparar a dinâmica de trabalho do turno da manhã com a do

turno da tarde, analisando o arranjo ideal que a equipe normatizou. Ao analisar o turno, é possível observar a organização do processo de trabalho que define o rendimento do turno, e, ao mesmo tempo, observar a dinâmica da equipe.

Para a análise do momento normativo, foi utilizada a ferramenta de Programação de Ações para Unidades Básicas de Saúde da Família.³⁵ Instrumentalizada com planilhas eletrônicas em microcomputadores, a ferramenta possibilita a análise de adequação da oferta às necessidades das populações adscritas e a produtividade do trabalho dos profissionais (médico, enfermeiro e dentista) de uma equipe de Saúde da Família, em relação à carga horária laboral. A ferramenta vem sendo testada por profissionais de Saúde da Família, alunos do curso de especialização em Saúde da Família e a utilização no presente estudo tem contribuído para o seu aperfeiçoamento.

O instrumento apresenta uma série de planilhas eletrônicas com fórmulas encadeadas, elaboradas no programa Excel. As primeiras planilhas registram dados do perfil demográfico das populações adscritas, permitindo a aplicação de indicadores epidemiológicos e parâmetros assistenciais das ações programáticas à população alvo da área das equipes de Saúde da Família. Através de encadeamentos e consolidações de dados numéricos, as planilhas possibilitam discriminar as necessidades de procedimentos por ação programática e demanda espontânea, dimensionando também os procedimentos necessários por categoria profissional (médico, enfermeiro e dentista). Uma outra planilha cruza as necessidades de procedimentos da população com a capacidade laboral profissional (carga horária).

Em relação aos dados do perfil demográfico, além dos dados da população adscrita, a ferramenta disponibiliza os dados demográficos de Minas Gerais,

³⁵ Tal instrumento foi desenvolvido pelos docentes que ministram o módulo de Planejamento em Saúde do curso de Especialização em Saúde da Família, coordenado pelo NATES e Faculdades de Medicina e Enfermagem da UFJF. Encontra-se disponível no *site*: <http://www.nates.ufjf.br/especializacaoSaúdedaFamilia/materialinstrucional/prof.Marcio>.

disponibilizando as pirâmides etárias dos dois cenários demográficos: Minas Gerais e população adscrita da equipe Saúde da Família. Para o presente estudo, foram inseridos os dados do perfil demográfico do município de Juiz de Fora, possibilitando uma análise comparada dos três cenários: Minas Gerais, Juiz de Fora e população adscrita da equipe.

As planilhas de parâmetros assistenciais por ação programática (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto - Hipertensão Arterial, Diabetes, Tuberculose e Hanseníase) trabalham com parâmetros adotados pelo MS³⁶, com parâmetros adotados pelo município e com uma terceira coluna que possibilita aos profissionais das equipes aplicarem o parâmetro adotado, o qual representa a norma que a equipe utiliza, se a do MS, do município ou da evidência laboral, se for o caso. O cálculo das necessidades de procedimentos obedece à seguinte matriz de cálculo:

Necessidades de procedimentos = população alvo (refere-se ao número de pessoas acompanhadas pelos ACS e em acompanhamento pela UBS ou ao número em relação à prevalência conhecida) X concentração ideal (parâmetro adotado) X cobertura ideal (a definida pelo município ou pela equipe).

Ao final, o conjunto das planilhas permite à equipe observar problemas em relação ao dimensionamento da relação de trabalho da equipe com sua população, relacionando concentração ideal, cobertura ideal e carga horária. Propõe durante o tempo inteiro fazer um pensamento dialético sobre o que deve ser planejado pela norma e o que é observado pela capacidade laboral na prática e, assim, poder saber o que fazer para cumprir a norma.

³⁶ Os parâmetros representativos do MS são referentes aos protocolos das Ações Programáticas das áreas estratégicas da Atenção Básica (MS, 2000). Os parâmetros adotados pelo município de Juiz de Fora são os definidos na Grade de Atividades proposta para a Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família e os que o município referencia ao MS.

Essa lógica de programação aqui proposta permite fazer um exercício de raciocínio sob três parâmetros: Concentração e Cobertura (ideal e real) e Rendimento Profissional (Semana Típica e carga horária profissional). O cálculo confrontado com a norma permite observar problemas operacionais (defasagens ou desajustes) e então, na hora da equipe discutir o redimensionamento do processo de trabalho, pode dar conta de que não agüenta tudo. Mas a equipe localiza quais são os problemas a que não está tendo condições de responder e, na hora de priorizar, define o que é mais necessário resolver. Sendo assim, a priorização ganha vida em termos de organização do trabalho da equipe, pois, ao programar, estão pensando em seus processos de trabalho. Isto é pensar a programação. É tornar a programação local coerente com as possibilidades das equipes, estimulando a auto-gestão e auto avaliação de seus processos de trabalho. Permite às equipes: a) redefinição de parâmetros assistenciais balizados por evidências científicas e pelo cotidiano das práticas; b) monitoração contínua da Semana Típica de trabalho; c) avaliação dos resultados alcançados e reprogramação de seus planos; e d) instrumentalização dos processos de gerenciamento e negociação junto à gestão do sistema e às instâncias de participação da comunidade.

8.1 Aplicando o raciocínio programático na prática: reflexões sobre a experiência.

O raciocínio programático proposto pelo presente estudo buscou fazer o cálculo a partir das necessidades em saúde das populações adscritas de duas equipes de Saúde da Família da UBS em estudo. Para tanto, usou os dados cadastrados no SIAB, através da ficha A – Cadastro da Família, tomando esse quantitativo como o representativo da população alvo para a programação da demanda espontânea e das ações programáticas na atenção básica, conforme definido pelo MS.

O raciocínio programático foi orientado por três níveis de produção: 1) Produção Ideal ou Normativa, representada pela necessidade de procedimentos assistenciais a serem realizados, segundo parâmetros e coberturas aplicadas; 2) Produção Real, representativa do quantitativo de procedimentos realizados pelo profissional durante um determinado espaço de tempo, oficialmente informada; e 3) Produção Potencial, representada pela produção programada pelo profissional, definida a partir da percepção primária de seu contexto laboral. A triangulação dos três cenários de produção permitiu o raciocínio programático envolvendo as operações diagnóstica e normativa.

A ferramenta de Programação de Ações para Unidades de Saúde da Família foi utilizada para o cálculo da produção ideal/normativa. A ferramenta concentra a análise para a programação das ações a serem realizadas na UBS, pelos profissionais de nível superior da equipe, englobando as ações programáticas³⁷ e a demanda espontânea.

A população cadastrada foi distribuída de acordo com as populações alvo dos programas, sendo que, para as condições gestantes, criança menor de 1 ano, criança de 1 a menor de 2 anos, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e hansenianos, as populações alvo foram identificadas tomando como referência os dados obtidos pela condição referida da ficha A e validados pela ficha SSA2 do SIAB, a qual quantifica a população realmente acompanhada pelo ACS, ou seja, a população alvo real dessas condições.

A aplicação da ferramenta nas realidades das duas equipes em estudo possibilitou uma série de reflexões, identificando problemas que devem ser trabalhados

³⁷ Estamos adotando o conceito de Ação Programática em Saúde, segundo Nemes (1996): “*proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica*” (NEMES, 1996, p.48). Essa base conceitual toma por ponto de partida a lógica de estruturação dos programas de saúde, os quais possuem uma racionalidade de intervenção que articula ações médicas e ações de saúde coletiva.

na equipe, com vista a ajustar suas programações às necessidades da população e às capacidades laborais dos profissionais.

A planilha denominada “Pop UBS” permite à equipe realizar o raciocínio em relação à distribuição da população por faixa etária, tendo como parâmetro de análise a distribuição da população por faixa etária em Minas Gerais. A análise comparada entre as duas populações permite fazer o raciocínio problematizando a confiabilidade dos dados, ao analisar o perfil populacional da população adscrita. Esse procedimento contribuirá para a atualização constante da população cadastrada pelos ACS, informação básica para o processo de programação em saúde – definição da população alvo.

Podemos exemplificar tal fato com a realidade da Equipe B. Encontramos problemas em relação aos dados de população adscrita e à população real acompanhada pela equipe; foi registrada na planilha Pop UBS, campo “Dados da população do SIAB”, uma população de menores de 1 ano de 14 crianças, sendo que a registrada na ficha SSA2 (acompanhamento ACS) e nos registros da unidade é uma população de 53 crianças. Na hora, a equipe identificou a necessidade de atualização da população cadastrada.

Planilha Pop UBS – Equipe B

População da UBS/ESF			
	Estimada ⁽¹⁾	Cadastrada ⁽²⁾	
TOTAL	3307	3307	
Populações Alvo de programas			
		Condição referida - ficha A -	Cadastrada pelo ACS ⁽³⁾ - ficha SSA2 -
Mulher			
Mulheres de 10-49 anos	1086	1117	
Mulheres de 25 a 59 anos	715	732	
Gestantes	63	21	21
Mulheres de 50 a 69 anos	213	203	
Criança			
Menores de 1 ano	58	14	53
1 a <2 anos	116	44	57
1 a <5 anos	241	175	
2 a <5 anos	124	131	
Menores de 5 anos	299	189	
2 a <10 anos	435	506	
5 a <10 anos	310	375	
6 a <12 anos	443	524	
Adulto			
Maiores de 15 anos	2369	2311	
Maiores de 30 anos	1447	1422	
Hipertensos	521	383	331
Hipertensos >= 15 anos	355	383	331
Hipertensos > 30 anos	318		
Diabéticos	251	104	98
Diabéticos >= 15 anos	142	104	98
Diabéticos > 30 anos	110	108	
Tuberculosos	0,98	2	2
Hansenianos	0,66	0	0
Eventos Sentinela / Condições Marcadoras (casos / ano)			
Óbitos de < 1 ano	0,36	0,29	
Pop. 0-14	938	996	
Pop. 10-20	674	797	
Pop. 15-29	922	889	
Pop. 30-59	1149	1169	
Pop. 60 e mais	297	253	

Dados da população do SIAB			
Consolidado A2	masculino	feminino	total
	• < 1 ano	8	6
• 1 a 4 anos	82	93	175
• 5 a 6 anos	70	65	135
• 7 a 9 anos	106	134	240
• 10 a 14 anos	229	203	432
• 15 a 19 anos	189	176	365
• 20 a 39 anos	534	514	1048
• 40 a 49 anos	175	224	399
• 50 a 59 anos -	124	122	246
• 60 anos e mais	91	162	253
	1608	1699	3307

prevalência de 15% entre >=15 anos

prevalência de 6% da pop. >=15 anos

A planilha “Pop UBS” permite também realizar a análise da prevalência de casos para as condições de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. O cálculo do estimado para essas condições é obtido por prevalências conhecidas expressas na planilha “Epid”. Cabe à equipe problematizar, certificando se todas as pessoas com tais condições estão sendo acompanhadas pela equipe ou não. A busca nos registros de dados do ACS e nos prontuários da unidade permitirá a validação. O resultado da análise permitirá à equipe definir necessidade de busca ativa, além da identificação da prevalência local, comparando com a prevalência conhecida.

Planilha Epid

Prevalências Conhecidas		
Hanseníase	2,95	casos por 10.000 hab ⁽¹⁾
Tuberculose	2,00	casos por 10.000 hab ⁽²⁾
Hipertensão	22,0%	% da pop. > 20 anos ⁽³⁾
Diabetes	7,6%	% da pop. 30-69 anos ⁽⁴⁾
Déficit ponderal	5,7%	% da pop. < 5 anos ⁽⁵⁾
Desnutrição grave	1,9%	% da pop. < 1 ano ⁽⁶⁾
Gravidez na adolescência	22,7%	% de nascimentos de mães < 20 anos ⁽⁷⁾
Gestação de Risco	15,0%	% de gestantes
<i>Fatores de risco para DNT</i>		
Tabagismo	30%	% da pop. ⁽⁸⁾
Sedentarismo	60%	% da pop.
Hiperlipidemia	15%	% da pop.
Obesidade	7%	% da pop.
Alcoolismo	8%	% da pop.
Alto risco CV: Tab+Sed+Hipercol ⁽⁹⁾	2,7%	
Incidências		
Nascimentos:	19,17	por 1000 hab / ano (MG, 2002)
TMI	20,43	por 1000 NV / ano (MG, 2002)
<i>procura na UBS por</i>		
Infecções Respiratórias	0,40	casos por cç < 5 anos/ano
Asma	0,15	casos por cç < 5 anos/ano
Diarréia	0,76	casos por cç < 5 anos/ano

Planilha POP UBS – Equipe A

População da UBS/ESF			
	Estimada ⁽¹⁾	Cadastrada ⁽²⁾	
TOTAL	3234	3234	
Populações Alvo de programas		Condição referida - ficha A -	Cadastrada pelo ACS ⁽³⁾ - ficha SSA2 -
Mulher			
Mulheres de 10-49 anos	1062	1133	
Mulheres de 25 a 59 anos	699	791	
Gestantes	62		21 20
Mulheres de 50 a 69 anos	208	269	
Criança			
Menores de 1 ano	57	19	19
1 a <2 anos	114	40	40
1 a <5 anos	235	160	
2 a <5 anos	122	120	
Menores de 5 anos	292	179	
2 a <10 anos	425	413	
5 a <10 anos	304	293	
6 a <12 anos	433	382	
Adulto			
Maiores de 15 anos	2317	2461	
Maiores de 30 anos	1415	1644	
Hipertensos	510		432 432
Hipertensos >= 15 anos	347		432 432
Hipertensos > 30 anos	311		
Diabéticos	246		95 95
Diabéticos >= 15 anos	139		95 95
Diabéticos > 30 anos	108	125	
Tuberculosos	0,95		1 1
Hansenianos	0,65		0 0
Eventos Sentinela / Condições Marcadoras (casos / ano)			
Óbitos de < 1 ano	0,36	0,39	
Pop. 0-14	917	773	
Pop. 10-20	659	618	
Pop. 15-29	902	818	
Pop. 30-59	1124	1220	
Pop. 60 e mais	291	424	

Dados da população do SIAB			
Consolidado A2	masculino	feminino	total
	• < 1 ano	18	1
• 1 a 4 anos	86	74	160
• 5 a 6 anos	55	69	124
• 7 a 9 anos	76	93	169
• 10 a 14 anos	143	158	301
• 15 a 19 anos	122	195	317
• 20 a 39 anos	445	566	1001
• 40 a 49 anos	194	224	418
• 50 a 59 anos -	151	150	301
• 60 anos e mais	187	237	424
	1477	1757	3234

prevalência de 15% entre >=15 anos			
prevalência de 6% da pop. >=15 anos			

As planilhas de ações programáticas trabalham encadeadas ao consolidado numérico definido na planilha “Pop UBS”. Permitem, a partir do número real das populações alvo ou da estimativa de população alvo segundo prevalências conhecidas, definir o quantitativo de ações ao aplicar o parâmetro definido pela equipe e a cobertura desejável, tendo como referência a normatização adotada no contexto de trabalho (parâmetro MS ou do município ou da evidência laboral). Esse cálculo permitirá, ao final, definir a necessidade de procedimentos a serem realizados pelo profissional

médico e enfermeiro. O exercício programático, neste momento, permite às equipes conhecerem as necessidades de procedimentos baseados nas concentrações e coberturas desejáveis. Ao trabalhar com as planilhas, a equipe também identifica a cesta de oferta de procedimentos que realizam em seu cotidiano de trabalho, observando procedimentos que ainda não são ofertados, reavaliando a oferta.

Planilha Atenção Integral à Saúde da Mulher – Equipe B

1- Saúde da Mulher		Número real de gestantes:	21			
	Ações/População alvo	Parâmetro MS	Parâmetro JF	Parâmetro aplicado	% Cobertura ⁽¹⁾	
1.1	Pré Natal	Todas gestantes			100%	
	Reuniões educativas. unid./gestante.	4 reuniões / gestante /ano		4	6	
	1ª consulta.	1 cons/ gestante/ano (médico)		0	0	
			1 cons/ gestante/ano (enfermeiro)	1	21	
	Cons.médica puerpério/gestante.	1 cons /puérpera	1 cons /puérpera	1	21	
	Pré-natal risco habitual (85% das gestantes)					
	Cons.méd./gestante.	0,85*2 cons/ gestante	0,85*4 cons/ gestante	4	71	
	Cons.enf./gestante.	0,85*3 cons/ gestante	0,85*2 cons/ gestante	3	54	
	⁽¹⁾ Imunização - 90% das gestantes.	2 doses dT ou TT / gestante		2	42	
1.2	Planejamento familiar	Mulheres de 10 a 49 anos			100%	
	Cons.Médica.	0,45 cons./pop.alvo/ano		0,45	503	
	Cons.Enfermagem.	0,45 cons./pop.alvo/ano		0,45	503	
	Reuniões Educ.	0,45 R.E. ⁽²⁾ /pop.alvo		0,45	34	
	Atend.clin.p/indic. fornec.	0,003 cons./pop.alvo/ano				
enfermeiro	Diafragma.			0	0	
enfermeiro	Atend.clin.p/indic. fornec.ins.DIU	0,015 cons./pop.alvo/ano		0	0	
1.3	Prevenção Câncer de colo	Mulheres de 25 a 59 anos			100%	
	Cons. Médica.	0,5 cons. med p/pop./ano		0,5	366	
	Cons. Enfermagem.	0,5 cons. enf./ pop./ano		0,5	366	
	20% da população-alvo/ano médico	Coleta de amostra para exame papanicolaou em mulheres que realizaram exame pela primeira vez.	0,4944 exames/mulher/ano	0,4944	72	
	80% da população-alvo/ano enfermeiro	Coleta de amostra para exame papanicolaou nas demais mulheres.	0,4944 exames/mulher/ano	0,4944	289	
	Atividade educativa (15/grupo).	1 RE/pop. coberta/ano		1	39	
1.4	Prevenção Câncer de mama	Mulheres de 50 a 69 anos			100%	
	Cons. Médica para Exame Clínico das Mamas.	0,5 cons. Med. p/ pop. alvo/ano		0,5	102	
1.5	Outras					
	Climatério					
	Cons.Médica.					
	Cons.Enfermagem.					

Prosseguindo o encadeamento e consolidação numérica, uma próxima planilha, denominada “Consolidado de procedimentos individuais por nível profissional”, apresenta o quantitativo de procedimentos a serem realizados por categoria profissional, disponibilizando a distribuição por mês e por semana.

Planilha Consolidado de procedimentos individuais por nível profissional – Equipe A

Consolidado de procedimentos individuais por profissional de Nível Superior - Médicos, enfermeiros e dentistas			
Médico			
Consulta médica - Mulher	993		
Gestante e puérpera	88	consultas/ano -- 7	consultas/mês -- 2
Prevenção Ca de colo	396	consultas/ano -- 33	consultas/mês -- 7
Coleta de amostra para exame papanicolaou em mulheres, de 25 a 59 anos, que realizaram exame pela primeira vez	78	consultas/ano -- 7	consultas/mês -- 1
Cons. Médica para Exame Clínico das Mamas	134		
Imunização de gestantes			
Consulta médica - criança	792		
Consulta médica - adulto	1639		
Hipertensos	1362,4	consultas/ano -- 115	consultas/mês -- 9,6
Diabéticos	247	consultas/ano -- 21	consultas/mês -- 5
Cons.Atend.Urgência em Clínica Básica	11		
Fundoscopia	346		
Total at. Ind. de programa	6110		
DEMANDA ⁽¹⁾	1651	consultas/ano -- 138	consultas/mês -- 11,5
Enfermeiro			
Consulta de enfermagem - mulher	956		
Gestante	71	consultas/ano -- 6	consultas/mês -- 1
Prevenção Ca de colo	396	consultas/ano -- 33	consultas/mês -- 7
Coleta de amostra para exame papanicolaou nas demais mulheres de 25 a 59 anos,	313	consultas/ano -- 26	consultas/mês -- 6
Atend.clin.p.indic. fornec. Diafragma	0		
Atend.clin.p.indic. fornec.ins.DIU	0		
Consulta de enfermagem - criança (programa prevenção)	156		
Consulta de enfermagem - adulto	1657		
Hipertensos	1362,4	consultas/ano -- 115	consultas/mês -- 9,6
Diabéticos	247	consultas/ano -- 21	consultas/mês -- 5
Atend. Alta pac. trat. supervisionado	1		
Atend. Manut. em Prevenção incapacidade	17		
Consulta de enfermagem - VD em recém nascido	19		
Total at. Ind. de programa	5215		
Consulta de enfermagem AIDPI - (demanda)	242		
AVEIANN			
Imunização de crianças	773		
Imunização de gestantes	40		
Imunização de adultos em geral			
BCG em contactantes	3		
Adm. de Medicamento	96		
Adm. POT em hanseniano	17		
Terapia de reidratação oral na UBS	24		
Rehidratação / Inalação	90		
ECG	62		
Coleta baciloscopia p/ controle de tratamento	4		
Coleta de linfa p/ pesq. M. leprae (B8.081.04)	1		
Curativos, debridamentos em hansenianos	0,14		
Dentista			
Consulta odontológica	2717	consultas/ano -- 226	consultas/mês -- 51
Procedimentos coletivos	270		
Ta Consulta odontológica	380		
Procedimentos curativos individuais da atenção básica	2070	172	9
Procedimentos de endodontia	450	37	9
Procedimentos de Periodontia	98	8	2
Procedimentos de Cirurgia	197	16	4
Procedimentos de Prótese	197	16	4
total procedimentos atenção básica	2720		
Consolidado de Atividades Educativas			
AE na unidade (15 grupo) - Mulher	82	consultas/ano -- 7	consultas/mês -- 2
AE na unidade (15 grupo) - Criança	43	consultas/ano -- 4	consultas/mês -- 1
AE na unidade (15 grupo) - Adulto	105	consultas/ano -- 9	consultas/mês -- 2
Total AE na Unidade	229	consultas/ano -- 19	consultas/mês -- 4
AE na comunidade			

O cálculo final da ferramenta é expresso pela planilha “Cálculo das capacidades dos profissionais de nível superior – Médicos, Enfermeiros e Dentistas”. Utilizando parâmetros de atendimentos individuais conhecidos, a composição de horas de trabalho profissional disponibilizada para atividades individuais na UBS por semana e o número de meses trabalhados por ano, a planilha relaciona a capacidade profissional com a necessidade de procedimentos programáticos e de demanda espontânea por categoria profissional. Para o profissional médico, o cálculo do total de necessidades da população adscrita utiliza o parâmetro de 2,4 consulta/habitante/ano. Dessa forma, obtém-se o número total, do qual é extraída a necessidade programática, expressa na planilha “Consolidado de procedimentos individuais por nível profissional”, e o restante é considerado o número programado para os procedimentos de demanda espontânea do profissional médico.

Em relação ao enfermeiro, o cálculo do total de necessidades da população adscrita é o somatório de seus procedimentos programáticos, e a necessidade programada de demanda espontânea está relacionada à Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), procedimentos protocolizados para o enfermeiro, conforme MS.

O raciocínio programático da planilha “Cálculo das capacidades dos profissionais de nível superior” possibilita o ajuste das necessidades de procedimentos da população adscrita com a capacidade laboral dos profissionais.

A seguir, apresentamos a planilha “Cálculo das capacidades dos profissionais de nível superior” referente à Equipe A:

Planilha Cálculo das capacidades dos profissionais de nível superior – Equipe A 202

Cálculo das capacidades dos profissionais de Nível Superior - Médicos, Enfermeiros e Dentistas					
Parâmetros - atendimentos Individuais:					
Categoria			at/hora		
Médico	1 at. Individual a cada 15 minutos			4	
Dentista	1 at. Individual a cada 20 minutos			2	
Enfermeiro	1 at. Individual a cada 30 minutos			2	
Meses trabalhados por ano	Composição de Horas - Profissional da equipe (M, E, D)				
			Hrs-prof/semana		
11	Médico			40	
	Dentista			0	
	Enfermeiro			40	
	Tempo em atendimentos individuais - Enfermeiro(a)			55%	
	Tempo em atendimentos individuais - M e D			88%	
Procedimentos individuais por profissional de Nível Superior - Médicos, enfermeiros e dentistas					
Categoria	Capacidades	Necessidades - programa	Demanda	Necessidades	
Médico	6814,72	6110	1651	7762	
Dentista	0			2720	
Enfermeiro	2129,6	5215	242	5457	

Como podemos observar, a carga horária laboral dos profissionais, médico e enfermeiro, destinada para a realização dos procedimentos individuais na UBS, para a população adscrita a essa equipe (3.234 habitantes), não atende às necessidades de procedimentos para as ações programáticas e demanda. Em relação ao médico, sua capacidade é de 6.815 procedimentos/ano, enquanto a necessidade é de 7.762 procedimentos/ano. Logo, a capacidade laboral do profissional médico atende 88% da necessidade, há uma defasagem de 947 procedimentos/ano. O profissional destina 88% de sua carga horária semanal (40h) para a realização de procedimentos individuais na UBS.

Em relação à profissional enfermeira, a defasagem na relação carga horária laboral destinada à realização de procedimentos individuais na UBS e a necessidade de procedimentos a serem realizados por essa profissional é de 3.327 procedimentos/ano, logo a profissional só consegue alcançar 39% da necessidade. A profissional destina 55% de sua carga horária semanal (40h) para a realização de procedimentos individuais na UBS.

Já para a Equipe B, a planilha de “Cálculo das capacidades dos profissionais de nível superior” apresentou os seguintes resultados:

Planilha Cálculo das capacidades dos profissionais de nível superior – Equipe B

Cálculo das capacidades dos profissionais de Nível Superior - Médicos, Enfermeiros e Dentistas				
Parâmetros - Atendimentos Individuais:				
Categoria		at/hora		
Médico	1 at. Individual a cada 15 minutos			4
Dentista	1 at. Individual a cada 20 minutos			2
Enfermeiro	1 at. Individual a cada 30 minutos			2
Meses trabalhados por ano				
	Composição de Horas - Profissional da equipe (M, E, D)			
		Hrs-prof/semana		
11	Médico			40
	Dentista			0
	Enfermeiro			40
	Tempo em atendimentos individuais - Enfermeiro(a)			78%
	Tempo em atendimentos individuais - M e D			85%
Procedimentos individuais por profissional de Nível Superior - Médicos, enfermeiros e dentistas				
Categoria	Capacidades	Necessidades - programa	Demanda	Necessidades
Médico	6582,4	5579	2357	7937
Dentista	0			2824
Enfermeiro	3020,16	4705	255	4961

Como podemos observar, a Equipe B também apresenta problemas para o alcance das necessidades de procedimentos a serem realizados por ambos os profissionais para sua população adscrita (3.307 habitantes). A capacidade laboral destinada para a realização de procedimentos da profissional médica é de 6.582 procedimentos/ano, para uma necessidade de 7.937 procedimentos/ano. Logo, a capacidade laboral destinada por essa profissional permite um alcance de 83% da necessidade, tendo uma defasagem de 1.355 procedimentos/ano. A profissional destina 85% de sua carga horária semanal (40h) para a realização de procedimentos individuais na UBS.

Em relação à enfermeira, a defasagem é de 1.941 procedimentos/ano, por ter uma capacidade de produção em relação à carga laboral destinada de 3.020 procedimentos/ano e sendo a necessidade de 4.961 procedimentos/ano. A capacidade

programada pela profissional permite o alcance de 61% da necessidade de procedimentos a serem realizados por ela.

Portanto, o raciocínio programático que o instrumento Programação de Ações para Unidade Básica permite é o de que os profissionais redimensionem os parâmetros assistenciais e as prioridades, redefinam sua Semana Típica de trabalho, discutam seus processos de trabalho, problematizem sobre o quantitativo de sua população alvo (parâmetro de adscrição de clientela definido para o PSF) em relação à capacidade laboral profissional.

Os Anexos G e H apresentam o conjunto das planilhas que compõe o instrumento de Programação de Ações para Unidade Básica da Equipe A e da Equipe B, respectivamente.

A análise da produção real foi realizada a partir dos dados captados pelo SIAA – SMSSDA/JF. Diariamente, os profissionais preenchem um boletim de pronto-atendimento (BPA); nesse formulário é registrada a produção de cada profissional, identificada pelo CPF. O BPA é o formulário básico para entrada de dados no SIAA. Para tanto, foram criados, para esse formulário, campos de registro, de modo a possibilitar a alimentação dos sistemas de informação SISVAN, SIAB e SIA-SUS, objetivo central do SIAA. Os tipos de atendimento foram codificados de modo a atender os três sistemas de informações. Sendo assim, é possível identificar, através de uma tabela auxiliar, os grupos de atendimento do SIA-SUS e o grupo de atendimento do PSF, além dos códigos por descrição de atendimentos, exames complementares e encaminhamentos PSF. Também foram definidos códigos para o SISVAN, agrupados pela classificação de acordo com a tabela Percentil de risco nutricional definida pelo SISVAN (Anexo I). Para a identificação da produção real dos profissionais das equipes

em estudo, identificamos por CPF a produção registrada para o grupo de atendimentos do PSF, o qual corresponde ao definido no formulário PMA2 do SIAB.

A análise da Semana Típica possibilitou conhecer a produção programada pelo profissional médico e enfermeiro, tomando como referência suas percepções primárias sobre a demanda das populações adscritas. A lógica de distribuição das atividades na Semana Típica dos profissionais guarda relação com os turnos de atendimento da UBS, sendo que os quantitativos de procedimentos ofertados e a distribuição das atividades nos dias da semana são diferentes entre as equipes, respeitando os acordos de operacionalização dos processos de trabalho.

Nas duas equipes estudadas, o turno da manhã é reservado para o atendimento da demanda espontânea, centrada na consulta médica através da distribuição de fichas. Essa organização é herdada do modelo assistencial anterior ao Saúde da Família. É o turno em que a unidade recebe maior demanda de usuários. Na Equipe A, são ofertadas 12 vagas para consulta médica, sendo 10 para a demanda e 02 para urgência. Na Equipe B, são disponibilizadas 16 vagas para consulta médica, sendo 06 para urgência. Na equipe em que a disponibilidade de vagas pela manhã é menor, o médico assegura também em sua agenda mais 08 consultas médicas para urgências que possam ocorrer no período da tarde (Anexos J e K).

A oferta de consultas médicas para demanda espontânea tenta, dentro do possível, assegurar que essa seja orientada pelas populações adscritas. Apesar de programarem esse quantitativo, a variação é grande, pois, como já ponderamos anteriormente, é difícil trabalhar com a lógica normativa nesse tipo de demanda, por não se caracterizar como acompanhamento.

A parte da tarde é reservada para as ações programáticas. Nesse turno, a variação da Semana Típica é grande, tanto em relação à organização/distribuição das atividades,

como na oferta de procedimentos às populações adscritas. Fica claro que os processos de trabalho se tornam mais autônomos no interior da equipe. Acordos são estabelecidos levando em consideração as necessidades de suas populações alvo, o que define variações dos quantitativos de procedimentos a serem ofertados, assim como a definição de atribuições. Em relação à definição de atribuições, essa se estabelece levando em consideração critérios como a habilidade profissional e satisfação do usuário.

Foi possível observar que, na Equipe A, o acordo estabelecido entre o médico e a enfermeira se deu em relação à Atenção à Saúde da Mulher, ficando o médico responsável pelo pré-natal e a enfermeira, pelas consultas de preventivo de Ca de Colo Uterino, procedimento mais bem aceito pela população alvo se realizado pela enfermeira. Nessa mesma equipe, a enfermeira assume o trabalho educativo, sendo responsável pelos grupos educativos das ações programáticas. A enfermeira é responsável pelo “acolhimento” realizado no turno da manhã. As visitas domiciliares são realizadas por ambos os profissionais. As reuniões de equipe são asseguradas na agenda dos dois profissionais, assim como a reunião mensal da UBS. Em relação à carga horária da enfermeira, essa tem horas reservadas em dois dias da Semana Típica para trabalho fora da unidade, por ser representante da SSSDA-JF no Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente (Anexo J).

Na Equipe B, os acordos definem outra dinâmica do processo de trabalho. As atribuições para as ações programáticas são divididas de forma mais equilibrada entre a médica e a enfermeira, ou seja, ambas desenvolvem as mesmas ações, variando apenas em relação aos quantitativos de oferta. As atividades educativas são desenvolvidas pelos dois profissionais, a enfermeira fica responsável pelo trabalho com os grupos educativos das ações programáticas, enquanto a médica trabalha com abordagem educativa de temáticas prioritárias para a população adscrita. As visitas domiciliares são

realizadas por ambos os profissionais. As reuniões de equipe são asseguradas na agenda e acontecem 2 vezes na semana, uma com a enfermeira e os ACS e outra com a participação de todos os profissionais. Durante o turno da manhã, a enfermeira fica responsável, junto com as auxiliares de enfermagem, das equipes, pela realização dos atendimentos de enfermagem (Anexo K).

O raciocínio programático envolvendo as operações diagnóstica e normativa foi orientado pela análise das coberturas de produção por profissional, expressa pelas seguintes fórmulas:

$\text{Cobertura Ideal/Normativa} = \text{produção ideal (relação entre parâmetro normativo de concentração e cobertura)}$
$\text{Cobertura Real} = \text{produção real/produção ideal}$
$\text{Cobertura Potencial} = \text{produção potencial (Semana Típica)/produção ideal}$

A discussão dos resultados foi orientada por quadros sistematizados da cobertura de produção por equipe e por profissional, o que permitiu as análises entre os profissionais de uma mesma equipe e entre as equipes.

A análise foi orientada em relação a alguns procedimentos, identificando seus quantitativos de produção ideal/normativa, real e potencial e os percentuais de coberturas ideal/normativa, real e potencial.

A tabela a seguir apresenta a cobertura de produção dos profissionais da Equipe A:

Equipe A					População Adscrita 3.234 habitantes				
ANÁLISE MÉDICO - Cobertura da produção									
cobertura real= produção real / produção ideal (parâmetro'pop) ; cobertura potencial = produção potencial / produção ideal									
PRODUÇÃO					PRODUÇÃO - SEMANA TÍPICA				
PROCEDIMENTO	IDEAL(12 m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL		Stípica	proc/semana	proc/ano (11m)	Cob Potencial
CM gestante	88	220	100%	250%	pop. Alvo	10x4.4sx11m	10	484	550,00%
CM Prev Ca colo	396	(1)	100%			(1)			
Coleta papanicolau	78	(1)				(1)			
CM Hipertensão	1.382	873	80%	63%	pop. Alvo	8x4.4sx11m	8	387	28,02%
CM Diabéticos	247	228	65%	92%	pop. Alvo	8x4.4sx11m	8	387	156,76%
CM Criança	792	505	100%	64%	pop. Alvo	8x4.4sx11m	8	387	48,89%
CM Urgência Cl.Básica						10x4.4sx11m	10	484	(7)
Demanda	1.651	7.661	0,51 c/h/ano (6)	2,36 c/h/ano		58x4.4sx11m	58	2.807	(7)
TOTAL	4634	9487	100%	205%		TOTAL	102	4936,6	106,53%
(1) nesta equipe, este procedimento é exclusivo da enfermeira.									
(6) representa a sobre de 2,4 c/h/ano após descontado as consultadas das ações programáticas									
(7) somando as urgências com a demanda tem-se uma oferta de 3.291, o que representa 1,01 c/h/a									
ANÁLISE ENFERMEIRA - Cobertura da produção									
PRODUÇÃO					PRODUÇÃO - SEMANA TÍPICA				
PROCEDIMENTO	IDEAL(12 m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL		Stípica	proc/semana	proc/ano (11m)	Cob Potencial
C.ENF.Gestante	71	243	100%	342%	pop. Alvo	procedimento não planejado na ST.			
C.ENF.Prev Ca colo	396	319	100%	81%	pop. Alvo (3)	8x4.4sx11m	8	387,2	97,78%
Coleta papanicolau	313	319		102%	(2)	8x4.4sx11m	8	387,2	123,71%
C.ENF.Criança	156	603	100%	387%	pop. Alvo (4)	5x4.4sx11m	5	242	155,13%
C.ENF.Hipertenso	1.382	1.063	80%	77%	pop. Alvo		(5)		
C.ENF.Diabéticos	247	10	65%	4%	pop. Alvo		(5)		
Demanda	242		C.ENF.AIDIP						
TOTAL	2755	2525	100%	92%		TOTAL		1210	43,92%
(2)	0,4944/mulher/ano					(5) procedimento que ocorre junto à At. Educ., não é especificado			
(3)	0,5CE/mulher/ano					parâmetro na ST			
(4)	cr-1ano e 1-2a								

Em relação ao profissional médico da Equipe A, a análise por procedimento identificou que apenas o procedimento consulta médica gestante apresenta uma cobertura de produção real superior à cobertura de produção ideal/normativa. O mesmo comportamento se observa em relação à cobertura de produção potencial, sendo que essa se apresenta altamente superior à ideal.

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica	
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	proc/ano (11m)	Cob Potencial
CM Gestante	88	220	100%	250%	484	550%

O grupo representativo dos procedimentos que apresentam uma cobertura de produção real inferior à cobertura de produção ideal é composto pelos procedimentos consulta médica para hipertensos, diabéticos e criança. Observando a cobertura de produção potencial de consulta médica para diabéticos, essa é superior às coberturas de produção real e a ideal. O mesmo não acontece em relação aos procedimentos consulta

médica para criança e hipertensos, em que as coberturas de produção potencial são inferiores, tanto em relação às coberturas de produção real como à ideal.

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica	
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	proc/ano (11m)	Cob Potencial
CM Hipertensão	1.382	873	80%	63% pop.alvo	387	28%
CM Criança	792	505	100%	64% pop.alvo	387	49%
CM Diabéticos	247	228	65%	92% pop.alvo	387	157%

Nessa equipe, o acordo de produção estabelecido entre os profissionais, médico e enfermeira, define que os procedimentos consulta médica para Preventivo de Ca Uterino e a Coleta de Papanicolau são de responsabilidade da enfermeira, enquanto a consulta para gestante é de responsabilidade do médico. Justificam tal acordo levando em consideração a satisfação das usuárias em preferir realizar os exames preventivos com a enfermeira.

Em relação à demanda espontânea, a cobertura de produção real é altamente superior às coberturas de produção ideal/normativa e potencial. A cobertura real chega ao parâmetro de 2,36 consultas/habitante/ano, enquanto a ideal seria de 0,51 consulta/habitante/ano e a potencial de 1,01 consulta/habitante/ano, para uma população de 3.234 habitantes. Na Semana Típica desse profissional, são disponibilizadas 12 consultas de demanda para o turno da manhã e 08 para o período da tarde.

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica	
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	Cob Potencial	
Demanda	1.651	7.661	0,51c/h/ano	2,36 c/h/ano	3.291	1,01 c/h/ano

Em relação aos percentuais totais de cobertura por produção, observamos que o profissional médico programa uma cobertura potencial em 106% superior aos 100% esperados da cobertura ideal/normativa; no entanto, a cobertura real chega a 205%, ultrapassando em 98% a cobertura potencial e em 105% a cobertura ideal/normativa. É

importante lembrar que essa análise trabalha com alguns procedimentos. Mas se trouxermos para a análise a relação entre a capacidade laboral profissional e a necessidade anual de procedimentos a serem realizados para as ações programáticas e demanda espontânea (Programação de Atividades para Unidade Básica da Equipe A – Anexo G), a situação é a seguinte: a capacidade laboral profissional é de 6.815 procedimentos e a necessidade é de 7.762 procedimentos (6.110 das ações programáticas e 1.651 da demanda). Relação que se estabelece por esse profissional destinar 88% da carga horária laboral semanal (40 horas) para a realização de procedimentos individuais que acontecem na UBS. A análise agora apresenta uma produção potencial inferior (4.937), mas uma produção real superior (9.487) em relação a uma necessidade esperada para a população adscrita (7.762).

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica	
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	proc/ano (11m)	Cob Potencial
Total de Procedimentos analiados	4.634	9.487	100%	205%	4.937	106%

Numa primeira aproximação com os resultados, podemos destacar a possibilidade de um reajuste na Semana Típica desse profissional, procurando equilibrar melhor a oferta de procedimentos em relação aos parâmetros ou então a redefinição desses.

Problemas de registro e de erros de digitação foram relatados, o que poderia ser uma das explicações para o quantitativo tão alto da demanda espontânea, o qual acumula tanto o procedimento específico quando outros não especificados, gerando este último perda da identificação do procedimento, além da baixa confiabilidade da informação.

Em relação à profissional enfermeira da Equipe A, o grupo de procedimentos representativo de uma cobertura de produção real superior à ideal é composto pela Coleta de Papanicolau e consulta de enfermagem para criança. Sendo que a Coleta de Papanicolau apresenta uma cobertura de produção potencial superior às outras duas coberturas. Já em relação à consulta de enfermagem para criança, a cobertura de produção potencial é superior à ideal e inferior à real.

O procedimento consulta de enfermagem Preventivo Ca Colo Uterino apresenta as coberturas de produção ideal e potencial inferiores à ideal/normativa.

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica	
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	Proc/ano (11m)	Cob Potencial
Coleta papanicolau	313	319	0,4944/mulher/ano	102% pop.alvo	387	124%
CM Criança	156	603	100%	387% pop.alvo	242	155%
C.Enf. Prev. Ca colo	396	319	100%	81% pop.alvo	387	98%

Problemas de registros e/ou digitação ou em relação à Semana Típica podem ser apontados pela presença de produção para alguns procedimentos que não são programados na Semana Típica e aparecem com registro de produção no sistema. É o caso das consultas de enfermagem para gestantes, hipertensos e diabéticos. A consulta de pré-natal compõe um dos acordos estabelecidos entre os profissionais da equipe, conforme relatado anteriormente. Mas será que a enfermeira realiza o procedimento vinculado a outro procedimento como, por exemplo, nos grupos educativos? Ou em alguma outra situação e não a registrada na Semana Típica?

Em relação à produção de consultas de enfermagem para hipertensos e diabéticos, a hipótese poderia ser: Será que nos grupos educativos de hipertensos e diabéticos a enfermeira realiza atendimento individual de enfermagem?

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica	
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	Proc/ano (11m)	Cob Potencial
C.Enf. Gestante	71	243	100%	342%	pop.alvo	procedimentos planejados na ST não
C.ENF.Hipertenso	1.382	1.063	80%	77%	pop.alvo	
C.ENF.Diabéticos	247	10	65%	4%	pop.alvo	

A enfermeira dedica 55% de sua carga horária laboral semanal (40 horas) para atividades realizadas dentro da UBS, o restante é destinado às atividades educativas na comunidade e ao trabalho de conselheira que exerce no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente.

Analisando os percentuais totais de cobertura, observamos que a profissional enfermeira programa uma cobertura potencial de apenas 44% em relação aos 100% esperados pela cobertura ideal/normativa. Enquanto em relação à cobertura de produção real, essa chega a 92% da ideal, índice alcançado pela presença de registro de produção no sistema, mas não programado na Semana Típica. No entanto, é importante relembrar que essa análise trabalha com alguns procedimentos. Mas, se trouxermos para a análise a relação entre a capacidade laboral profissional e a necessidade anual de procedimentos a serem realizados para as ações programáticas e demanda espontânea (Programação de Atividades para Unidade Básica da Equipe A – Anexo G), a situação é a seguinte: a capacidade laboral profissional é de 2.130 procedimentos e a necessidade é de 5.457 procedimentos (5.215 das ações programáticas e 242 da demanda). Relação que se estabelece por esse profissional destinar 55% da carga horária laboral semanal (40 horas) para a realização de procedimentos individuais que acontecem na UBS. A análise agora apresenta um desajuste quantitativo ainda maior em relação ao alcance das necessidades de procedimentos a serem realizados, pois a produção potencial é 1.210, a real é de 2.525 e a necessidade esperada para a população adscrita é de 5.457.

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica	
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	proc/ano (11m)	Cob Potencial
Total de Procedimentos analisados	2.755	2.525	100%	92%	1.210	44%

Em relação à demanda espontânea, a produção ideal/normativa identifica a necessidade de 255 procedimentos relacionados ao atendimento à criança, referente ao parâmetro normativo estabelecido pelo protocolo do AIDPI, no entanto, não foi possível identificar no sistema o registro dessa produção. Pelo que nos foi informado pelos técnicos da SSSDA/JF, esse protocolo do MS não é utilizado pelo município.

Analisando a cobertura de produção da Equipe A, observamos que o médico tem assegurada em sua Semana Típica uma disponibilidade potencial de alcance da cobertura ideal/normativa para os procedimentos analisados, sendo necessário um melhor reajuste da distribuição da produção pelos procedimentos. No entanto, é importante ressaltar, que para a realização dessa cobertura, utiliza 88% de sua carga horária laboral, restando apenas 12% para as demais atividades, como visitas domiciliares, atividades educativas, ações que, a priori, deveriam compor sua agenda de trabalho.

Em relação à Semana Típica da enfermeira, precisa ser melhor elaborada, identificando com mais precisão os quantitativos de produção, de modo a ficar melhor explicitada sua dinâmica de trabalho, principalmente em relação aos procedimentos que aparecem com produção e que não são explicitados na Semana Típica. Se considerarmos o percentual de cobertura de produção real alcançado de 92% da cobertura ideal, podemos apontar para a possibilidade de ajuste da cobertura potencial para mais próximo dos 100% esperados pela cobertura de produção ideal. No entanto, fica a dúvida se com carga horária disponibilizada para a realização das atividades na UBS (55%) a equação se chega.

A tabela a seguir apresenta a cobertura de produção dos profissionais da Equipe B:

EQUIPE B					População Adscrita 3.307 habitantes			
ANÁLISE MÉDICO - Cobertura da produção								
cobertura real= produção real / produção ideal (parâmetro'pop) ; cobertura potencial = produção potencial / produção ideal								
PRODUÇÃO					PRODUÇÃO - SEMANA TÍPICA			
PROCEDIMENTO	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	Stípica	proc/semana	proc/ano (11m)	Cob Potencial
CM gestante	92	458	100%	1455,4%	7x4.4sx11m	7	339	368%
CM Prev. Ca colo	366	88	100%	24,0%	pop. Alvo	6	132	36%
Coleta papanicolau	72	88	(2)	122,2%	6x2sx11m	6	132	183%
CM Hipertensão	1.059	3.010	80%	284,2%	pop. Alvo	8	563	53%
CM Diabéticos	255	148	65%	58,0%	pop. Alvo	3	211	83%
CM Criança	1.068	1.339	100%	125,4%	pop. Alvo	10	484	45%
CM Urgência Cl.Básica					30x4.4sx11m	30	1452	(5)
Demanda	2.357	6.099	0,71 c/h/ano(4)	1,84 c/h/ano	50x4.4sx11m	50	2420	(5)
TOTAL	5269	11230	100%	213,1%	TOTAL	120	5733,2	109%
(4) representa a sobre de 2,4 c/h/ano após descontado as consultas das ações programáticas					(5) somando as urgências e demanda temos um somatório de 3.872 o que representa 1,17 c/a/ano			
ANÁLISE ENFERMEIRA - Cobertura da produção								
PRODUÇÃO					PRODUÇÃO - SEMANA TÍPICA			
PROCEDIMENTO	IDEAL(12 m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	Stípica	proc/semana	proc/ano (11m)	Cob Potencial
C.ENF.Gestante	75	59	100%	78,7%	pop. Alvo	4	194	258%
C.ENF.Prev. Ca colo	366	108	(1)	29,5%	pop. Alvo	16	774	211%
Coleta papanicolau	289	108	(2)	37,4%	pop. Alvo	6	290	100%
C.ENF.Criança	326	152	100%	46,6%	pop. Alvo (3)	6	290	89%
C.ENF.Hipertenso	1.059	104	80%	9,8%	pop. Alvo	4	194	18%
C.ENF.Diabéticos	255	25	65%	9,8%	pop. Alvo	2	97	38%
Demanda	255		C.ENF.AIDIP					
TOTAL	2625	556	100%	21,2%	TOTAL	38	1838,8	70%
(1) 0,5 ex./mulher/ano								
(2) 0,4944/mulher/ano								
(3) cr-1ano e 1-2a								

Em relação ao profissional médico da Equipe B, o grupo de procedimentos com coberturas de produção real superior à ideal é composto pelos procedimentos consulta médica gestante, consulta médica hipertensos, consulta médica para criança e Coleta de Papanicolau. Em relação à cobertura potencial, essa é superior à ideal nos procedimentos consulta médica gestante e Coleta de Papanicolau. Os demais procedimentos apresentam cobertura de produção potencial inferior à cobertura ideal/normativa.

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica		
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	proc/ano (11m)	Cob Potencial	
CM gestante	92	458	100%	1455%	pop. Alvo	339	368%
CM Hipertensão	1.059	3.010	80%	284%	pop. Alvo	563	53%
CM criança	1.068	1.339	100%	125%	pop. Alvo	484	45%
Coleta papanicolau	72	88	0,4944/mulher/ano	122%		132	182%

Chamou atenção o elevado percentual de cobertura de produção potencial e real para a consulta médica gestante, presente nas duas equipes. Em discussão com um dos profissionais médicos, foi destacado, que em relação a esse procedimento, ele programa

uma cobertura potencial maior, por achar que a gestante precisa ter acompanhamento nos últimos meses de gestação (8º e 9º mês) e, se não for na UBS, esse cuidado não é assegurado pelos outros níveis do sistema. Mesmo assim, os percentuais de coberturas de produção potencial para esse procedimento são bem superiores aos realizados no caso do médico da Equipe A. Em relação ao médico da Equipe B, a cobertura de produção real é superior à potencial.

Já o grupo com coberturas de produção real inferior à ideal é composto pelos procedimentos consulta médica Preventivo Ca Uterino e consulta médica para diabéticos. Ambos os procedimentos apresentam cobertura potencial inferior à ideal.

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica		
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	proc/ano (11m)	Cob Potencial	
CM Prev Ca colo	366	88	100%	24%	pop.alvo	132	36%
CM diabéticos	255	148	65%	48%	pop.alvo	211	83%

A demanda espontânea apresenta, da mesma forma que na Equipe A, uma cobertura de produção real bastante superior à ideal e à potencial. Superação da cobertura de produção real (1,84 consultas/habitante/ano) tanto em relação à cobertura ideal (0,71 consulta/habitante/ano), como na cobertura potencial (1,17 consulta/habitante/ano). Mesma observação feita anteriormente deve ser aqui lembrada: foram computados no quantitativo do procedimento tanto o procedimento específico, como os não especificados, o que acaba por mascarar a informação, não em termos do realmente produzido, mas da produção que é de demanda espontânea e da que é representativa de outros procedimentos não identificados.

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica	
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	proc/ano (11m)	Cob Potencial
Demanda	2.357	6.099	0,71 c/h/ano	1,84 c/h/ano	3.872	1,17 c/h/ano

Diferente do observado na Equipe A, na Semana Típica do profissional médico da Equipe B não há oferta explícita de consulta médica para demanda espontânea para o turno da tarde. No entanto, foi relatado que existe essa demanda. Esse profissional disponibiliza 85% de sua carga horária semanal (40 horas) para os procedimentos individuais realizados na UBS, o restante é disponibilizado para atividades educativas e visitas domiciliares.

Em relação aos percentuais totais de cobertura por produção, observamos que o profissional médico programa uma cobertura de produção potencial (109%) superior aos 100% esperados pela cobertura de produção ideal/normativa em relação aos procedimentos analisados. No entanto, se observarmos a cobertura real, essa é em 113% superior à ideal e em 104% superior à potencial. O que nos remete à necessidade de um esforço de raciocínio programático para identificar os problemas e buscar soluções de modo a melhor equilibrar a relação entre as coberturas ideal/real/potencial e, conseqüentemente, tornar a Semana Típica o instrumento real da organização do cotidiano do trabalho.

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica	
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	proc/ano (11m)	Cob Potencial
Total de Procedimentos analisados	5.269	11.230	100%	213%	5.733	109%

É importante lembrar que essa análise trabalha com alguns procedimentos. Mas se trouxermos para a análise a relação entre a capacidade laboral profissional e a necessidade anual de procedimentos a serem realizados para as ações programáticas e demanda espontânea (Programação de Atividades para Unidade Básica da Equipe A – Anexo G), a situação é a seguinte: a capacidade laboral profissional é de 6.583 procedimentos e a necessidade é de 7.937 procedimentos (5.579 das ações

programáticas e 2.357 da demanda). Relação que se estabelece por esse profissional destinar 85% da carga horária laboral semanal (40 horas) para a realização de procedimentos individuais que acontecem na UBS. A análise agora apresenta uma produção potencial inferior (5.733), mas uma produção real superior (11.230 procedimentos) em relação a uma necessidade esperada para a população adscrita (7.937 procedimentos).

Em relação à profissional enfermeira da Equipe B, as coberturas de produção real são inferiores à cobertura ideal/normativa para todos os procedimentos. Já em relação às coberturas de produção potencial, para todos os procedimentos, os percentuais de cobertura são superiores ao real. Para os procedimentos consulta de enfermagem para gestantes, consulta de enfermagem para Preventivo Ca Colo Uterino e Coleta de Papanicolau, as coberturas de produção potencial se apresentam superiores à ideal e à real. E para os procedimentos consulta de enfermagem para hipertensos e diabéticos, a cobertura potencial é superior à real e inferior à ideal/normativa. O procedimento consulta de enfermagem criança apresenta uma cobertura potencial superior à real e inferior à ideal/normativa. O resultado da análise das três coberturas de produção em relação a este profissional ressalta a fragilidade, o descompasso em relação à análise as três coberturas de produção. Os quantitativos baixos de produção real levantam algumas inquietações que precisam ser melhor compreendidas.

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica		
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	proc/ano (11m)	Cob Potencial	
C. ENF. Gestante	75	59	100%	78,7%	pop.alvo	194	258%
C.ENF.Prev. Ca colo	366	108	0,5ex/mulher/ano	29,5%	pop.alvo	774	211%
Coleta papanicolau	289	108	0,4944/mulher/ano	37,4%	pop.alvo	290	100%
C.ENF. criança	326	152	100%	46,6%	pop.alvo	290	89%
C.ENF. Hipertensos	1.059	104	80%	9,8%	pop.alvo	194	18%
C.ENF. Diabéticos	255	25	65%	9,8%	pop.alvo	97	38%

Em relação ao procedimento de demanda espontânea a observação é a mesma realizada para a Equipe B em relação a esse profissional: o protocolo do AIDIPI/MS não é utilizado pelo município.

Em relação à carga horária laboral semanal (40 horas), a profissional destina 78% para a realização de procedimentos na UBS. O restante de horas/laboral é destinado a atividades educativas, reunião de equipe. Enquanto na Equipe A a enfermeira, pela manhã, é responsável pelo “acolhimento” e sala de espera, nessa equipe a enfermeira fica com a responsabilidade, junto com as auxiliares de enfermagem, de realização dos procedimentos de enfermagem demandados durante o turno da manhã.

Analisando os percentuais totais de cobertura, observamos que a profissional enfermeira programa uma cobertura de produção potencial de 70% em relação à ideal/normativa. No entanto, no real, a cobertura de produção atinge apenas 21% da cobertura de produção ideal/normativa. É importante lembrar que essa análise trabalha com alguns procedimentos. Mas se trouxermos para a análise a relação entre a capacidade laboral profissional e a necessidade anual de procedimentos a serem realizados para as ações programáticas e demanda espontânea (Programação de Atividades para Unidade Básica da Equipe A – Anexo G), a situação é a seguinte: a capacidade laboral profissional é de 3.020 procedimentos e a necessidade é de 4.961 procedimentos (4.705 das ações programáticas e 255 da demanda). Relação que se estabelece por esse profissional destinar 78% da carga horária laboral semanal (40 horas) para a realização de procedimentos individuais que acontecem na UBS. A análise agora apresenta uma produção potencial inferior (1.839 procedimentos), assim como uma produção real (556 procedimentos) em relação a uma necessidade esperada para a população adscrita (4.961 procedimentos).

PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO				Semana Típica	
	IDEAL(12m)	REAL(12m)	COB. IDEAL	COB.REAL	proc/ano (11m)	Cob Potencial
Total de Procedimentos analisados	2.625	556	100%	21%	1.839	70%

Analisando o conjunto da Equipe B em relação às coberturas de produção, há necessidade de ajuste na Semana Típica dos dois profissionais. A médica tem já programada em sua Semana Típica uma capacidade de cobertura um pouco acima da cobertura de produção ideal/normativa para os procedimentos estudados. Em relação à enfermeira, a necessidade de ajuste envolve um redimensionamento ainda maior, pois só tem assegurado o alcance de 70% da cobertura ideal/normativa. Para a realização desses redimensionamentos, é importante que a equipe se aproprie de um raciocínio programático mais bem fundamentado. Problemas de registro e de erros de digitação foram também levantados pelos profissionais, relatando inclusive que costumam conferir os relatórios digitados e sempre encontram erros.

Os acordos estabelecidos pela Equipe B em relação à realização dos procedimentos apresentam uma distribuição equânime entre os profissionais, variando de forma expressiva nos quantitativos.

Algumas considerações sobre a aplicação da proposta de programação proposta neste estudo são importantes de serem relatadas. Em primeiro, gostaríamos de destacar que a proposta de programação que buscamos construir visou atender a uma realidade específica do SUS, o contexto da estratégia de Saúde da Família especialmente, dos processos de trabalho do médico e do enfermeiro, levando em consideração necessidades de procedimentos individuais a serem realizados na UBS.

Partimos da premissa de que a capacidade de reestruturação proposta pela Saúde da Família é possível, desde que o contexto que molda e condiciona sua implantação e operacionalização, o qual é formado por sujeitos, se aproprie de conhecimentos,

instrumentos e raciocínios que possibilitem aos atores serem protagonistas dessa capacidade de reestruturação, em especial das duas (re)estruturações que estão sendo objeto deste estudo: do modelo assistencial do SUS e dos processos de trabalho e das práticas em saúde.

Sendo assim, a proposta partiu da premissa central da lógica de programação em saúde: buscar, a partir do cotidiano das equipes de Saúde da Família, construir uma proposta de programação que pudesse ser aplicada e discutida com os profissionais. Trouxemos para o momento da construção o máximo de participação dos profissionais.

É importante ressaltar que a análise foi orientada pelos achados numéricos, pelos relatos de alguns profissionais e pelas observações captadas nas várias idas ao campo de pesquisa. Logo, não temos a pretensão de estabelecer verdades, mas sim de dialogar com algumas reflexões.

Em relação ao comportamento dos três cenários de cobertura de produção: ideal, real e potencial, eixo ordenador do raciocínio programático, podemos inferir que esse se apresentou desordenado em relação aos procedimentos analisados nas duas equipes estudadas. Esse desordenamento a que estamos nos referindo nos parece ocultar a fragilidade que envolve o raciocínio programático das equipes. Os profissionais relataram que organizam suas semanas típicas, instrumento que orientou a cobertura potencial, pela necessidade que identificam de suas populações adscritas. No entanto, essa necessidade pareceu não ter relação com as outras coberturas de produção, ideal e real. O que nós leva a indagar que poderá estar havendo um desconhecimento ou não uso dos parâmetros estabelecidos pelo município e/ou pelo MS, nesse momento de elaboração da Semana Típica. Logo, podem não estar exercitando uma das premissas da programação, que é a redefinição ou ajuste dos parâmetros às realidades locais. O exercício de localizar os problemas e redimensionar a Semana Típica é uma prática de programação que poderá contribuir para a reorientação dos processos de trabalho, influenciando na dinâmica de como o modelo assistencial será operacionalizado.

A baixa qualidade e confiabilidade das informações aparecem como problemas identificados na análise e confirmados pelo relato dos profissionais. A problemática vem desde a base do registro, a unidade de saúde, e se mantém no armazenamento (digitação), refletindo na hora de utilização dos dados para alguma análise. Esse problema reflete a realidade do não uso das informações para o processo de decisão, o que acaba contribuindo para a negligência do sistema, por não serem aperfeiçoados e avaliados pelo uso. Os sistemas foram concebidos em uma determinada época em que aquela sistemática respondia aos interesses. Mas os processos mudam e as necessidades passam a ser outras e, por não serem utilizados como instrumentos do processo de decisão, não responderão às necessidades dinâmicas dos processos de planejamento e programação. Podemos exemplificar tal fato, com a experiência durante a coleta das informações para este estudo, quando nos deparamos com agrupamentos de procedimentos que são genéricos demais, dificultando a captação mais específica. Dificuldade que é potencializada por uma possível fragilidade na normatização dos registros, também oriunda do não uso.

O grande quantitativo de demanda espontânea foi observado na análise das duas equipes. Podemos inferir que essa situação está relacionada aos problemas de negligência de registro e de digitação que encontramos nos bancos de dados. A produção existe, mas não é devidamente qualificada, no entanto, não podemos desconsiderar, afinal foi realizada.

Sobre as grandes disparidades em relação às coberturas de produção da demanda espontânea, além de estarem relacionadas à fragilidade dos bancos de dados, os achados empíricos do estudo apontam para a lógica de organização da unidade – centrada na consulta médica e ordenadora de um dos turnos de funcionamento, o que contribui para os altos quantitativos. Acreditamos que uma melhor qualificação da demanda

espontânea através de iniciativas de normatização dos registros permitirá a real identificação das produções, contribuindo para o ajuste dessas coberturas de produção, ao descaracterizar procedimentos em defasagem.

Os atuais acordos entre os profissionais em relação ao leque de procedimentos a serem desenvolvidos expressam a autonomia e singularidade de seus processos de trabalho.

Uma análise mais fundamentada sobre o dimensionamento do processo de trabalho entre o médico e a enfermeira, conjugando o cálculo programático com o empírico do processo de trabalho, poderá contribuir para o aprimoramento de uma prática mais integral, ajustando as coberturas de produção para o alcance de procedimentos curativos, preventivos e de promoção, assim como a recomposição do quantitativo da demanda espontânea para melhor acomodação nas ações programáticas.

O que apresentamos foi uma experimentação da narrativa da aplicação de um raciocínio programático mostrando a possibilidade de apropriação pelos atores de uma lógica, que ao fazer um exercício de reflexão parece ser fundamental para a organização de um processo de trabalho direcionado para a integralidade e resolutividade da atenção à saúde, no âmbito da atenção básica. O exercício mostra o uso de instrumentos existentes, que se usados de forma inteligente e operativa contribuirão para a reestruturação do modelo assistencial e das práticas em saúde.

Portanto, o uso da lógica de programação tem potencialidade para melhorar a produção da integralidade, a resolutividade, a ordenação da demanda, o ajuste das populações adscritas, a operacionalização da adscrição direcionada para o fortalecimento do vínculo/responsabilização, o trabalho em equipe e a redefinição de parâmetros assistenciais.

A capacidade de reestruturação idealizada para a atenção básica, especialmente para a Saúde da Família poderá ser efetivamente alcançada, pois as mudanças estarão sendo realizadas no núcleo central da reestruturação, que são os processos, o como fazer.

Ao realizarmos esse exercício mostramos que é possível incorporar uma lógica de programação que não é normativa, ao resignificar a programação para a sua característica de orientar processos do cotidiano, antevendo problemas e buscando soluções, com vistas ao alcance de uma situação-objetivo conhecida.

Em todas as considerações aqui apontadas, é importante ressaltar a importância da confiabilidade da informação desde os registros, o armazenamento e análise. Assim como a importância do uso da informação como instrumento de gerenciamento dos processos de trabalho e da tomada de decisão, reduzindo a alienação dos profissionais nos processos de produção da saúde, potencializando a reestruturação do modelo assistencial, assim como a recomposição das práticas, conjugando a emancipação dos profissionais com ganhos reais na saúde da população.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há algumas décadas, os processos de reestruturação do modelo assistencial acompanham a realidade setorial brasileira. Influenciados pela trajetória político-ideológica do Estado, pela relação público - privado e pela construção do conhecimento científico sobre o processo saúde-doença, modelos diferenciados foram sendo implantados, delineando o modo explicativo e a forma resolutiva de atuar sobre a saúde e a doença. Tais circunstâncias resultaram em racionalidades que se tornavam hegemônicas durante algum tempo. Nesse processo, a realidade brasileira delineou um modelo assistencial que se consolidou como resultado de uma combinação complementar e, ao mesmo tempo, antagônica entre o modelo médico-assistencial (curativo-hospitalocêntrico) e privatista e o modelo assistencial sanitarista, ocasionando uma dicotomia entre a assistência e a prevenção.

Associada a esse modelo de prestação de serviço, a diretriz política de Estado reestruturou o direito à Saúde, tornando-o universal, ampliando o acesso a toda a população. No entanto, o aumento do acesso não foi disponibilizado de forma equânime em termos qualitativos e quantitativos em relação aos serviços de saúde.

Conseqüências são evidenciadas como resultantes desse contexto, as quais precisam ser trabalhadas desencadeando novas demandas de reestruturação do modelo assistencial ordenadas pela: ausência de integralidade das ações, inadequação dos serviços às necessidades da população, desigualdade no acesso, somadas à qualidade insatisfatória dos serviços. Esses fatores apontam não só a necessidade de nova reestruturação do modelo, mas sinalizam a direção dessa reestruturação.

À atual necessidade de reestruturação do modelo assistencial devem ser agregados propósitos como: a) acessibilidade, entendida sob os aspectos de garantia de acesso ao serviço e de atenção à saúde; b) impacto epidemiológico, com vistas ao

alcance da eficácia dos serviços de saúde, a qual se mede diante da capacidade dos mesmos em responderem às demandas oriundas das transições demográficas, e c) compreensão da multicausalidade do processo saúde-doença, incorporando visões interdisciplinares e a necessidade de ações articuladoras de natureza intersetorial. Enfim, um projeto amplo de atenção à saúde, o qual é permeado pela noção de saúde como um modo de viver bem, trazendo a preocupação de uma mudança paradigmática que permita a passagem do paradigma flexneriano, centrado no campo biológico e no conhecimento do corpo anátomo-fisiológico, para outro que envolve combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações.

A reestruturação do modelo assistencial que hoje se coloca visa à mudança no modelo de produção da saúde, ou seja, na estrutura nuclear do modelo que se traduz no como a saúde é produzida. A materialização de tal mudança é ordenada pelo processo de trabalho e pelas tecnologias que os trabalhadores usam. É essa reestruturação que a Atenção Básica, através da estratégia de Saúde da Família, se propõe implementar.

Logo, estamos falando de uma reestruturação que perpassa os processos de trabalho, que se concretiza no cotidiano dos sujeitos que operam a Saúde da Família, traduzindo-se em práticas, cujo modo de operacionalização leva em consideração duas dimensões: a do conhecimento cognitivo, oriundo de um saber formal desencadeado pela formação/qualificação profissional, reconhecido como saber técnico, e a subjetividade, inerente ao sujeito, ser humano, a qual reflete uma compreensão singular sobre o modelo de trabalho proposto, definindo um perfil de produção da assistência que é dado por quem o faz funcionar.

Sob tal pressuposto, o presente estudo buscou compreender e refletir sobre a estratégia de Saúde da Família e sua capacidade de reestruturação em relação ao modelo

assistencial e aos processos de trabalho e às práticas em saúde. Reestruturação que a princípio se coloca como imaginária, por ter sido pré-definida pelo MS. Dessa forma, a aproximação com a realidade dos profissionais buscou compreender a real perspectiva política de reestruturação vivenciada pelas equipes, tomando como eixo orientador de tal compreensão alguns pressupostos básicos apontados pelo MS como potencializadores da capacidade de reestruturação do PSF, e que pelos profissionais são operacionalizados no cotidiano de suas práticas. Assim sendo, buscamos apreender o entendimento teórico e a narrativa da prática dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família.

Desde logo, é importante ressaltar que os profissionais das equipes estudadas se identificam como agentes de mudança. E, sendo agentes desse processo de reestruturação, sofrem influência da estrutura social (PSF e seus princípios) e também a influenciam, enquanto sujeitos que nela operam. Expressam uma relação dinâmica entre eles, agentes, e a estrutura social, PSF, que orienta a conduta e, conseqüentemente, ordena uma rotina de operacionalização.

No primeiro movimento do estudo, apreensão do entendimento teórico e a narrativa da prática dos profissionais das equipes de Saúde da Família, foi possível mapear um cenário de implantação e um universo bastante significativo de necessidades que chamamos de “necessidades cognitivas”, aspectos que se interagem influenciando na capacidade ou não de reestruturação do PSF. O cenário de implantação conjuga elementos de patamares distintos que perpassam pela proposta oficial do PSF com suas intencionalidades, pela lida cotidiana da equipe com os usuários, com as famílias, com a coletividade, com gerentes de serviço e gestores do sistema. Já o universo de significados perpassa a prática real das equipes, a partir da leitura que fazem da proposta, o que possibilitou apreender que existe uma tensão constante entre o

entendimento teórico dos profissionais e suas narrativas da prática, apontando para dificuldades no cotidiano de implantação do PSF.

Podemos qualificar que há um certo tipo de necessidades das equipes a qual denominamos de “necessidades cognitivas” do cotidiano de operacionalização da Saúde da Família. Esse conjunto de necessidades de apreensão vai desde a compreensão teórica sobre o SUS e seu processo de implementação nos diferentes contextos conjunturais, até a conceitos básicos relacionados à Saúde da Família.

Em relação à capacidade de reestruturação do modelo assistencial do SUS, sob o olhar da percepção dos profissionais, foi possível apreender que o momento é de transição entre modelos assistenciais, iniciando um processo, ainda que tímido, de retirada da centralidade da atenção na abordagem curativa para uma abordagem que tende, ainda que fragmentada, a propiciar uma assistência integral, incorporando à oferta de ações curativas, ainda hegemônica, ações programáticas em construção.

Barreiras estruturais que se localizam no espaço da cultura institucional de organização dos serviços e, conseqüentemente, dos Sistemas Locais de Saúde, também dificultam a reestruturação sob a perspectiva do modelo assistencial. Identificadas por problemas que persistem na estrutura do sistema, com destaque para a fragilidade do mecanismo de referência e contra-referência, que deveria garantir a operacionalização do sistema em uma rede de serviços hierarquizada e regionalizada, resultando na quebra da longitudinalidade do cuidado, com conseqüentes rupturas dos frágeis protocolos de atenção. A diretriz de adscrição da clientela, pressuposto fundamental para a reestruturação do modelo assistencial, possibilitou a organização das áreas de atuação das equipes; no entanto, há necessidade de reconstrução de seus parâmetros quantitativos, a partir das realidades locais, possibilitando melhor articulação entre as necessidades das populações adscritas, a capacidade laboral dos profissionais e a

capacidade resolutiva real da UBS. Esses aspectos acabam por comprometer um dos propósitos da reestruturação a partir do PSF ao definir a atenção básica como porta de entrada do sistema de atenção à saúde, orientada por uma atenção integral que estabelece o vínculo entre usuário, profissional e serviço e que garante a longitudinalidade do cuidado, ao orientar o acesso aos níveis de atenção mais complexos de um sistema de conformação hierarquizada.

A capacidade de reestruturação dos processos de trabalho e das práticas em saúde aparece mais incipiente e menos visível, no contexto das equipes estudadas. A cultura organizacional dos serviços, a experiência acumulada dos profissionais em unidades organizadas de forma tradicional, associada a processos incipientes de educação permanente, dificultam a apreensão de novas práticas potencializadoras de um processo de trabalho que conjuguem o desenvolvimento compartilhado de projetos terapêuticos integrais, assim como o de mecanismos gerenciais ordenados sob o enfoque do planejamento estratégico-situacional.

Foi possível apreender que há uma correlação entre a compreensão teórica e a narrativa das práticas, definindo a ordenação das atividades desenvolvidas no cotidiano das equipes de Saúde da Família. Ou seja, a capacidade reflexiva dos agentes operada entre a consciência discursiva e a consciência prática, é que está mais profundamente envolvida na ordenação recursiva das práticas no cotidiano. Expressa um modo operante do PSF, que conseqüentemente influenciará na capacidade de reestruturação, tanto do modelo assistencial, como dos processos de trabalho e das práticas em saúde a partir da Saúde da Família. No entanto, por si só não são capazes de assegurar a plena reestruturação proposta. É preciso que se conjuguem esforços que estão em outros patamares da gestão do Sistema Local de Saúde.

Mesmo cientes da complexidade que envolve os processos de reestruturação de modelos assistenciais em saúde, partimos da premissa de que a capacidade de reestruturação proposta pelo Saúde da Família é possível, porque visa à mudança no modelo de produção da saúde, ou seja, como a saúde é produzida. Sendo assim, há de se intervir no contexto que molda e condiciona sua implantação e operacionalização, ou seja, nos sujeitos, os profissionais de saúde. É premente que os profissionais se apropriem de conhecimentos, instrumentos e raciocínios, possibilitando serem protagonistas dessa capacidade de reestruturação, em especial das duas que são objeto deste estudo: do modelo assistencial do SUS e dos processos de trabalho e das práticas em saúde.

Orientados por tal premissa, um segundo momento do estudo convergiu ao primeiro, ao ser evidenciada a ausência, nos processos de trabalho das equipes, de um raciocínio programático que as orientasse na organização da oferta de ações de saúde às suas populações adscritas, redirecionando o processo de trabalho para um cálculo, primeiramente ordenado pelas necessidades dos usuários, mas que conjuga as capacidades de trabalho potencial e real das equipes, vivenciando a verdadeira lógica da programação, que é ser um exercício de localizar os problemas e buscar solução com vistas ao alcance de uma situação-objetivo. A priorização ganha vida em termos de organização do trabalho da equipe, pois, ao programar, estão pensando em seus processos de trabalho. Dessa forma, as equipes passam a ser protagonistas dos cenários de programação/organização dos serviços e da produção do cuidado, ao se apropriarem de um raciocínio programático situacional, reduzindo a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção, contribuindo para o compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população.

A proposta partiu da premissa central da lógica de programação em saúde: buscar, a partir do cotidiano das equipes de Saúde da Família, construir uma proposta que pudesse ser aplicada e discutida com os profissionais. Ordenada pelas operações diagnóstica e normativa, a proposta trabalhou com a análise das coberturas de produção Ideal (normativa), Real (quantitativo de procedimentos realizados pelo profissional durante um determinado espaço de tempo, oficialmente informada) e Potencial (Semana Típica de produção planejada).

A aplicação da proposta de programação na realidade das duas equipes estudadas propiciou o exercício do raciocínio programático sob as ações a serem desenvolvidas na unidade básica de saúde para médico e enfermeiro. Permitiu a reflexão sobre as seguintes questões:

- a) análise do perfil populacional da população adscrita, contribuindo para a atualização constante da população cadastrada pelos ACS, informação básica para o processo de programação em saúde – definição da população alvo;
- b) análise da prevalência para as condições de gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e hansenianos;
- c) cálculo das necessidades de procedimentos para as ações programáticas, usando parâmetros de concentração e cobertura desejáveis;
- d) identificação da cesta de oferta de procedimentos que os profissionais realizam em seu cotidiano de trabalho, reavaliando a oferta sob o olhar da necessidade e saúde;

- e) identificação do quantitativo de procedimentos a serem realizados por categoria profissional, disponibilizando a distribuição por mês e por semana;
- f) análise da capacidade laboral profissional (carga horária) em relação à necessidade de procedimentos programáticos e de demanda espontânea por categoria profissional, possibilitando o ajuste entre capacidade laboral e necessidades de saúde;
- g) análise da Semana Típica identificando a dinâmica de trabalho individual e da equipe, assim como a dinâmica programada para os turnos de atendimento da UBS,.

A triangulação dos três cenários de produção, Ideal/Normativo, Real e Potencial, permitiu um raciocínio programático que possibilitou a identificação de alguns problemas os quais poderão orientar o redimensionamento dos processos de trabalho das equipes, contribuindo para a melhor eficácia do serviço. Podemos destacar:

- a) fragilidade na relação entre os três cenários de cobertura de produção: Ideal, Real e Potencial dos procedimentos analisados;
- b) processo de organização da Semana Típica orientado pela percepção primária das necessidades, não realizando o exercício programático de redefinição ou ajuste dos parâmetros às realidades locais;
- c) baixa qualidade e confiabilidade das informações, reflexo da realidade do não uso das informações para o processo de decisão, o que acaba contribuindo para a negligência do sistema, por não serem aperfeiçoados e

avaliados pelo uso, com conseqüente comprometimento do cálculo programático.

Tornar a programação local coerente com as possibilidades das equipes, estimulando a auto-gestão e auto-avaliação de seus processos de trabalho, permite às equipes: a) redefinição de parâmetros assistenciais balizados por evidências científicas e pelo cotidiano das práticas; b) monitoração contínua da Semana Típica de trabalho; c) avaliação dos resultados alcançados e reprogramação de seus planos; e d) instrumentalização dos processos de gerenciamento e negociação junto à gestão do sistema e às instâncias de participação da comunidade.

Para os gestores, contribui nos processos de supervisão e interação com as equipes de Saúde da Família, possibilitando que os mesmos antevejam possibilidades e limites da estrutura de serviços de que dispõem, induzindo a um ajuste adequado da oferta às necessidades das populações sob sua responsabilidade.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO C.S.; BRAGA NETO F.C.; SÁ M.C. Indivíduos e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.235-247, 2002.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7 n.3, p. 20-31, 2002.

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília:1996, 37p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: 1998, 36p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília:1999, 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O programa saúde da família e a atenção básica**. Brasília: 2002, 11p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série A. **Normas e manuais técnicos**. Brasília: 2006, 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: 2006, 60 p.

CAMPOS, E.M.S. **A estratégia de desenvolvimento de recursos humanos para o PSF: a experiência do Pólo de Capacitação da Universidade Federal de Juiz de Fora**. 2002. 218 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy.E.E, Onocko,R.T. (org). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.229-266.

CAMPOS,G.W.S.; CHAKOUR,M. & SANTOS, R. Sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, p.141-144, 1997.

CAMPOS, G.W.S. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 356p.

CAMPOS, R.O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000a., 16(3): 723-731.

CAMPOS, R.O. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (4), 2000b., p. 1021-1030.

ELIAS, P.E. Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6 n. 2 p. 10-23., 2002.

FEKETE, M.C. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. In: SANTANA, J.P. (org.) **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. 300 p.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde**. 1999. 151p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1999.

FRANCO, T.B. **Processo de trabalho e transição tecnológica na saúde**. 2003. 265p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

FRANCO, T.B.; MERHY,E.E. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E.; JÚNIOR,H.M.M.; RIMOLI,J.; FRANCO,T.B.; BUENO,W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 55-124.

GALLO,E. Razão, poder e política. Para repensar o planejamento. In: GALLO,E. **Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde** (E.Gallo, J. Rivera & M. E. Machado, org.) Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992, p.11-40.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da união européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5), p.951-953, 2006.

GONÇALVES,R.M.B.**Tecnologia e organização social do trabalho médico**. São Paulo: Hucitec,1994, 257p.

GIDDENS, A. **A Constituição da sociedade** (tradução de Álvaro Cabral), São Paulo: Martins Fontes, 1989, 465p.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa I** - Racionalidad de la acción y racionalización social. Madri: Taurus, 1987, p. 123-167.

JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Juiz de Fora, 1997, 100 p.

JUIZ DE FORA. Diretoria de Saúde. Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. **Plano Municipal de Saúde**. Juiz de Fora, 2002, 290 p.

JUIZ DE FORA, Superintendência de Assistência à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Juiz de Fora (SMS/JF), 1996, 23 p.

JUIZ DE FORA. Serviço de Saúde da Família, SUS/JF, outubro 1996, 12 p.

LEVCOVITZ, E.; LIMA L.D; MACHADO, C.V.. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas, **Ciência & Saúde Coletiva** 6(2) 2001. p.269-291.

LEVCOVITZ, E. **Transição X Consolidação:** o dilema estratégico na construção do sus um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996. 1997. 302 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos saúde da família**. Brasília, v.1,n.1.p.3-9, jan-jun., 1996.

MASCARENHAS, M.T.M. **Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no município de Niterói/RJ:** estudos de caso em unidade básica de saúde e módulo do programa médico de família. 2003. 265 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS, R.A. O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p.77-108, 2002.

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: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. 180 p.

MATTOS, R.A. **Pensando um pouco sobre planejamento**. (Mimeo), 2000, 7p.

MATTOS, R.A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro In: PARKER, R.; GALVÃO,J.; BESSA, M.S. (org.) **Saúde, desenvolvimento e política:** respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, São Paulo: ABIA Ed. 1999, p. 29-87.

MATTOS, R.A. O Processo de construção do método CENDES/OPS Rio de Janeiro: **Série Estudos em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, n 46, p.40.1993.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Série IPEA 143v.2 ,591 p. 1993.

MATUS, C. Teoria da ação e Teoria do Planejamento. In: MATUS,C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Série IPEA, p.81-98, 1996 a.

MATUS, C. **Política y plano**. Ediciones Iveplan Cordiplan. Venezuela, 1987.

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

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999, 215p.

MENDES, E.V. O Processo de Construção do Sistema Único de Saúde: Reflexões sobre uma Agenda Mínima para a Reforma Sanitária. In: MENDES, E.V.; SÓRIO, R.E.R. (org.) **Planejando a saúde no município**: uma proposta metodológica para a capacitação. Rio de Janeiro: IBAM/ENSUR/Núcleo de Saúde, 1995. p.49-65.

MENDES, E.V.; TEIXEIRA, C.F.; ARAÚJO, E.C. et al. Distritos Sanitários: Conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994 p.159-185.

MERHY, E.E., Novos modos de fabricar os modelos de atenção, In: MERHY, E.E.; JÚNIOR, H.M.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec: 2003, p.15-34.

MERHY, E.E. **A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir**: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas. (Mineo), 1998 17p.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo. In: **Agir em saúde** (E. Merhy & R. Onocko, org.) São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, E.E., Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: MERHY, E.E.. **Razão e Planejamento** (E. Gallo, org.) São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995, p. 117-148.

MERHY, E.E.. Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 53-60.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. **Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde**: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: 1992, v.1. 12-23 p.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1994. 278 p.

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244p.

MINAYO, M.C.S; **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo –Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO. 1993. 269 p.

NEMES, M.I.B; Prática Programática em Saúde. In: SCRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996, p. 48-65.

OLIVEIRA, L.H. **Cidadãos peregrinos:** os usuários do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorro e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial: uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora. 2004. 216p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. rio de Janeiro, 2004.

Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde - **Atenção Primária de Saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros.** 44º Conselho Diretor, 55ª Sessão do Comitê Regional, setembro 2003, 15p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. **Publicaciones científicas** 111. Washington: OPS/CENDES, 1965.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. . **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, 2003a. p.557-567.

PAIM, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. **Epidemiologia e saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-487.

PAIM, J.S, NUNES.T.C.M. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v.8 no. 3, p.262-9, 1992.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 234-250.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde. In: PINHEIRO,R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ,IMS, ABRASCO,2001.p.65-112.

RIVERA, F.J.U. O planejamento situacional: Uma análise reconstrutiva. In: RIVERA, F.J.U. **Planejamento Criativo: novos desafios em políticas de saúde** (E.Gallo, J. Rivera & M. E. Machado, org.) Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992, p.41-92.

RIVERA, F.J.U. A programação local de saúde, os distrito sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. In: **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v.5 (1): 60-81, 1989.

SALA, A., NEMES, M.A.B.; COHEN, D.D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 14(4): 741-751, 1996.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998, 143 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726 p.

SÁ, M.C. O mal-estar nas organizações e saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, v.4 p.255-258.

TESTA, M. **Pensando a Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

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

VILASBÔAS, A.L.Q. **Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. 2006. 129 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.

WEBER, M. Conceitos sociológicos fundamentais. In: WEBER, M. **Economia e sociedade**. Brasília: Ed. UNB. 1994. p.3-35.

Anexo A

Roteiro para entrevista com os profissionais das equipes de saúde da família

1) Dimensões de Reestruturação do PSF:

Segundo Giddens (1984), o processo de interação dos atores sociais com uma estrutura social, acontece *a priori*, a partir de um entendimento teórico pelos agentes, o qual ocasionará o estabelecimento de regras de conduta, as quais definirão um leque de ações, de caráter intencional, que possibilitarão a operacionalização da estrutura. Nesse sentido, um primeiro movimento de aproximação ao objeto de estudo é identificar qual o entendimento teórico que os profissionais das ESF têm sobre algumas diretrizes operacionais do PSF, assim como o entendimento sobre alguns pressupostos de reestruturação da Atenção Básica, através do PSF definidos pelos MS. É a partir deste entendimento que o cotidiano do trabalho é operacionalizado com vistas a alcançar as metas pré-estabelecidas pelo programa/projeto.

1.1) Reestruturação do Modelo Assistencial do Sus a Partir da AB/PSF:

Para apreensão desta dimensão de reestruturação optamos em utilizar pressupostos que são apontados pelo MS como potencializadores dessa capacidade de reestruturação no âmbito do PSF.

a) Adscrição da População:

A adscrição da população foi tomada como uma das diretrizes do PSF com o propósito de que a relação equipe/usuário possa ser estruturada a partir do estabelecimento do vínculo, da responsabilização da equipe com a população e vice-versa. Em relação à equipe, para que tal intencionalidade ocorra caberá a equipe se apropriar do reconhecimento desta população adscrita através de procedimentos por ela identificados como facilitadores/estimuladores desta apropriação.

Algumas perguntas podem ser tomadas, nesse momento, como orientadoras de qual apreensão:

- 1- Como os profissionais das ESF compreendem o significado de modelo assistencial no SUS?
- 2- Como os profissionais das ESF concebem/compreendem a mudança do modelo assistencial a partir do PSF?
- 3- Como os profissionais das ESF vêem/compreendem a adscrição da população no PSF?
- 4- Que dispositivos os profissionais das ESF utilizam para definição de sua população adscrita?
- 5- Como os profissionais das ESF percebem as conseqüências/contribuições da adscrição da população no cotidiano de seu trabalho?
- 6- Qual entendimento a ESF tem sobre porta de entrada do sistema de saúde?
- 7- Qual o significado de ter “porta de entrada” nas práticas das ESF?
- 8- Na sua opinião, a população adscrita é compatível com a capacidade laboral da ESF?

b) Aumento da resolutividade no nível da Atenção Básica:

Num primeiro momento, questões gerais poderão possibilitar a compreensão sobre resolutividade nesse nível de atenção. É importante que neste momento da entrevista, o entrevistador problematize o jogo do ideal/real com o objetivo de enriquecer a compreensão do sujeito (entrevistado). Para tanto, utilizaremos as seguintes questões orientadoras:

- 9- Qual o entendimento que os profissionais das ESF têm sobre a resolutividade numa UBS/PSF?
- 10- Qual o entendimento que os usuários têm sobre resolutividade numa UBS/PSF?
- 11- A demanda que chega a UBS/PSF é orientada por qual (is) iniciativa(s)?

Partindo do entendimento de que a demanda apresenta diferentes formas de caracterizações, elencamos a seguir algumas possibilidades de estruturação tomando como referência:

b.1) Demanda que chega a UBS:

a. Atendida e resolvida nesse nível. Nessa situação, conhecer:

Por parte dos profissionais:

- i. O que os profissionais entendem por demanda atendida e resolvida?
- ii. Que demandas os profissionais identificam como atendidas e resolvidas?
- iii. Qual o perfil deste grupo que é identificado pelos profissionais?

b. Atendida e encaminhada. Nessa situação, conhecer:

Por parte dos profissionais:

- i. Qual o entendimento sobre referência e contra-referência numa rede de serviços de saúde?
- ii. Em que situações o profissional decide encaminhar?
- iii. Qual o critério utilizado pelo profissional para encaminhar?
- iv. Qual é o perfil do encaminhamento?

c. Não é atendida:

Por parte dos profissionais:

- i. Em que situações os profissionais decidem não atender?
- ii. O que acontece com o usuário: fica s/atendimento, procura outro serviço, volta no dia seguinte?

b.2) Demanda que não chega a UBS:

Por parte dos profissionais:

- i. A ESF conhece as razões da demanda que não chega a UBS?
- ii. A ESF se responsabiliza pela demanda que não chega?
- iii. Há alguma ação definida por parte da ESF para dar conta da demanda que não chega à UBS/PSF?

1.2) Reestruturação dos processos de trabalho e das práticas em saúde:

Num primeiro momento, questões gerais poderão possibilitar a compreensão sobre reestruturação das práticas e dos processos de trabalho no PSF, para tanto utilizaremos as seguintes questões orientadoras:

a) Planejamento das ações com base no reconhecimento das necessidades

- 12- Que entendimento os profissionais das ESF tem sobre necessidade de saúde?
- 13- Que dispositivos os profissionais das ESF realizam para reconhecer as necessidades de sua população adscrita?
- 14- Qual o entendimento que os profissionais das ESF têm sobre o processo de planejamento das ações?

15- Como é o processo de definição das ações a serem ofertadas para a população adscrita?

16- As ações desenvolvidas pelos profissionais respondem às demandas da população adscrita?

b) Integralidade da atenção:

17- Que entendimento os profissionais da ESF tem sobre integralidade?

18- Em que pressupostos a integralidade é construída no cotidiano do trabalho os profissionais das ESF?

19- Como os profissionais entendem a integração da rede de serviços com vista ao alcance da atenção longitudinal?

20- Como os profissionais das ESF compreendem o mecanismo da referência e contra-referência como estratégia de garantia da continuidade da atenção/cuidado?

21- Como os profissionais das ESF modulam a articulação entre as ações assistenciais e as de promoção à saúde?

22- Como os profissionais das ESF propõem estabelecer o vínculo com a população adscrita?

23- Como os profissionais das ESF compreendem a intersetorialidade na saúde?

24- De que forma a intersetorialidade pode qualificar o cuidado integral?

25- Como os profissionais das ESF compreendem a noção de atenção e de cuidado? Há alguma diferença ou não?

c) Trabalho em Equipe:

26- Qual o entendimento dos profissionais das ESF sobre trabalho em equipe?

27- Como o trabalho em equipe é apresentado no cotidiano dos profissionais das ESF? Buscar as peculiaridades do trabalho em equipe. Como foi vivenciada a ruptura entre os 2 momentos de reorientação da AB (antes e pós PSF)

28- Como as decisões, os acordos são estabelecidos entre os profissionais das ESF? Abrir a discussão para as atribuições/funções de cada profissional da ESF.

29- De que forma ou não a identificação da relação de vinculo/responsabilização entre a ESF se expressa por parte do usuário?

Anexo B**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O presente Termo tem a intenção de convidar..... a participar por livre e espontânea vontade da pesquisa de doutorado provisoriamente intitulada “*Seria mesmo o PSF uma estratégia de reestruturação do modelo assistencial do SUS?: contribuições a partir da realidade do município de Juiz de Fora*”, que vem sendo desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Para o desenvolvimento do referido estudo, optamos como campo de pesquisa as Unidades Básicas de Saúde, deste município, onde o PSF está implantado, cuja liberação nos foi concedida através de Termo de Compromisso da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.

O presente estudo tem o objetivo de analisar as potencialidades e limites do PSF como estratégia de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS, tomando o cotidiano dos sujeitos envolvidos na operacionalização do PSF como lócus da pesquisa, por entender que é nesse contexto que o PSF se estrutura na prática. Essa perspectiva avaliativa traz benefícios, no campo das políticas públicas por ser útil como ferramenta do planejamento e da gestão e para os sujeitos envolvidos, por desencadear uma reflexão a partir do cotidiano das práticas, propiciando a revelação do rumo das principais inovações no processo de implementação de programa/projeto social.

Os métodos de pesquisa utilizados serão: a entrevista e a observação participante, os quais asseguram aos sujeitos da pesquisa a liberdade de expressão e a integralidade do cotidiano. É importante esclarecer que o anonimato das informações fornecidas durante as entrevistas individuais tem a garantia de total sigilo. O acesso a essas informações será restrito a equipe de pesquisadores do projeto (pesquisador e orientador). Quanto às discussões em grupo, não há como controlar o que seus colegas podem fazer com as informações e/ou opiniões. Entretanto, todas as pessoas que aceitarem participar, se comprometem a não divulgar nomes. Assim, quando você assinar este termo, você concorda também em não divulgar informações que possam comprometer os demais participantes do grupo.

É importante esclarecer que será garantido o sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos e o anonimato das informações colhidas, assim como as normas estabelecidas na resolução Nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados serão arquivados sob a responsabilidade da autora e só serão utilizados para fins científicos. Os resultados das informações serão divulgados para fins de obtenção do grau de doutor e em eventos científicos através da apresentação do estudo em Seminários, Congressos e Encontros da área de Saúde Coletiva.

Fui também devidamente esclarecida que nessa pesquisa não haverá ressarcimentos financeiros aos envolvidos, pois a mesma não gerará ônus nem bônus e que os envolvidos não correrão riscos e nem danos físicos pela livre participação, podendo desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisa de campo será toda acompanhada pela autora da pesquisa Estela Márcia Saraiva Campos, dessa forma, se em algum momento intercorrências vierem a acontecer os sujeitos envolvidos deverão a ela se dirigir através do e-mail: estela.marcia.campos@terra.com.br e telefone: (32) 9198-2502 ou Programa de

Pós-graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social – UERJ/RJ telefone (21) 2587-7303.

Após a leitura deste documento e tendo concordando com a realização do estudo, declaro ter recebido uma cópia do mesmo.

Pesquisadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Ass. _____ do participante: _____ Ass. _____ da
pesquisadora: _____
Local: _____ Data: _____ de _____ 2006.

Em caso de necessidade contatar a Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, - Maracanã – Rio de Janeiro, RJ e-mail: [ética@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 2569-3490.

Anexo C
Atividades em desenvolvimento, documento Serviço de Saúde da Família –
SUS/JF, outubro/1996

As atividades desenvolvidas por estas equipes têm como objetivo a assistência primária à saúde a uma população adscrita numa área previamente territorializada.

São realizadas ações de promoção e proteção à saúde, identificação e prevenção dos fatores de risco de adoecer e tratamento precoce das doenças, dos indivíduos e das famílias de uma comunidade. É dispensada atenção integral e contínua a todos os membros de cada família, independente de faixa etária, sexo e estado de saúde.

As equipes atuam em parceria com os Conselhos Locais de Saúde, considerando que a população deva ser co-participante no processo de planejamento, execução, avaliação e controle das ações a serem efetivadas.

Concernentes a esses objetivos, são estratégias de intervenção da equipe:

I. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

I.1. Processo de territorialização:

- delimitação da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde em questão para adscrição da clientela.

1.2. Análise dos dados disponíveis

- dados do IBGE, Cesama, Telemig, etc.

1.3. Cadastramento dos domicílios adscritos

- está sendo realizado em parceria com a UFJF com o apoio de acadêmicos de medicina do 4º e 5º período (fase de tabulação dos dados obtidos).

1.4. Definição de áreas de maior risco de adoecer

- atuação da equipe junto com o Conselho Local de Saúde definindo e priorizando as ações nas áreas de maior risco de doenças.

2. ATENDIMENTO DIÁRIO À DEMANDA ESPONTÂNEA:

2.1. Consultas médicas:

- os médicos de família atendem em consultas médicas previamente agendadas ou de urgência, toda a população, independentemente do sexo e idade. A resolatividade dessas consultas é de aproximadamente 90%. Os casos que necessitam atendimento especializado são referidos ao especialista através da central de marcação de consultas que, após o diagnóstico e definição terapêutica, retornam esses pacientes ao médico de família para controle. Quando necessário os pacientes são periodicamente referidos ao especialista para novas orientações. O intercâmbio médico de família / especialista é realizado através do preenchimento de uma ficha de referência / contra referência. Os casos de urgência / emergência são internados utilizando-se o Sistema de Resgate.

2.2. Consultas de enfermagem:

- são realizadas consultas de enfermagem (puericultura, pré-natal, exames preventivos, etc.) com prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e rotina aprovada pelas instituições de saúde do SUS-JF.

2.3. Atendimento individual pela assistente social:

- são realizadas entrevistas e orientações pelas assistentes sociais na busca e resolução dos fatores sociais e ambientais que sejam agravos para saúde.

3. ATENDIMENTOS GERAIS

- agendamento das consultas das UBS's
- marcação de consultas para especialidades através da central de marcação de consultas
- dispensação de medicação
- coleta de exames laboratoriais (fezes, urina, sangue) - realização de ECG
- curativos
- nebulizações
- injeções
- medida da pressão arterial e da temperatura
- nebulizações
- vacinação
- preparo e esterilização de materiais

4. ATENDIMENTO À DEMANDA ORGANIZADA:

4.1. Atenção materno-infantil:

4.1.1. Puericultura (controle mensal):

- objetivo é detecção precoce dos agravos à saúde das crianças, através do controle de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças de 0 a 24 meses.
- vacinação básica (prevenção das doenças infantis).

- orientação individual e coletiva às mães quanto ao crescimento e desenvolvimento dos filhos, prevenção da desnutrição e cuidados higieno-dietéticos.

4.1.2. Grupo de desnutridos (controle mensal):

- o objetivo é a recuperação do peso dessas crianças de forma que possam retornar ao crescimento e desenvolvimento normal, prevenindo os riscos de agravo à saúde.
- todas crianças passam por consultas médica mensais.
- todas as mães passam por orientação individual e coletiva quanto aos cuidados com seus filhos.
- é distribuída uma cota mensal de leite e óleo às crianças e seus irmãos menores de 5 anos de idade.

4.1.3. Gestantes:

- atendimento pré-natal em gestantes hígidas (baixo risco).
- orientação às gestantes sobre a gravidez, parto e puerpério.
- orientação sobre aleitamento materno e cuidados com o bebê.
- prevenção de DST e AIDS

4.1.4. Mulheres em geral:

- prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama através de exames colpocitológicos e de mama, de acordo com as normas do Ministério de Saúde e do Instituto da Mulher do SUS/JF.
- orientação sobre direitos reprodutivos com fornecimento de insumos contraceptivos de acordo com a escolha da mulher ou do casal.
- prevenção de DST e AIDS
- orientação à mulher no climatério.

4.2. Programa de controle de hipertensão, diabetes e obesidade

- objetivo: controle dessas doenças de forma a prevenir e/ou retardar as complicações delas decorrentes.
- todos os pacientes passam por controles médicos periódicos com prescrição da medicação quando necessária.
- orientação quanto à mudança de hábitos nocivos à saúde e estímulo a aquisição de hábitos saudáveis de vida.

5. ATENDIMENTO DOMICILIAR

5.1 Consultas médicas

- a acamados e idosos portadores de doenças crônicas.

5.2. Consulta ao recém-nato

- realizada prioritariamente na primeira semana de vida do recém-nato.
- objetivos:
 - ingresso precoce da criança no controle de puericultura
 - observação e controle do risco social
 - incentivo ao aleitamento materno
 - apoio e orientação à mãe

5.3. Famílias de risco social

- observação do ambiente social dessa família com vistas à trabalho educativo e análise da necessidade intervenção de outros órgãos públicos (Cesama, defesa civil, etc.)

5.4. Atendimento de enfermagem

- curativos, coleta de exames laboratoriais, medida da PA em pacientes acamados e idosos portadores de doenças crônicas.

5.5. Busca ativa dos usuários com risco de adoecer

6. AÇÕES EDUCATIVAS

6.1 Sala de espera

- trabalho educativo realizado por qualquer membro da equipe com os usuários que aguardam atendimento
- são passadas informações a respeito das atividades realizadas nas unidades
- feita a captação da clientela para a demanda programada
- abordagem de temas de promoção de saúde

6.2. Educação em saúde das demandas organizadas

- vide item 4

6.3. Ações educativas em parceria com as creches e escolas do bairro

- 6.3.1 - Trabalho com os adolescentes (sexualidade, DST e gravidez na adolescência)
- 6.3.2 - Campanha de vacinação nas creches e escolas
- 6.3.3 - Abordagem das crianças com dificuldade de aprendizagem
- 6.3.4 - Educação sanitária (destino do lixo, prevenção e tratamento das parasitoses)

- algumas dessas ações já se encontram em pleno desenvolvimento por algumas equipes, outras acham-se em fase de implantação.

6.4. Ações educativas junto à comunidade

6.4.1 - Reunião de vizinhança.

- trabalho educativo abordando temas escolhidos pela comunidade, realizado nas vizinhanças de uma casa previamente escolhida pelo grupo (ex. horta caseira, alimentação alternativa).
- vem sendo realizado por algumas equipes e acha-se em fase de implantação nas demais.

7. TRABALHO CONJUNTO COM OS MOVIMENTOS SOCIAIS

- 7.1. Trabalho conjunto com a Pastoral da Criança
- 7.2. Trabalho conjunto com o Projeto Curumim
- 7.3. Trabalho conjunto com os movimentos sociais das Comunidades Religiosas

8. TRABALHO JUNTO AO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

- 8.1. Reuniões mensais ordinárias com os Conselhos Locais de Saúde
- 8.2. 1º Encontro de Sensibilização de Conselheiros Locais de Saúde da Região Leste
- 8.3. Projeto de Capacitação de Conselheiros de Saúde da Região Leste (em curso)
 - realizado em parceria com a UFJF (Faculdade de Serviço Social e Comunicação), Serviço de Educação Popular, Secretaria Executiva do CMS/JF)

9. DOCUMENTOS EM ANEXO

- Anexo 1 : - Especialização em Saúde da Família
- Anexo 2 : - Programa de Saúde da Família - Ministério da Saúde
- Anexo 3 : - Proposta de regulamentação do Serviço de Saúde da Família
- Anexo 4 : - Carta do Presidente do Conselho Local de Saúde de Barreira do Triunfo

Anexo D
Regionalização da Rede assistencial da Atenção Básica – Juiz de Fora – 2005

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUÍZ DE FORA - 2005										
Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional	
Região Administrativa Norte	Fábrica									
	Esplanada	1	8	R Bias Fortes, 74	3690-7741			6684		
	São Dimas									
	Monte Castelo	1	29	R Osvaldo Mascarenhas, S/N	3690-7858	3	Monte Castelo Carlos Chagas Jardim Cachoeira	2978 2823 2594		
	Carlos Chagas									
	Jardim Cachoeira									
	Cerâmica									
	São João									
	Industrial	1	8	R João Gualberto, 110	3690-7800				6030	
	Francisco Bernardino									
	Jardim Natal	1	19	R Tenente Lucas Drumont, 370	3690-7801	2	Jardim Natal Francisco Bernardino	3538 3800		
	Milho Branco	1	29	R Nicolau Schuery, S/N	3690-7905	3	Milho Branco Amazônia Alto Milho Branco	2555 2628 2684		
	Alto Milho Branco Amazônia									
	Jóquei Clube I	1	21	R Antônio Armando Pereira, 140	3690-7903	2	Vila Bojani Barbosa Lage	3354 4072		
	Barbosa Lage									
	Santa Maria									
	Santa Amélia									
	Parque das Torres									
	Dom Pedro I / Jóquei Club II	1	32	R Antônio Guimarães Peralva, 130	3690-7904	3	Parque das Torres Santa Amélia Cidade do Sol	2968 3526 2889		
	Jóquei Clube III									
	Cidade do Sol									
	Remonta									
	Represa e Adjacências									
	Nova Era								7449	
	Nova Era I									
	Nova Era II									
	Jardim Santa Isabel									
	Jardim dos Afineiros									
	Santa Lúcia									
	São Judas Tadeu	1	19	R Ernesto Pancini, 445	3690-7909	2	Alto São Judas Tadeu São Francisco de Paula	2697 3183		
	Loteamento São Francisco de Paula									
	Santa Cruz	1	40	R Antônio Mourão Guimarães, 245	3690-7908	4	Vila Mello Reis Vila Paraíso Simeão de Faria Santa Cruz	2423 2464 2965 2470		
Loteamento Santa Clara										
Loteamento São Damião II										
Loteamento São Damião I										
Vila Paraíso										
Vila Mello Reis										
Vila Esperança I	1	27	R. Nova, S/N	3690-7896	3	Vila Esperança I Vila Esperança II Nova Benfica	2908 2628 2582			
Vila Esperança II										
Nova Benfica										
Benfica								10407	Norte	
Bairro Araújo										
Ponte Preta										
Barreira do Triunfo	1	11	R Antônio Pereira de Souza, S/N	3690-7999	1	Aldeia		3526		
* Hospital Militar - Fábrica										

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados. Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o PSF.

**REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL
JUIZ DE FORA - 2005**

	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional	
Região Administrativa Leste	3	Botanagas/Cesário Alvim							2846		
		Santos Anjos							4606		
		Vitorino Braga									
		Bom Jardim									
		Linhares	1	45	R Odilon Braga S/N	3690-7747	5	Linhares Bom Jardim Poões Bom Jardim II Yung	2711 2519 2695 2657 2734		
		Poões									
		Fazenda Yung									
		Jardim do Sol								1929	
		São Bernardo									
		São Sebastião	1	10	R Prof. Joaquim Queiroz, 25	3690-7760	2	São Bernardo Santa Cândida	4254 4150		
		Santa Cândida									
		São Benedito	1	28	R José Zacarias dos Santos, 57	3690-7757	3	ABC Vila Alpina Bonsucesso	3189 3371 2883		
		Vila Alpina									
	Manoel Honório								7489		
	Ladeira										
	Bairô								5154		
	Santa Rita	1	20	R José Vicente, 390	3690-7132	2	Santa Rita I Santa Rita II	2659 2499			
	Marumbi / V.R. Abreu	1	28	R Barão do Retiro, 1472	3690-7802	3	Margem da Leopoldina Bonfim Marumbi	3336 3066 2417			
	Margem da Leopoldina										
	Bonfim										
	Progresso /Borborema	1	27	R Jorge Knopp, 119	3690-7805	2	Progresso Santa Paula	3140 3385			
	Santa Paula										
	Nossa Senhora Aparecida	1	19	R Nossa Senhora Aparecida, 120	3690-7414	2	Nossa Senhora Aparecida São Tarcísio	3395 3225			
	São Tarcísio										
	Grajaú / Alto Grajaú	1	26	R Leonel Jaguaribe, 178	3690-7101	2	Grajaú Alto Três Moinhos	3669 4011			
	Três Moinhos										
* Hospital Dr. João Felício - Vitorino Braga											

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS.
Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados
Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o PSF

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL
JUIZ DE FORA - 2005

	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional	
Região Administrativa Nordeste	5	Centenário							1447		
		Santa Terezinha									
		Nossa Senhora das Graças	1	27	R Queluz, 72	3690-7906				17807	
		Eldorado									
		Alto Eldorado									
		Vista Alegre									
		Tupi									
		Quintas da Avenida									
		Bom Clima								7492	
		Vale dos Bandeirantes	1	27	R Laurindo Nogueira, 100	3690-7901	3	Vale dos Bandeirantes Tapera Serra Pelada	3279 2971 2840		
		Vivendas da Serra									
	6	Parque Guarani	1	27	R Sofia Rafael Zacarias, 685	3690-7907	2	Parque Guarani Granjas Betânia	2886 3324		
		Granjas Betânia									
		Recanto dos Lagos									
		Muçunge da Gramma	1	7	Pc Aureo Gomes Carneiro, S/N	3690-7902				7897	
		Vila Montanhosa									
		Parque Independência									
		Vila São José									
		Nova Suíça									
		Água São Luis									
		Vila dos Sonhos									
		Granjas Triunfo									
Figueiras	1	18	R Orlando Riani, 2200	3277-5353	2	Figueiras Vale dos Sonhos	2424 2819				
* Hospital Dr. João Penido - FHEMIG - Gramma Hospital Ana Nery - Figueiras											

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados. Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o PSF

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL
JUIZ DE FORA - 2005

	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional
Região Administrativa Oeste	9	Aeroporto								
		Jardim da Serra								
		Novo Horizonte								
		Mariândia								
		Nova Califórnia								
		Vinã Del Mar								
		Santos Dumont	1	14	R Álvaro José Rodrigues, 25	3690-7756	1	PACS Santos Dumont	Pop: 6539 SIAB: 3230	
		São Pedro	1	21	R João Lourenço Kelmer, 1433	3690-7688	1	PACS São Pedro	Pop: 11811 SIAB: 2200	
		Cidade Universitária/Martelos								
		Recanto dos Bruger								
		Nossa Senhora de Fátima								
		Jardim Casablanca								
		Santana								
		Serro Azul								
		Itatiaia								
		Tupã								
		Adolfo Vireque								
		Cruzeiro do Santo Antônio								
		Bosque Morro do Imperador								
		Borboleta	1	12	R Tenente Paula Maria Delage, 299	3690-7739				5440
Parque Flamboyants										
Loteamento Morada do Serro										
Loteamento Alto dos Pinheiros										

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões. Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o PSF

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL
JUIZ DE FORA - 2005

Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional
Região Administrativa Centro	Democrata								
	Vale do Ipê							1941	
	Mariano Procópio							2847	
	Santa Catarina							2109	
	Morro da Glória							3219	PSM
	Jardim Glória							3747	
	Santa Helena							6715	
	Paineiras							3768	
	Centro							28049	Fal. Saúde
	Dom Bosco	1	13	R João Manata, 93	3690-7740			11971	
	São Mateus							16870	
	Santa Cecília	1	28	R Gabriel Rodrigues, 900	3690-7752	3	Santa Cecília Mundo Novo São Mateus	2866 2917 3170	
	Mundo Novo								
	Alto dos Passos							5247	
	Bom Pastor / Guarú							5660	
	Boa Vista							1757	
Grambery							5174		
Cascatinha									
Cidade Jardim									
<p>* Hospital Universitário - Santa Catarina Hospital Cotrel S.A - Centro Hospital Bom Pastor - Centro Santa Casa de Misericórdia - Centro Hospital HTO - Centrocor - Casa de Saúde - Centro Hospital Monte Sinai - Dom Bosco Hospital Municipal Mozart Teixeira - Santa Helena Unidades Assistenciais de Referência: Clínicas Especializadas Criança e Adolescente Mulher Saúde do Trabalhador Terceira Idade Vigilância Sanitária Vigilância Epidemiológica Zoonoses</p>									
<p>OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados. Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o PSF</p>									

**REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL
JUIZ DE FORA - 2005**

	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional
Região Administrativa Sul	11	Graminha								
		Cruzeiro do Sul	1	12	R. Pedro Celeste, 1	3690-7104			5899	
		Santa Luzia	1	44	R. Torreões, S/N	3690-7150	4	Santa Luzia São José Jardim de Alá Jardim América	4075 2821 3280 3588	
		Jardim América								
		Vila São José								
		Jardim de Alá								
		Vila São Francisco								
		Santa Efigênia	1	30	R. José Ferreira, 13	3690-7754	3	Santa Efigênia Sagrado Coração de Jesus Jardim Gaúcho	4882 4194 3914	
		Jardim Gaúcho								
		Sagrado Coração de Jesus								
		Ipiranguinha								
		Ipiranga	1	15	R. Etienne Loures, 85	3690-7743			13072	
		Arco-Íris								
		Providenciários								
		São Geraldo								
		Bela Aurora								
		Tetxeiras	1	27	R. Custódio Furtado de Souza, 131	3690-7159	3	Bela Aurora Tetxeiras Cascatinha	3354 2997 4155	
Salvaterra										
* Hospital São Camilo de Lelis - Santa Luzia										
<p>OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o PSF</p>										

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTÊNCIAL
JUIZ DE FORA - 2005

	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional
Região Administrativa Sudeste	1	Retiro	1	18	R Sebastião Cardoso, 41	3690-7751	2	Santo Antônio Granjas Bethel	3118 2850	
		Granjas Bethel								
		Usina Quatro								
		Usina Dois								
		Jardim Esperança	1	22	R Padre João Micheleto, 35	3690-7744	2	Jardim Esperança Floresta	2576 2472	
		Floresta								
	2	Santo Antônio	1	30	R Pedro Trogo, 285	3690-7755	3	Vila da Prata Arraial Alto Santo Antônio	3718 3766 2692	
		Tiguerá								
		Bairro de Lourdes	1	12	R Dr. José Rafael de Souza Antunes, 409	3690-7556			8417	
		JK / Burnier							1000	
		Jardim da Lua	1	11	R Natalino José de Paula, 230	3690-7801	1	Parque Burnier	3647	
		Aracy							7370	
		Costa Carvalho							7240	Leste
	12	Vila Ideal								
		Solidariedade								
		Vila Olavo Costa	1	30	R Jacinto Marcelino, 16	3690-7761	3	Solidariedade Vila Ideal Horto	3539 3474 3287	
		Furtado de Menezes	1	22	R Furtado de Menezes, 19A	3690-7109	2	Vila Furtado de Menezes Vila Ozanan	3280 2933	
		Vila Ozanan								
		Poço Rico							4187	
		Santa Tereza								
		Tupinambás								
* Hospital Albert Sabin - Santa Tereza										

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS. Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados. Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o PSF.

**REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTÊNCIAL
JUIZ DE FORA - 2005**

	Região Sanitária	Composição da Região	UBS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/PSF	Nome da Equipe/PSF	Pop.	Unidade Regional	
Região Administrativa do Campo	Zona Rural	Paula Lima	1								
		Chapéu D'uvras	1								
		Dias Tavares	1								
		Igrejinha	1	9			3690-7864	1	PSF Igrejinha	2484	
		Humaitá	1								
		Penido	1								
		Valadares	1								
		Rosário de Minas	1								
		Toledo	1								
		Pirapetinga	1								
		Torreões	1	12				1	PSF Torreões	2364	
		Monte Verde	1								
		Sarandira	1								
		Caeté	1								
		Unidade Móvel / PSF	1	8					1	PSF Jacutinga	1964
Unidade Móvel / PSF, atende as seguintes localidades:											
							Pires Privilégio Palmital Buié Jacutinga				

OBS: Os bairros em branco, são áreas descobertas, ou seja, sem UBS para atendê-los. As cores representam a área de abrangência de cada UBS.
Os Rec. Humanos aqui relacionados, tem uma variação em função das licenças, férias e demissões, portanto o nº de prof. foram estimados.
Na Coluna nº de equipes/PSF foi assinalado somente às UBS que trabalham com o PSF

Anexo E Síntese da análise qualitativa

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	ENTENDIMENTO TEÓRICO DOS AGENTES	NARRATIVA DE ASPECTOS DA PRÁTICA
Modelo Assistencial do SUS	Modelo assistencial do SUS	Sistema de assistência à saúde voltado para as diretrizes do SUS.	Pessoa chega doente e tenta se curar, não previne.
		Centrado na cura de doenças, de atendimento imediato e que não previne.	Tem uma entrada, tem uma seqüência de atendimentos.
		Tem normas definidas que ordenam a política.	Como é que você vai nortear o atendimento.
		Composto por vários serviços articulados em rede por graus de complexidade.	
		Focalizado para a população carente.	
	Modelo assistencial do PSF	Modelo de assistência centrado na identificação de risco e na prevenção.	O que a gente não consegue resolver, que realmente não é a maior parte, a gente consegue encaminha para uma referência, geralmente a secundária.
		Mudança de eixo assistencial do curativo para o preventivo e de promoção à saúde.	Alguns serviços da atenção secundária estão se organizando bem e conseguem referenciar para nós.
		Atenção holística, individual e coletiva, que envolve vigilância dos fatores de risco.	A gente não trabalha certo o PSF, precisa ir no campo, na família, acompanhar. Sair da demanda.
		Mudança de atuação ao propor estabelecer vínculo com o indivíduo e família.	Os profissionais e os usuários ainda não entendem o que o PSF quer dizer.
		Noção de co-responsabilidade e auto-cuidado no cotidiano das práticas de saúde.	Estou começando ter a sensação que estou vendo a pessoa inteira e ai posso realmente intervir despertando o auto-cuidado e a responsabilidade pela saúde.
		UBS porta de entrada de uma assistência que determina o fluxo assistencial hierarquizado.	Mudança de modelo é difícil. Leva tempo.
		Modelo que não está pronto, demanda tempo.	

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	ENTENDIMENTO TEÓRICO DOS AGENTES	NARRATIVA DE ASPECTOS DA PRÁTICA
Modelo Assistencial do SUS	Adscrição da população	Territorialização e Mapeamento.	Foi realizada em cima do mapa, tem áreas concentradas e outras dispersas o que dificulta a organização do trabalho.
		Conhecimento da área de trabalho, condições da população e das famílias.	
		Área definida a uma equipe a qual tem responsabilidade sob a população que ali vive. Tem um quantitativo definido.	
	Adscrição e trabalho		Posição da UBS dificulta acesso de algumas áreas estimulando ida para serviços mais complexos e quebra da adscrição. Discussão sobre redimensionamento da área de abrangência da UBS.
			Nível socioeconômico e condições de acesso definem acessibilidade do usuário em relação as áreas adscritas às equipes.
	Adscrição e trabalho		Complexidade dos contextos familiares é critério para definição do número de famílias por micro-área.
			Potencializa vínculo e co-responsabilidade
			Conhecimento da realidade limite a micro-área, informação sobre saúde extrapola limita da micro-área.
			Quantitativo do número de famílias além da capacidade laboral para alguns profissionais.(razões: dificuldade de acesso a algumas micro-áreas e do sistema em absorver os encaminhamentos,retorno da demanda.
			Rompe com a lógica de adscrição por ESF: Fluxo da demanda por área não é homogêneo e respeitada a livre escolha.

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	ENTENDIMENTO TEÓRICO DOS AGENTES	NARRATIVA DE ASPECTOS DA PRÁTICA
Modelo Assistencial do SUS	Organização da demanda	Demanda que chega à unidade por iniciativa de necessidades do usuário.	Centrada no médico e fluxo organizado pela distribuição de fichas por médico, tal procedimento não responde às demandas dos usuários.
	Demanda espontânea		Fatores que dificultam a organização: não há redimensionamento para novas ações ofertadas, UBS considerada referência para a assistência à saúde e carências socioeconômicas; referência e contra-referência não funciona gerando retornos constantes à UBS.
	Organização da demanda		Iniciativas de organização: acolhimento, como triagem; trabalho informativo sobre o funcionamento da UBS.
	Demanda espontânea		Rompe com a lógica de adscrição por ESF na hora de maior fluxo.
	Demanda atendida e resolvida	É aquela que é atendida em tempo hábil	Complexidade da situação torna difícil considerar demanda atendida e resolvida no PSF
		Diagnosticada e medicada corretamente.	Identificam como procedimentos de natureza assistencial e focados no setor saúde, destacam: puericultura; pré-natal normal; preventivo da mulher; infecções de vias áreas superiores; enxaquecas e cefaléias; doenças do aparelho digestivo, especialmente do tubo digestivo alto (gastrite e esofagite leve e moderada); hipertensos e diabéticos leves e moderados; procedimentos de enfermagem e problemas emocionais leves e moderados.

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	COMPREENSÃO TEÓRICA	REALIDADE DA PRÁTICA
Modelo Assistencial do SUS	Organização da demanda	Resolutividade clínica	Clientela representativa dessa demanda estão as mulheres e as crianças.
		Não gera encaminhamento	
		Não gera demanda novamente pelo mesmo problema	
	Atendida e Encaminhada	Limite de conhecimento científico e de recursos tecnológicos disponíveis na UBS.	Visão heterogênea dos profissionais em relação às demandas de encaminhamento: ortopedia, muitas vezes relacionada à necessidade de fisioterapia; oftalmologia; endocrinologia; otorrinolaringologia; neurologia; pré-natal de alto risco; hipertensos e diabéticos severos; saúde mental; urologia; pequena cirurgia; exames mais complexos, destacando a mamografia; saúde do trabalhador. Em relação a clientela mais representativa desta demanda estão as mulheres na faixa etária de 30 a 60 anos.

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	COMPREENSÃO TEÓRICA	REALIDADE DA PRÁTICA
Modelo Assistencial do SUS		Gravidade e complexidade de uma situação em termos de risco de vida e de necessidade de diagnóstico e tratamento especializados.	
		Encaminhamento que gera acompanhamento.	
	Demanda não atendida	Que não é atendida naquele momento.	Praticamente não existe, intercorrências são atendidas de qq forma; agendam o que pode aguardar atendimento.
			Norma do sistema que o primeiro atendimento aconteça na UBS, com isto força que a demanda seja atendida.
			Concentração em relação à consulta médica. ___ reforça modelo centrado no médico.
	Organização da demanda		
	Demanda não atendida		Decidem não atender: Situações que envolvem drogas e violência doméstica
	Demanda que não chega à UBS		Razões: planos de saúde; horário de trabalho o mesmo do funcionamento da UBS; acesso difícil; procura só em casos de urgência; acompanhamento por outros serviços públicos; sistema de marcação de fichas e não aceita a territorialização.
			Utilizam para buscar exames que o plano não cobre e medicação.
			Usuários envolvidos em situação de criminalidade.

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	COMPREENSÃO TEÓRICA	REALIDADE DA PRÁTICA	
Processos de trabalho e das práticas em saúde	Captação da população que não usa a UBS		Centrada no trabalho do ACS.	
			Atividades educativas.	
			Não há estratégias estruturadas.	
			Estratégias que existem são individuais e não em equipe.	
	Necessidade de Saúde	Vai além das necessidades que aparecem (visíveis).		
		Envolve inúmeras necessidades: trabalho; lazer; alimentação; informação; prevenção de doença e promoção de saúde e educação.		
		Dimensão do ver o outro, de conhecer o contexto em que vive, de despertar no outro uma consciência de auto-cuidado.		
		Identificação de fatores de risco		
		Diagnóstico de saúde ordenado pelo conhecimento da realidade e não somente de números.		
Reconhecer as necessidades de saúde			Vinculado ao trabalho do ACS através da VD, instrumentos dos SIS. Por ser morador da área ale de desenvolver relações de confiança através de conversas acolhedoras.	
			Demais profissionais associada aos procedimentos assistenciais. relação profissional/usuário.	
			Profissionais ficam mais na unidade, dificulta reconhecimento das necessidades através de ações na comunidade, principalmente médicos e aux. enfermagem.	

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	COMPREENSÃO TEÓRICA	REALIDADE DA PRÁTICA
Processos de trabalho e das práticas em saúde	Planejamento	Conhecimento de necessidades.	Ausência de processos sistematizados e utilização de ferramentas técnicas.
		Identificação de prioridades.	Entendimento empírico sobre o termo.
		Análise de factibilidade.	
		Mudança de uma dada situação.	
		Resolutividade.	
		Ações rotineiras não precisam ser planejadas.	
	Definições de Ações		Práticas profissionais: necessidades identificadas pelo ACS e demandas que ocorrem na unidade.
			Identificação da necessidade/problema comum nas micro-áreas.
			Expressa certa improvisação.
			CLS não valoriza os problemas de saúde, pouco participação dos profissionais.
			SMS interfere na definição das ações.
	Percepção que profissionais têm sobre o olhar dos usuários em relação às ações ofertadas		Baixa resolutividade da unidade em relação as suas necessidades.
			Busca por procedimentos médicos e de preferência especializados, associados a exames e medicação.
			Retorno do usuário à unidade variável de satisfação ou de falta de opção.
			Muitos elogiam os atendimentos outros reclamam.
		Não tem clareza sobre a função da UBS e trabalho do PSF.	
			Processo de mudança permitindo uma relação positiva entre o usuário e a equipe e de melhor entendimento sobre o PSF.

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	COMPREENSÃO TEÓRICA	REALIDADE DA PRÁTICA
Processos de trabalho e das práticas em saúde	Integralidade	Ver o individuo no seu todo, envolve aspectos físicos,econômicos e ambientais, os quais estão interligados.	
		Necessidade de interdisciplinariedade.	
		Acompanhamento dos usuários promovendo vinculo, e potencializando atitudes de co-responsabilidade e auto-cuidado.	
		Continuidade do cuidado.Acesso a uma rede de níveis de atenção interligados por graus crescentes de complexidade.	
	Integralidade e trabalho		Escuta qualificada.
			Abordagem preventiva e de promoção associada a procedimentos assistenciais
			Atividades educativas de natureza preventiva e mais realizada pelas enfermeiras. Resultado: aderência ao tratamento e incorporação de hábitos saudáveis.
		Composição incompleta das equipes diminui a capacidade de realização de atividades educativas, ausência de enfermeira.	
		Médicos concentrados nas atividades curativas	
		Grupos de promoção à saúde desenvolvido pelos ACS.	

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	COMPREENSÃO TEÓRICA	REALIDADE DA PRÁTICA
Processos de trabalho e das práticas em saúde	Atenção e Cuidado em Saúde	Hora associam atenção em saúde como algo mais abrangente que extrapola o olhar focado na assistência pontual, idéia de vigilância, ao passo que cuidado em saúde é a assistência em si, focada na queixa, na intervenção e vice-versa.	
	Vínculo		<p>Estabelecido por atitudes de acolhimento e escuta qualificada.</p> <p>Conhecimento da comunidade por identificação individual, nome.</p> <p>Ações de acompanhamento, VD, grupos educativos contribuem para estabelecer o vínculo.</p> <p>Temporalidade que envolve relações entre as pessoas.</p> <p>Agendas ajustadas acessibilidade.</p>
	Rede de serviços	Interligação entre serviços de saúde de complexidades diferenciadas que se comunicam através de mecanismos de referência e contra-referência.	Dificuldade na interligação entre os serviços, resultando numa resolutividade baixa não só na UBS como em todo o sistema.
		Referência: encaminhamento de uma unidade de saúde para outra	Elemento dificultador: falta de compreensão entre os profissionais da organização da rede de serviços.
		Contra-referência: atendimento em níveis mais complexos e retorno ao nível que referenciou dos procedimentos realizados no usuário. Permite acompanhamento do usuário e tem capacidade de potencializar a resolutividade no nível básico ao propiciar o esclarecimento de diagnóstico e condutas terapêuticas.	

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	COMPREENSÃO TEÓRICA	REALIDADE DA PRÁTICA
Processos de trabalho e das práticas em saúde	Intersetorialidade	Interligação entre setores extrapolando a saúde, os quais têm funções específicas e que se associam para intervir sobre os problemas de saúde de uma comunidade.	
		Não é só interdisciplinaridade na saúde, envolve interdisciplinaridade entre profissões de outros setores.	<p>Não há projetos estruturados e as ações desenvolvidas são iniciativas de profissionais isolados ou de algumas duplas profissionais, não se caracterizando com atividade da equipe.</p> <p>Acontece por iniciativa as ESF acionando os setores</p>
	Intersetorialidade e trabalho		
	Trabalho em equipe	<p>Envolve subjetividades, relação entre pessoas, no entanto, no cotidiano pode ser melhor vivenciada se houver respeito, objetivos definidos, conhecer o trabalho do outro.</p> <p>As atribuições de cada profissional devem ser reconhecidas, mas não podem se tornar limite para a execução de ações compartilhadas. A realidade de atuação no Saúde da Família envolve uma complexidade que para ser bem trabalhada exige o olhar de diferentes saberes e certa cumplicidade entre os profissionais.</p>	

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	COMPREENSÃO TEÓRICA	REALIDADE DA PRÁTICA
Processos de trabalho e das práticas em saúde	Trabalho em equipe no cotidiano		Vem sendo aprimorado a cada dia, reuniões têm sido realizadas de forma mais sistemática com vista a propiciar espaços constantes de discussão, relatos, planejamento, decisões, contribuindo também conhecer as atribuições de cada profissional.
			Há compartilhamento de ações entre os profissionais com vistas a solucionar as necessidades do usuário.
			As decisões e acordos são estabelecidos de forma dialógica, mas com uma coordenação normalmente realizada pelo médico e/ou enfermeira da equipe.
			Relações interpessoais dificultosas interferem por algumas vezes no processo de trabalho
	Trabalho em equipe no cotidiano		Composição incompleta da equipe, pela falta de enfermeiro, e a rotatividade de profissionais fatores dificultadores do trabalho.

EIXO DE REESTRUTURAÇÃO	CATEGORIA DE ANÁLISE	COMPREENSÃO TEÓRICA	REALIDADE DA PRÁTICA
Modelo Assistencial do SUS		Gravidade e complexidade de uma situação em termos de risco de vida e de necessidade de diagnóstico e tratamento especializados.	
	Demanda não atendida	Encaminhamento que gera acompanhamento.	Praticamente não existe, intercorrências são atendidas de qq forma; agendam o que pode aguardar atendimento.
		Que não é atendida naquele momento.	Norma do sistema que o primeiro atendimento aconteça na UBS, com isto força que a demanda seja atendida.
			Concentração em relação à consulta médica. ___ reforça modelo centrado no médico.
Pressão da SMS para que as demandas sejam atendidas ___ baixa resolutividade em procedimentos que exigem referência.			
	Organização da demanda		
	Demanda não atendida		Decidem não atender: Situações que envolvem drogas e violência doméstica
	Demanda que não chega à UBS		Razões: planos de saúde; horário de trabalho o mesmo do funcionamento da UBS; acesso difícil; procura só em casos de urgência; acompanhamento por outros serviços públicos; sistema de marcação de fichas e não aceita a territorialização.
Utilizam para buscar exames que o plano não cobre e medicação.			
Usuários envolvidos em situação de criminalidade.			

Anexo F
Grade de Atividades proposta para a Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família

**GRADE DE ATIVIDADES PROPOSTA PARA A ATENÇÃO BÁSICA
 E ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

1. ASSISTÊNCIA À CRIANÇA (0 a 4 anos e 11 meses e 29 dias)

Ações	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A.S.
Consulta de Puericultura (0 a 2 anos): 1º, 4º, 6º, 12º, 18º, 24º mês. (MS)					
Consulta de Puericultura (0 a 2 anos): 2º, 3º, 5º, 9º, 15º, 21º mês. (MS)					
Consulta Médica em crianças de 2 a 5 anos (1 consulta/ano)					
Consulta Enfermagem em crianças de 2 a 5 anos (1 consulta/ano)					
Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança;					
Cuidados gerais com o recém-nascido;					
Amamentação: Incentivo ao aleitamento materno;					
Introdução de novos alimentos;					
Doenças da infância;					
Imunização (Procedimento) → calendário vacinal → aprazamento					
Cartão da criança → avaliação e preenchimento do gráfico de crescimento e vacinas					
Indicação e Monitoramento do calendário vacinal					
Prevenção dos acidentes na infância.					
Avaliação e Diagnóstico dos desvios nutricionais: Obesidade e Desnutrição.					
Acompanhamento e avaliação dos desvios nutricionais: Obesidade e Desnutrição					
Visita domiciliar do recém-nascido na 1ª semana de vida					
Obrigatoriedade do SISVAN e notificação compulsória					
Inscrição de crianças na Puericultura					
Inscrição no SAD quando confirmado desvio nutricional					
Orientação/Execução de Programas Sociais do Governo Federal					
Projetos Sociais Públicos					
Orientação/Execução de Programas Sociais do Governo Federal					
Atividade educativa em grupo na UBS p/ mães de crianças < 1 ano (2/ano)					
Atividade educativa em grupo na UBS p/ mães de crianças 1 a 5 anos (1/ano)					
Atividade educativa em grupo na comunidade p/ mães de crianças < 5 anos (1/ano)					

2. ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE (Priorizando o adolescente de risco)

(População Alvo: > 10 anos e < de 20 anos) (Mínimo de 35% de cobertura)					
Ações	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A.S.
Consulta: 01 consulta médica para a população coberta/ano					
Consulta de enfermagem: 01 consulta para a população coberta/ano					
Solicitação de exames complementares de acordo com protocolo;					
Avaliação e Diagnóstico dos desvios nutricionais: Obesidade e Desnutrição.					
Atenção e avaliação dos desvios nutricionais (orientação nutricional)					

Ações - Assistência ao Adolescente	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A S
Indicação e Monitoramento do calendário vacinal					
Imunização (procedimento) → Calendário vacinal					
Educação em Saúde (em especial sobre: Sexualidade, Prevenção de DST e Gravidez na adolescência)					
Atividade Educativa por população coberta/ano na UBS (04/ano)					
Atividade Educativa por população coberta/ano na Comunidade (02/ano)					
Avaliar a incidência de gravidez na população dessa faixa etária.					
Notificação de situações de risco de violência contra o adolescente.					
Obrigatoriedade do SISVAN e Notificação Compulsória.					
Projetos Sociais Públicos					
Atendimento Social individual/familiar/ comunitário					

3. ASSISTÊNCIA À MULHER

Ações	ACS	Aux. Enf.	Enf	Méd	A.S.
Prevenção do Câncer Uterino (2 exames normais e pelo menos 1 a cada 3 anos) e prevenção do Câncer de Mama. População alvo: Mulheres de 25 a 59 anos (cobertura de 80% da população alvo. Priorizar mulheres que nunca fizeram ou que fizeram a mais de 03 anos)					
Consulta Ginecológica médica (01 consulta/médica p/50% da população coberta/ano)					
Consultas Ginecológica de Enfermagem (01 consulta/enfermagem p/50% da população coberta/ano)					
Consultas médicas do Climatério (Consultas, exames)					
Consultas de Enfermagem no Climatério					
Avaliar a cobertura do preventivo de acordo com a população alvo.					
Acompanhamento das mulheres em Pré-Natal → Sendo no Mínimo 7 consultas (1 no 1º Trim. + 2 no 2º Trim. + 4 no 3º Trim. e 1 puerpério)					
Consulta Médica no Pré-Natal (2ª, 4ª, 6ª, 7ª e 1 puerpério)					
Consultas de Enfermagem no Pré-Natal (1ª, 3ª e 5ª) conforme protocolos Municipais e do Min. da Saúde.					
Solicitação de exames complementares conforme Protocolos Municipais/ M.S.					
Atividade Educativa para gestante: 04 p/gestante					
Indicação e Monitoramento do calendário vacinal da Gestante					
Educação sobre a Saúde da Mulher (Cursos, palestras, orientações e oficinas)					
Atenção aos desvios nutricionais					
VD de puerpério					
Planejamento familiar: grupos de direitos reprodutivos.					
Notificação de situações de risco de violência contra a Mulher.					
Acompanhamento das Gestantes Inscritas na Bolsa Família					
Projetos Sociais Públicos e Atendimento Social individual/familiar/ comunitário					
Obrigatoriedade do SISVAN/SISCOLO/SISPRENATAL e notificação compulsória.					

4. ASSISTÊNCIA AO IDOSO

População alvo: > 60 anos – Cobertura: 40% da população

Ações	ACS	Aux. Enf.	Enf	Méd	A S
Consulta médica: 3 cons./pop coberta/ano na UBS ou domicílio (quando não está inscrito em nenhuma atividade programática)				■	
Consulta de enfermagem: 3 cons./pop coberta/ano na UBS ou domicílio (quando na está inscrito em nenhuma atividade programática)			■		
Abordagem global do idoso, Incentivar e implementar grupos de convivência	■	■	■	■	■
Imunização (Procedimento)	■	■	■	■	■
Indicação e Monitoramento do calendário vacinal	■	■	■	■	■
Atenção ao Idoso Acamado, Planejamento de VD's periódicas (Registro da VD);	■	■	■	■	■
Obrigatoriedade do SISVAN e notificação compulsória.	■	■	■	■	■
Avaliar a prevalência dos desvios nutricionais nesta faixa etária.	■	■	■	■	■
Notificação de situações de risco e de violência contra o Idoso	■	■	■	■	■
Orientação e Execução de Projetos Sociais (Governos Federal, Estadual e Municipal, Projetos Sociais Públicos e; Atendimento Social Individual/familiar/ comunitário).					■

5. SAÚDE DO TRABALHADOR

Ações	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A S
Registro da ocupação na ficha de cadastro (ficha A do SIAB)	■				
Identificar, analisar e desenvolver ações de prevenção dos riscos para saúde oriundos das atividades de trabalho de seus usuários.	■	■	■	■	■
Identificar e notificar o trabalho infantil (< 16 anos)	■	■	■	■	■
Identificar e encaminhar quando necessário a ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho			■	■	
Preencher CAT quando necessário			■	■	
Encaminhar para DSAT quando necessário.			■	■	■
Atendimento Social Individual/familiar/ comunitário					■

6. AÇÕES PARA GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL (cobertura: 80% da pop portadora)	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A S
Aferição de pressão arterial.		■	■	■	
Consultas médicas: paciente de baixo risco, 2/ano; de risco médio 3/ano				■	
Com. de enfermagem: paciente de baixo risco, 2/ano; de risco médio 3/ano			■		
Diagnóstico Clínico e referência para Atenção 2ª das complicações			■	■	
Obrigatoriedade do HIPERDIA.			■	■	
Solicitar os exames conforme protocolo.		■	■	■	
Coletar os exames conforme protocolo.		■	■	■	
Organização da demanda em grupos operativos.	■	■	■	■	■
Educação em Saúde (Prevenção de riscos e agravos): 3 atividades educativas/ ano / paciente	■	■	■	■	■
Pelo menos 1 VD pelo ACS / paciente/ mês	■	■	■	■	■
Acompanhar nos domicílios pacientes com seqüelas e/ou complicações.	■	■	■	■	■

6.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL (cobertura: 80% da pop portadora)	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A S
Avaliar a incidência e prevalência da doença na população da área de abrangência, observando-se as faixas etárias.					
Incentivar ações de mudanças de hábitos de vida os usuários da área de abrangência.					
Distribuição dos medicamentos constantes do HIPERDIA.					
Atendimento Social individual/familiar/ comunitário					

6.2. DIABETE MELLITUS Nº de casos = 7,6% da pop > 30 anos	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A S
Diagnóstico Clínico e referência para Atenção Secundária das complicações					
Consulta e Avaliação Clínica e Preenchimento do HIPERDIA					
Consulta médica paciente / ano = 4					
Consulta de enfermagem paciente / ano = 4 (avaliação do pé diabético)					
Organização da demanda em Grupos Operativos					
Solicitar exames conforme protocolos					
Coletar e enviar exames para laboratório central					
Acompanhar no domicílio diabéticos com seqüelas e/ou complicações					
Distribuição de medicamentos					
Avaliar a incidência e prevalência da doença na população da área de abrangência, observando-se as faixas etárias.					
Educação em saúde - 3 atividades educativas / ano / paciente					
Incentivar ações de mudanças de hábitos de vida os usuários da área de abrangência.					
Atendimento Social individual/familiar/ comunitário					

6.3. TUBERCULOSE Casos novos = casos do ano anterior + 10%	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A S
Consultas médicas: 6 consultas /paciente/ano					
Consultas de enfermagem = 6 consultas /paciente/ano					
Identificar sintomáticos respiratórios (1% da pop geral)					
Solicitar exames clínicos para confirmação do diagnóstico conforme protocolo.					
Coleta do escarro conforme protocolo.					
Atender os intercorrências.					
Referência para serviço especializado se necessário.					
Realiza tratamento supervisionado dos casos com BK positivo, após contra-referência.					
VD pelo ACS = 1 VD semanal					
Atendimento Social individual/familiar/ comunitário					
Atividade educativa na comunidade => campanhas de prevenção					

6.4. HANSENIASE	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A S
Divulgação dos sinais da doença.					
Identificar sintomáticos dermatológicos.					
Referência para serviço especializado.					
Realizar tratamento supervisionado dos casos confirmados após contra-referência.					
Atendimento Social individual/familiar/ comunitário					
Atividade educativa na comunidade => campanhas de prevenção					

6.5. SAÚDE MENTAL - Transtorno mental leve: 9 % da pop.	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A S
Consulta e tratamento dos casos de Transtornos Mentais na UBS (4 consultas/ ano) e referência para o nível secundário os casos que necessitem.					
Acompanhar o usuário em uso de medicamentos psicotrópicos de uso contínuo.					
Realizar atividades para inserção do usuário na comunidade (oficinas, atividades educativas, lazer)					
Participar das reuniões de supervisão para discussão e avaliação de casos.					
Organização e Agendamento da demanda no serviço de referência					
Atendimento Social Individual/familiar/ comunitário					
VD do ACS = 1 VD/ 200 MBS					

7. VISITAS DOMICILIARES

7. Visitas Domiciliares	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A. S
Pelo menos 01 VD /mês por domicílio pelo ACS					
VD de puerpério precoce (7 dias)					
Acompanhamento de portadores de HAS e DM					
Acompanhamento de acamados e/ou sequelados e demais casos que se fizerem necessários.					
Consulta e ou atendimento domiciliar dos pacientes acamados ou sequelados, com dificuldade de locomoção sendo previamente agendadas e anotadas em livro próprio.					
VD de "Urgência" quando necessário.					
VD para análise das condições sociais das famílias e situações de risco					
Procedimentos domiciliares como: Coleta de material para exames, curativos, injeções e aferição dos sinais vitais dos acamados e sequelados.					
Para levantamento das condições sócio-econômicas visando subsidiar a elaboração de relatórios sociais					
Relatórios Sociais					
Agravos (enchentes, calamidades, incêndios, etc).					
Risco de violência doméstica					
Outras necessidades identificadas					
Busca Ativa					
Intervenção da Equipe em casos de Resistência a tratamentos					
Registro em prontuário das VDs realizadas					
Relatório de VDs realizadas					
Pós-operatório					
Famílias que não aceitaram cadastro					

SAÚDE

8. PLANEJAMENTO LOCAL, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A. S
Reunião semanal por ESF para fechamento do SIAB e planejamento e monitoração das atividades desenvolvidas					
Reunião mensal de toda UBS para planejamento e monitoração das ações.					
Diagnóstico de situação da área com priorização das ações					
Planejamento local com participação do CLS					
→ Avaliação dos relatórios dos Sistemas de Informação					
Busca de parcerias					
Elaboração de Projetos Sociais a partir das necessidades detectadas					
Contatos com instituições e ONG's, visando a captação de recursos sociais, educacionais e assistenciais de acordo com as necessidades da população					
Assessoria aos movimentos sociais priorizando ações junto aos conselhos de saúde					
Busca de Intersetorialidade nos serviços da PUF					
Capacitação continuada de CLS					

9. AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

9. AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	ACS	Aux. Enf.	Enf.	Méd	A. S
Realização de caminhadas na comunidade					
Grupos de convivência					
Incentivo a práticas esportivas					
Promoção de atividades de geração de renda					
Orientação de alimentação alternativa					
Incentivo ao lazer (danças, festivais, música, artes em geral, etc)					
Atenção e cuidado com o meio ambiente					
Horta Comunitária					
Incentivo a melhoria do nível de escolaridade da comunidade					
Promoção de melhoria habitacional					

Prevalências Conhecidas		
Hanseníase	2,95	casos por 10.000 hab ⁽¹⁾
Tuberculose	2,00	casos por 10.000 hab ⁽²⁾
Hipertensão	22,0%	% da pop. > 20 anos ⁽³⁾
Diabetes	7,6%	% da pop. 30-69 anos ⁽⁴⁾
Déficit ponderal	5,7%	% da pop. < 5 anos ⁽⁵⁾
Desnutrição grave	1,9%	% da pop. < 1 ano ⁽⁶⁾
Gravidez na adolescência	22,7%	% de nascimentos de mães < 20 anos ⁽⁷⁾
Gestação de Risco	15,0%	% de gestantes
Fatores de risco para DNT		
Tabagismo	30%	% da pop. ⁽⁸⁾
Sedentarismo	60%	% da pop.
Hiperlipidemia	15%	% da pop.
Obesidade	7%	% da pop.
Alcoolismo	8%	% da pop.
Alto risco CV: Tab+Sed+Hipercol ⁽⁹⁾	2,7%	
Incidências		
Nascimentos:	19,17	por 1000 hab / ano (MG, 2002)
TMI	20,43	por 1000 NV / ano (MG, 2002)
procura na UBS por		
Infecções Respiratórias	0,40	casos por cc < 5 anos/ano
Asma	0,15	casos por cc < 5 anos/ano
Diarréia	0,76	casos por cc < 5 anos/ano

População da UBS/ESF			
	Estimada ⁽¹⁾	Cadastrada ⁽²⁾	
TOTAL	3234	3234	
Populações Alvo de programas		Condição referida - ficha A -	Cadastrada pelo ACS ⁽³⁾ - ficha SSA2 -
Mulher			
Mulheres de 10-49 anos	1062	1133	
Mulheres de 25 a 59 anos	699	791	
Gestantes	62		21
Mulheres de 50 a 69 anos	208	269	20
Criança			
Menores de 1 ano	57	19	19
1 a <2 anos	114	40	40
1 a <5 anos	235	160	
2 a <5 anos	122	120	
Menores de 5 anos	292	179	
2 a <10 anos	425	413	
5 a <10 anos	304	293	
6 a <12 anos	433	382	
Adulto			
Maiores de 15 anos	2317	2461	
Maiores de 30 anos	1415	1644	
Hipertensos	510		432
Hipertensos >= 15 anos	347		432
Hipertensos > 30 anos	311		
Diabéticos	246		95
Diabéticos >= 15 anos	139		95
Diabéticos > 30 anos	108	125	
Tuberculosos	0,95		1
Hansenianos	0,65		0
Eventos Sentinela / Condições Marcadoras (casos / ano)			
Óbitos de < 1 ano	0,36	0,39	
Pop. 0-14	917	773	
Pop. 10-20	659	618	
Pop. 15-29	902	818	
Pop. 30-59	1124	1220	
Pop. 60 e mais	291	424	

Dados da população do SIAB				
Consolidado A2	masculino		feminino	total
	• < 1 ano	18	1	19
• 1 a 4 anos	86	74	160	
• 5 a 6 anos	55	69	124	
• 7 a 9 anos	76	93	169	
• 10 a 14 anos	143	158	301	
• 15 a 19 anos	122	195	317	
• 20 a 39 anos	445	556	1001	
• 40 a 49 anos	194	224	418	
• 50 a 59 anos -	151	150	301	
• 60 anos e mais	187	237	424	
	1477	1757	3234	

prevalência de 15% entre >=15 anos

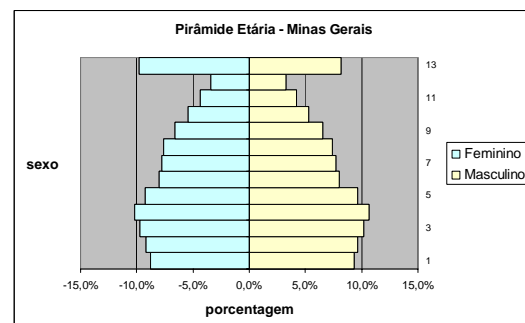
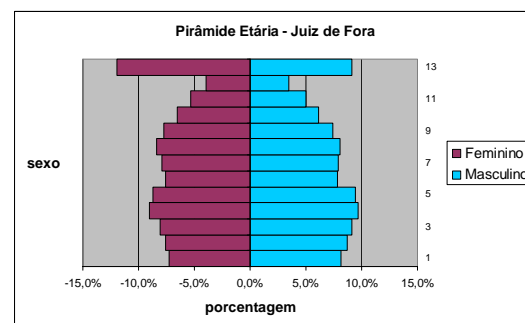
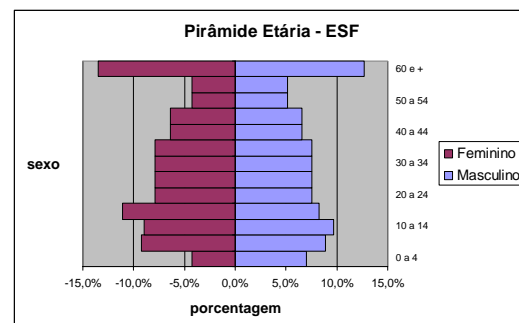
prevalência de 6% da pop. >=15 anos

	Masculino	Feminino
• < 1 ano	18	1
• 1 a 4 anos	86	74
• 5 a 6 anos	55	69
• 7 a 9 anos	76	93
• 10 a 14 anos	143	158
• 15 a 19 anos	122	195
• 20 a 39 anos	445	556
• 40 a 49 anos	194	224
• 50 a 59 anos -	151	150
• 60 anos e mais	187	237
Total	1477	1757

	Masculino	Feminino
0 a 4	104	75
5 a 9	131	162
10 a 14	143	158
15 a 19	122	195
20 a 24	111	139
25 a 29	111	139
30 a 34	111	139
35 a 39	111	139
40 a 44	97	112
45 a 49	97	112
50 a 54	76	75
55 a 59	76	75
60 e +	187	237
Total	1477	1757

Pirâmide Etária (ESF)

	Masculino	Feminino
0 a 4	7,0%	-4,3%
5 a 9	8,9%	-9,2%
10 a 14	9,7%	-9,0%
15 a 19	8,3%	-11,1%
20 a 24	7,5%	-7,9%
25 a 29	7,5%	-7,9%
30 a 34	7,5%	-7,9%
35 a 39	7,5%	-7,9%
40 a 44	6,6%	-6,4%
45 a 49	6,6%	-6,4%
50 a 54	5,1%	-4,3%
55 a 59	5,1%	-4,3%
60 e +	12,7%	-13,5%
Total	100,0%	-100,0%



Pirâmide Etária (MG)

	Masculino	Feminino
0 a 4	9,3%	-8,8%
5 a 9	9,6%	-9,1%
10 a 14	10,2%	-9,7%
15 a 19	10,7%	-10,2%
20 a 24	9,6%	-9,3%
25 a 29	8,0%	-8,0%
30 a 34	7,7%	-7,8%
35 a 39	7,4%	-7,6%
40 a 44	6,5%	-6,6%
45 a 49	5,3%	-5,4%
50 a 54	4,2%	-4,3%
55 a 59	3,2%	-3,5%
60 e +	8,2%	-9,8%
Total	100,0%	-100,0%

Pirâmide Etária (JF)

	Masculino	Feminino
0 a 4	8,2%	-7,2%
5 a 9	8,7%	-7,6%
10 a 14	9,1%	-8,1%
15 a 19	9,7%	-9,0%
20 a 24	9,4%	-8,7%
25 a 29	7,8%	-7,6%
30 a 34	7,9%	-7,9%
35 a 39	8,1%	-8,4%
40 a 44	7,4%	-7,7%
45 a 49	6,1%	-6,6%
50 a 54	5,0%	-5,3%
55 a 59	3,5%	-3,9%
60 e +	9,1%	-11,9%
Total	100,0%	-100,0%

		Número real de gestantes:	20			
1- Saúde da Mulher		Ações/População alvo	Parâmetro MS	Parâmetro JF	Parâmetro aplicado	% Cobertura ⁽¹⁾
1.1	Pré Natal	Todas gestantes				100%
		Reuniões educativas. unid./gestante.	4 reuniões / gestante /ano		4	5
		1ª consulta.	1 cons/ gestante/ano (médico)		0	0
				1 cons/ gestante/ano (enfermeiro)	1	20
		Cons.médica puerpério/gestante.	1 cons /puérpera	1 cons /puérpera	1	20
	Pré-natal risco habitual (85% das gestantes)	Cons.méd./gestante.	0,85*2 cons/ gestante	0,85*4 cons/ gestante	4	68
		Cons.enf./gestante.	0,85*3 cons/ gestante	0,85*3 cons/ gestante	3	51
		⁽¹⁾ Imunização - 90% das gestantes.	2 doses dT ou TT / gestante		2	40
1.2	Planejamento familiar	Mulheres de 10 a 49 anos				100%
		Cons.Médica.	0,45 cons./pop.alvo/ano		0,45	510
		Cons.Enfermagem.	0,45 cons./pop.alvo/ano		0,45	510
		Reuniões Educ.	0,45 R.E ⁽²⁾ /pop. alvo		0,45	34
	enfermeiro	Atend.clin.p/indic. fornec.	0,003 cons./pop.alvo/ano		0	0
	enfermeiro	Diafragma.			0	0
	enfermeiro	Atend.clin.p/indic. fornec.ins.DIU	0,015 cons./pop.alvo/ano		0	0
1.3	Prevenção Câncer de colo	Mulheres de 25 a 59 anos				100%
		Cons. Médica	0,5 cons. med p/pop./ano		0,5	396
		Cons.Enfermagem.	0,5 cons. enf./ pop./ano		0,5	396
	20% da população-alvo/ano - médico	Coleta de amostra para exame papanicolaou em mulheres que realizaram exame pela primeira vez.	0,4944 exames/mulher/ano		0,4944	78
	80% da população-alvo/ano - enfermeiro	Coleta de amostra para exame papanicolaou nas demais mulheres.	0,4944 exames/mulher/ano		0,4944	313
		Atividade educativa (15/grupo).	1 RE/pop. coberta/ano		1	42
1.4	Prevenção Câncer de mama	Mulheres de 50 a 69 anos				100%
		Cons. Médica para Exame Clínico das Mamas.	0,5 cons. Med. p/ pop. alvo/ano		0,5	134
1.5	Outras					
	Climatério	Cons.Médica.				
		Cons.Enfermagem.				

		Número real de menores de 1 ano:	19			
		Número real de cr de 1-2 anos:	40			
1- Saúde da Criança		Ações/População alvo	Parâmetro MS	Parâmetro JF	Parâmetro aplicado	Cobertura (%) / procedimentos
1.1	Crescimento e Desenvolvimento	Menores de 1 ano				100%
	enfermeiro	VD ao RN na 1ª semana	1 VD / RN	1 VD / RN	1	19
	toda a equipe	Atividade educativa em grupo na unidade mães de cç		2 RE /ano	2	3
	RN >= 2500 g	Cons. médica	3 cons./ano	6 cons./ano	3	52
		Cons. enfermagem	4 cons./ano		4	70
	RN < 2500 g (8% da pop. Alvo)	Cons. médica	10 cons./ano		3	5
		Cons. enfermagem	6 cons./ano		4	6
		Crianças de 1 a <2 anos				100%
		Cons. médica	2 cons./ano	2 cons./ano	3	120
		Cons. enfermagem	2 cons./ano		2	80
		Crianças de 2 a <10 anos				100%
		Cons. médica	1 cons./ano		1	413
		Atividade educativa (1) em grupo na unidade mães de cç de 0 a 11 m e 29 d	2 a. e./ano		2	3
		Atividade educativa em grupo na unidade mães de cç de 1 a 5 anos	1 a. e./ano		1	11
		Atividade educativa em grupo na unidade mães de cç de 6 a 12 anos	1 a. e./ano		1	25
		Atividade educativa em grupo na comunidade	50% da pop alvo			nutrição
1.2	Assistência DPI	Menores de 5 anos				100%
	p/ Infec. Resp. s/complicação (70% dos casos)	Cons. enfermagem	1/caso		1	50
	p/ Infec. Resp. c/complicação (20% dos casos)	Cons. Médica	2/caso		2	29
		Cons. enfermagem	1/caso		1	14
		Adm. de Medicamento	1/caso		1	14
	p/ Infec. Resp. grave (10% dos casos)	Cons. Atend Urgência em Clínica Básica	1/caso		1	14
		Cons. Enf. (de retorno)	1/caso		1	14
		Adm. de Medicamento	1/caso		1	14
		Inalação/Nebulização (para sibilância)	0,2 ppm/ cç<5 anos		0,2	36
	Asma leve ou moderada (90% dos casos)	Atividade educativa	1 a. e./ano		1	2
		Cons. médicas	2/caso		2	48
		Cons. enfermagem	1/caso		1	24
		Adm. Medicamento	1/caso		1	24
		Nebulização/Inalação	2/caso		2	48
	Asma grave (10% dos casos)	Atividade educativa	2 a. e./ano		2	0
		Cons. médicas	2/caso		2	5
		Cons. Enf.	1/caso		1	3
		Adm. Medicamentos	2/caso		2	5
		Nebulização / Inalação	2/caso		2	5
	Diarréia sem desidratação (75% dos casos)	Cons. enfermagem	0,75 /caso		0,75	102
	Diarréia com desidratação (25% dos casos)	Cons. enfermagem	0,25 / caso		0,25	34
		Cons. médicas	0,25 / caso		0,25	34
		Terapia de reidratação oral na UBS	0,25 / caso		0,25	34
		Adm. de Medicamento	0,25 / caso		0,25	34
1.3	Imunização de crianças	Menores de 1 ano				100%
		Sabin + Tetra	3 doses / cr<1 ano / ano		3	57
		anti-sarampo	1 dose / cr<1 ano / ano		1	19
		anti- Hep. B	3 doses / cr<1 ano / ano		3	57
		Crianças de 1 a <5 anos				100%
		Sabin + Tetra	2 doses / cr 1 a <5 anos / ano		2	320
		triviral	1 dose / cr 1 a <5 anos / ano		1	320
1.4	Ações para Desnutridos	Desnutridos Menores de 1 ano				70%
	Leve e moderado	Cons. médicas	12 / caso / ano		12	9
	grave	Cons. médicas	18 / caso / ano		0	0
		Desnutridos de 1 a <5 anos				70%
		Cons. médicas	12 / caso / ano		12	77
1.5	Ações para Adolescentes	10 a <20 anos				35%
		Cons. médicas		1 cons/ano	0	0
		Cons. enfermagem		1 cons/ano	0	0
		Atividade educativa em grupo na unidade (toda a equipe)		4 RE /ano	1	14

1- Saúde do Adulto		Número real de hipertensos:	432			
		Número real de diabéticos:	95			
		Ações/População alvo	Parâmetro MS	Parâmetro JF	Parâmetro aplicado	Cobertura (%) / procedimentos
1.1	Promoção da saúde e Triagem	Maiores de 30 anos				100%
		promoção de hábitos saudáveis ⁽¹⁾	1 a.e. na comunidade /ano ⁽⁴⁾	1 a.e. na comunidade /ano ⁽⁴⁾	1	1
			4 a.e. na unidade / pop. de alto risco ⁽²⁾ / ano	4 a.e. na unidade / pop. de alto risco ⁽²⁾ / ano	4	23
		Triagem na demanda ⁽³⁾				ACOLHIMENTO
		Triagem na população ⁽⁴⁾				mutirão
1.2	Diabéticos	Maiores de 30 anos				65%
		Cons. Médica	4 cons./pac./ano	4 cons./pac./ano	4	247
		Cons. Enfermagem	6 cons./pac./ano	4 cons./pac./ano	4	247
		Ativ. Educativas Unid. (15/grupo)	6 r.e./pac/ano	3 r.e./pac/ano	3	12
		ECG	1 ECG/pac/ano		1	62
1.3	Hipertensos	Maiores de 30 anos				80%
		Cons. Médica	2 cons./pac/ano	4 cons./pac/ano	4	1382
		Consulta Enfermagem	6 cons./pac/ano	4 cons./pac/ano	4	1382
		Ativ. Educ. Unid. (15/grupo)	6 r.e./pac/ano	3 r.e./pac/ano	3	69
		ECG	2 ECG/pac/ano		2	691
		Fundoscopia	1/pac/ano		1	346
1.4	Tuberculosos					100%
		Cons. Médicas (trat. casos novos)	6 cons./pac/ano			3
		Cons. Enfermagem (trat. casos novos)	6 cons./pac/ano			3
		Cons. Médicas (casos antigos)	6/pac./ano			0
		Cons. Enfermagem (casos antigos)	6 cons./pac./ano			0
		Coleta baciloscopia p/ controle de tratamento	6 /pac/ano			4
		Cons. Enfermagem p/ comunicantes	4 cons./bacilífero/a			3
		Cons. Médicas p/ quimioprofilaxia	2 cons./criança*/ano			1
		Cons. Enferm. P/ quimioprofilaxia	6 cons./criança*/ano			4
		Ativ. Educativa na Unidade (15participantes/grupo)	1/pac/ano			0
		Ativ. Educativa na Comunidade	campanhas			mutirão
		Adm. Medicamentos p/ tuberculose	6/pac./ano			4
		Atend. Alta pac. trat. supervisionado	85% (estim.cura)			1
1.5	Hansenianos					100%
		Atend. Urg.	10% dos casos com intercorrências			0,10
		Cons. Médica/pac. paucibacilar	2 cons./pac/ano			1
		Cons. Enferm./pac. paucibacilar	4 cons./pac/ano			2
		Coleta de linfa p/ pesq. M. leprae (08.081.04)	1 para casos novos			1
		Cons. Médica/ pac. multibacilar	3 cons./pac/ano			1
		Cons. Enferm./pac. multibacilar	9 cons./pac/ano			4
		Adm. PQT pac. paucibacilar	6 doses/pac./ano			6
		Adm. PQT pac. Multibacilar	12 doses/pac./ano			11
		Cons. Méd. p/ aval. de contatos	1 cons./ comunic			3
		Cons. Enferm. p/ aval. de contatos	4 cons./ comunic			11
		Vacinação BCG em contatos	2 dose/comunic (1 dose se c/ cicatriz vacinal)			3
		Curativos, debridamentos	15% dos casos			0,14
		Atend. Enferm. N. Medio pac PB	6 atend/pac/ano			3
		Atend. Enferm. N. Medio pac MB	12 atend/pac/ano			6
enfermeiro		Atend. Prevenção incapacidade	12 consultas MB			6
		Atend. Prevenção incapacidade	6 consultas PB			3

1- Saúde Bucal					
	Ações/População alvo	Parâmetro MS	Parâmetro JF	Parâmetro aplicado	Cobertura (%) / procedimentos
Procedimentos coletivos	Pessoas de 0 a 14 anos (%), diabéticos e gestantes (todos)				80%
	Procedimentos coletivos	12 proc/ hab. /ano	25%	0,25	270
Procedimentos individuais	População Geral				80%
	Consulta odontológica	1 proced./hab. /ano	105%	1,05	2717
	Pessoas de 0 a 14 anos				80%
	Procedimentos curativos individuais da atenção básica	2,0 a 2,5 proced./hab. /ano	0,8	0,8	495
	Procedimentos de endodontia	0,0224 proced./hab. /ano	0,2	0,2	124
	Pessoas de 15 a 29 anos				80%
	Procedimentos Curativos Individuais da Atenção Básica	2,9 a 4,9 proced./hab. /ano	0,8	0,8	523
	Procedimentos de Periodontia	0,0015 proced./hab. /ano	0,05	0,05	33
	Procedimentos de Cirurgia	0,0066 proced./hab. /ano	0,1	0,1	65
	Procedimentos de Endodontia	0,036 proced./hab. /ano	0,2	0,2	131
	Pessoas de 30 a 59 anos				80%
	Procedimentos Curativos Individuais da Atenção Básica	2,8 a 4,8 proced./hab. /ano	0,8	0,8	780
	Procedimentos de Periodontia	0,0212 proced./hab. /ano	0,05	0,05	49
	Procedimentos de Endodontia	0,024 proced./hab. /ano	0,2	0,2	195
	Procedimentos de Cirurgia	0,0066 proced./hab. /ano	0,1	0,1	98
	Procedimentos de Prótese	0,0044 proced./hab. /ano	0,15	0,15	146
	Pessoas de 60 anos e mais				80%
	Procedimentos Curativos Individuais da Atenção Básica	1,4 a 1,7 proced./hab. /ano	0,8	0,8	271
	Procedimentos de Periodontia	0,0185 proced./hab. /ano	0,05	0,05	17
	Procedimentos de Cirurgia	0,0066 proced./hab. /ano	0,1	0,1	34
	Procedimentos de Prótese	0,0044 proced./hab. /ano	0,15	0,15	51

Consolidado de procedimentos individuais por profissional de Nível Superior - Médicos, enfermeiros e dentistas			
Médico			
Consulta médica - Mulher	993		
Gestante e puérpera	80	consultas/ano --	7 consultas/mês -- 2 consultas/semana
Prevenção Ca de colo	396	consultas/ano --	33 consultas/mês -- 7 consultas/semana
Coleta de amostra para exame papanicolaou em mulheres, de 25 a 59 anos, que realizaram exame pela primeira vez	78	consultas/ano --	7 consultas/mês -- 1 coleta/semana
Cons. Médica para Exame Clínico das Mamas	134		
Imunização de gestantes			
Consulta médica - criança	792		
Consulta médica - adulto	1639		
Hipertensas	1302,4	consultas/ano --	115 consultas/mês -- 26 consultas/semana
Diabéticos	247	consultas/ano --	21 consultas/mês -- 5 consultas/semana
Cons.Atend.Urgência em Clínica Básica	11		
Fundoscopia	346		
Total at. Ind. de programa	6110		
DEMANDA (1)	1651	consultas/ano --	138 consultas/mês -- 31 consultas/semana -- 6 consultas/dia
Enfermeiro			
Consulta de enfermagem - mulher	956		
Gestante	71	consultas/ano --	6 consultas/mês -- 1 consultas/semana
Prevenção Ca de colo	396	consultas/ano --	33 consultas/mês -- 7 consultas/semana
Coleta de amostra para exame papanicolaou nas demais mulheres de 25 a 59 anos.	313	consultas/ano --	26 consultas/mês -- 6 coletas/semana
Atend.clin.p.indic. fornec. Diafragma	0		
Atend.clin.p.indic. fornec.ins.DIU	0		
Consulta de enfermagem - criança (programa prevenção)	156		
Consulta de enfermagem - adulto	1657		
Hipertensas	1302,4	consultas/ano --	115 consultas/mês -- 26 consultas/semana
Diabéticos	247	consultas/ano --	21 consultas/mês -- 5 consultas/semana
Atend. Alta pac. - trat. supervisionado	1		
Atend. Hanseniano - Prevenção incapacidade	17		
Consulta de enfermagem - VD em recém nascido	49		
Total at. Ind. de programa	5215		
Consulta de enfermagem AIDPI - (demanda)	242		
AVEIANN			
Imunização de crianças	773		
Imunização de gestantes	40		
Imunização de adultos em geral			
BCG em contactantes	3		
Adm. de Medicamento	96		
Adm. PDI em hanseniano	17		
Terapia de reidratação oral na UBS	34		
Nebulização / Inalação	90		
EKG	62		
Coleta baciloscopia p/ controle de tratamento	4		
Coleta de linfa p/ pesq. M. leprae (08.081.04)	1		
Curativos, debridamentos em hansenianos	0,14		
Dentista			
Consulta odontológica	2717	consultas/ano --	226 consultas/mês -- 51 consultas/semana
Procedimentos coletivos	270		
La Consulta odontológica	300		
Procedimentos curativos individuais da atenção básica	2070		172
Procedimentos de endodontia	450		37
Procedimentos de Periodontia	98		8
Procedimentos de Cirurgia	197	consultas/ano --	16
Procedimentos de Prótese	197	consultas/ano --	16
total procedimentos atenção básica	2720		
Consolidado de Atividades Educativas			
AE na unidade (15 grupo) - Mulher	82	consultas/ano --	7 consultas/mês -- 2 consultas/semana
AE na unidade (15 grupo) - Criança	43	consultas/ano --	4
AE na unidade (15 grupo) - Adulto	105	consultas/ano --	9
Total AE na Unidade	229	consultas/ano --	19
AE na comunidade			

Cálculo das capacidades dos profissionais de Nível Superior - Médicos, Enfermeiros e Dentistas

Parâmetros - Atendimentos Individuais:

Categoria		at/hora
Médico	1 at. Individual a cada 15 minutos	4
Dentista	1 at. Individual a cada 20 minutos	2
Enfermeiro	1 at. Individual a cada 30 minutos	2

Meses trabalhados por ano	Composição de Horas - Profissional da equipe (M, E, D)	
		Hrs-prof/semana
11	Médico	40
	Dentista	0
	Enfermeiro	40

Tempo em atendimentos individuais - Enfermeiro(a)	55%
Tempo em atendimentos individuais - M e D	88%

Procedimentos individuais por profissional de Nível Superior - Médicos, enfermeiros e dentistas

Categoria	Capacidades	Necessidades - programa	Demanda	Necessidades
Médico	6814,72	6110	1651	7762
Dentista	0			2720
Enfermeiro	2129,6	5215	242	5457

Anexo H

Programação das Ações Unidade Básica – Equipe B

População Residente - Brasil									
População Residente por Faixa Etária detalhada e Sexo									
Unid.Federação: Minas Gerais									
Período:2005									
Fonte: IBGE em www.datasus.gov.br									
Faixa Etária detal	Masculino	Feminino	%FE	%Fecum					
Menor 1 ano	172571	166285	1,76%	1,76%					
1 ano	171831	165961	1,76%	3,52%					
2 anos	176730	170899	1,81%	5,32%					
3 anos	179274	174673	1,84%	7,16%					
4 anos	183911	177443	1,88%	9,04%	7,28%	% 1 a 4a			
5 anos	188761	182184	1,93%	10,97%			0 a 4	884317	855261
6 anos	181872	176854	1,86%	12,84%	3,79%	% 5 a 6a	5 a 9	917214	888267
7 anos	181401	176627	1,86%	14,70%			10 a 14	970323	941939
8 anos	181364	174414	1,85%	16,55%			15 a 19	1014774	991752
9 anos	183816	178188	1,88%	18,43%	5,59%	% 7 a 9a	20 a 24	916931	901590
10 anos	189422	182732	1,93%	20,36%			25 a 29	763070	776323
11 anos	193395	187028	1,98%	22,34%			30 a 34	730447	757070
12 anos	198382	191993	2,03%	24,37%			35 a 39	705126	736705
13 anos	193268	188923	1,99%	26,36%			40 a 44	620509	641001
14 anos	195856	191263	2,01%	28,37%	9,94%	% 10 a 14a	45 a 49	503861	525929
15 anos	192969	189249	1,99%	30,36%			50 a 54	400424	420494
16 anos	197647	193192	2,03%	32,39%			55 a 59	308653	335727
17 anos	208600	203629	2,14%	34,53%			60 e +	780253	949474
18 anos	214845	208760	2,20%	36,73%				9515902	9721532
19 anos	200713	196922	2,07%	38,80%	10,43%	% 15 a 19			
20 a 24 anos	916931	901590	9,45%	48,25%					
25 a 29 anos	763070	776323	8,00%	56,25%	17,46%	% 20 a 29	0 a 4	0,09293	0,087976
30 a 34 anos	730447	757070	7,73%	63,99%			5 a 9	0,096387	0,091371
35 a 39 anos	705126	736705	7,49%	71,48%	15,23%	% 30 a 39	10 a 14	0,101969	0,096892
40 a 44 anos	620509	641001	6,56%	78,04%			15 a 19	0,10664	0,102016
45 a 49 anos	503861	525929	5,35%	83,39%	11,91%	% 40 a 49	20 a 24	0,096358	0,092742
50 a 54 anos	400424	420494	4,27%	87,66%			25 a 29	0,080189	0,079856
55 a 59 anos	308653	335727	3,35%	91,01%	7,62%	% 50 a 59	30 a 34	0,076761	0,077876
60 a 64 anos	258800	290116	2,85%	93,86%			35 a 39	0,0741	0,075781
65 a 69 anos	202026	235606	2,27%	96,14%			40 a 44	0,065208	0,065936
70 a 74 anos	144518	177877	1,68%	97,81%			45 a 49	0,052949	0,054099
75 a 79 anos	90396	115949	1,07%	98,89%			50 a 54	0,042079	0,043254
80 anos e mais	84513	129926	1,11%	100,00%	8,99%	% 60 e +	55 a 59	0,032435	0,034534
Total	9515902	9721532	100,00%				60 e +	0,081995	0,097667
	884317								
	% Masc	% Fem							
	49,47%	50,53%							

Prevalências Conhecidas		
Hanseníase	2,95	casos por 10.000 hab ⁽¹⁾
Tuberculose	2,00	casos por 10.000 hab ⁽²⁾
Hipertensão	22,0%	% da pop. > 20 anos ⁽³⁾
Diabetes	7,6%	% da pop. 30-69 anos ⁽⁴⁾
Déficit ponderal	5,7%	% da pop. < 5 anos ⁽⁵⁾
Desnutrição grave	1,9%	% da pop. < 1 ano ⁽⁶⁾
Gravidez na adolescência	22,7%	% de nascimentos de mães < 20 anos ⁽⁷⁾
Gestação de Risco	15,0%	% de gestantes
<i>Fatores de risco para DNT</i>		
Tabagismo	30%	% da pop. ⁽⁸⁾
Sedentarismo	60%	% da pop.
Hiperlipidemia	15%	% da pop.
Obesidade	7%	% da pop.
Alcoolismo	8%	% da pop.
Alto risco CV: Tab+Sed+Hipercol ⁽⁹⁾	2,7%	
Incidências		
Nascimentos:	19,17	por 1000 hab / ano (MG, 2002)
TMI	20,43	por 1000 NV / ano (MG, 2002)
<i>procura na UBS por</i>		
Infecções Respiratórias	0,40	casos por cc < 5 anos/ano
Asma	0,15	casos por cc < 5 anos/ano
Diarréia	0,76	casos por cc < 5 anos/ano

População da UBS/ESF			
	Estimada ⁽¹⁾	Cadastrada ⁽²⁾	
TOTAL	3307	3307	
Populações Alvo de programas		Condição referida - ficha A -	Cadastrada pelo ACS ⁽³⁾ - ficha SSA2 -
Mulher			
Mulheres de 10-49 anos	1086	1117	
Mulheres de 25 a 59 anos	715	732	
Gestantes	63		21 21
Mulheres de 50 a 69 anos	213	203	
Criança			
Menores de 1 ano	58	14	53
1 a <2 anos	116	44	57
1 a <5 anos	241	175	
2 a <5 anos	124	131	
Menores de 5 anos	299	189	
2 a <10 anos	435	506	
5 a <10 anos	310	375	
6 a <12 anos	443	524	
Adulto			
Maiores de 15 anos	2369	2311	
Maiores de 30 anos	1447	1422	
Hipertensos	521		383 331
Hipertensos >= 15 anos	355		383 331
Hipertensos > 30 anos	318		
Diabéticos	251		104 98
Diabéticos >= 15 anos	142		104 98
Diabéticos > 30 anos	110	108	
Tuberculosos	0,98		2 2
Hansenianos	0,66		0 0
Eventos Sentinela / Condições Marcadoras (casos / ano)			
Óbitos de < 1 ano	0,36	0,29	
Pop. 0-14	938	996	
Pop. 10-20	674	797	
Pop. 15-29	922	889	
Pop. 30-59	1149	1169	
Pop. 60 e mais	297	253	

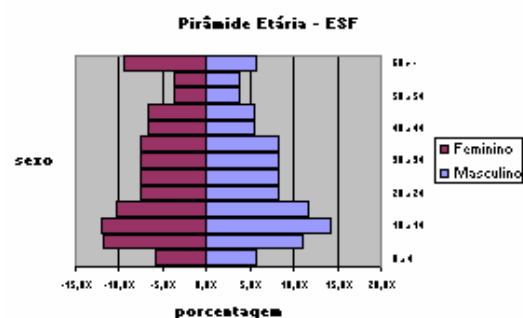
Dados da população do SIAB	Consolidado A2		
	masculino	feminino	total
• < 1 ano	8	6	14
• 1 a 4 anos	82	93	175
• 5 a 6 anos	70	65	135
• 7 a 9 anos	106	134	240
• 10 a 14 anos	229	203	432
• 15 a 19 anos	189	176	365
• 20 a 39 anos	534	514	1048
• 40 a 49 anos	175	224	399
• 50 a 59 anos -	124	122	246
• 60 anos e mais	91	162	253
	1608	1699	3307

prevalência de 15% entre >=15 anos
prevalência de 6% da pop. >=15 anos

	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino
• < 1 ano	8	6	0 a 4	90	99
• 1 a 4 anos	82	93	5 a 9	176	199
• 5 a 6 anos	70	65	10 a 14	229	203
• 7 a 9 anos	106	134	15 a 19	189	176
• 10 a 14 anos	229	203	20 a 24	134	129
• 15 a 19 anos	189	176	25 a 29	134	129
• 20 a 39 anos	534	514	30 a 34	134	129
• 40 a 49 anos	175	224	35 a 39	134	129
• 50 a 59 anos -	124	122	40 a 44	88	112
• 60 anos e mais	91	162	45 a 49	88	112
Total	1608	1699	50 a 54	62	61
			55 a 59	62	61
			60 e +	91	162
			Total	1608	1699

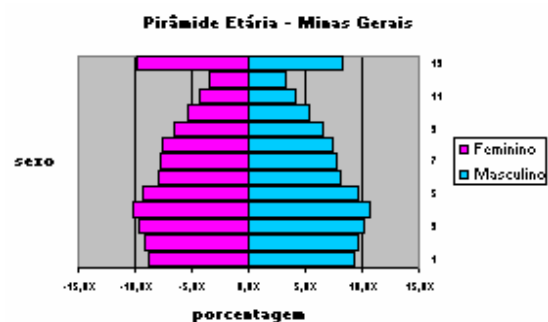
Pirâmide Etária (ESF)

	Masculino	Feminino
0 a 4	5,6%	-5,8%
5 a 9	10,9%	-11,7%
10 a 14	14,2%	-11,9%
15 a 19	11,8%	-10,4%
20 a 24	8,3%	-7,6%
25 a 29	8,3%	-7,6%
30 a 34	8,3%	-7,6%
35 a 39	8,3%	-7,6%
40 a 44	5,4%	-6,6%
45 a 49	5,4%	-6,6%
50 a 54	3,9%	-3,6%
55 a 59	3,9%	-3,6%
60 e +	5,7%	-9,5%
Total	100,0%	-100,0%



Pirâmide Etária (MG)

	Masculino	Feminino
0 a 4	9,3%	-8,8%
5 a 9	9,6%	-9,1%
10 a 14	10,2%	-9,7%
15 a 19	10,7%	-10,2%
20 a 24	9,6%	-9,3%
25 a 29	8,0%	-8,0%
30 a 34	7,7%	-7,8%
35 a 39	7,4%	-7,6%
40 a 44	6,5%	-6,6%
45 a 49	5,3%	-5,4%
50 a 54	4,2%	-4,3%
55 a 59	3,2%	-3,5%
60 e +	8,2%	-9,8%
Total	100,0%	-100,0%



1- Saúde da Mulher		Número real de gestantes:		21		
		Ações/População alvo	Parâmetro MS	Parâmetro JF	Parâmetro aplicado	% Cobertura ⁽¹⁾
1.1	Pré Natal	Todas gestantes				100%
		Reuniões educativas. unid./gestante.	4 reuniões / gestante /ano		4	6
		1ª consulta.	1 cons/ gestante/ano (médico)		0	0
				1 cons/ gestante/ano (enfermeiro)	1	21
		Cons.médica puerpério/gestante.	1 cons /puérpera	1 cons /puérpera	1	21
	Pré-natal risco habitual (85% das gestantes)	Cons.méd./gestante.	0,85*2 cons/ gestante	0,85*4 cons/ gestante	4	71
		Cons.enf./gestante.	0,85*3 cons/ gestante	0,85*2 cons/ gestante	3	54
		⁽¹⁾ Imunização - 90% das gestantes.	2 doses dT ou TT / gestante		2	42
1.2	Planejamento familiar	Mulheres de 10 a 49 anos				100%
		Cons.Médica.	0,45 cons./pop.alvo/ano		0,45	503
		Cons.Enfermagem.	0,45 cons./pop.alvo/ano		0,45	503
		Reuniões Educ.	0,45 R.E. ⁽²⁾ /pop.alvo		0,45	34
	enfermeiro	Atend.clín.p/indic. fornec.	0,003 cons./pop.alvo/ano		0	0
		Diafragma.			0	0
	enfermeiro	Atend.clín.p/indic. fornec.ins.DIU	0,015 cons./pop.alvo/ano		0	0
1.3	Prevenção Câncer de colo	Mulheres de 25 a 59 anos				100%
		Cons. Médica.	0,5 cons. med p/pop./ano		0,5	366
		Cons.Enfermagem.	0,5 cons. enf./ pop./ano		0,5	366
	20% da população-alvo/ano médico	Coleta de amostra para exame papanicolaou em mulheres que realizaram exame pela primeira vez.	0,4944 exames/mulher/ano		0,4944	72
	80% da população-alvo/ano enfermeiro	Coleta de amostra para exame papanicolaou nas demais mulheres.	0,4944 exames/mulher/ano		0,4944	289
		Atividade educativa (15/grupo).	1 RE/pop. coberta/ano		1	39
1.4	Prevenção Câncer de mama	Mulheres de 50 a 69 anos				100%
		Cons. Médica para Exame Clínico das Mamas.	0,5 cons. Med. p/ pop. alvo/ano		0,5	102
1.5	Outras					
	Climatério	Cons.Médica.				
		Cons.Enfermagem.				

		Número real de menores de 1 ano:	53			
		Número real de cr de 1-2 anos:	57			
1- Saúde da Criança						
		Ações/População alvo	Parâmetro MS	Parâmetro JF	Parâmetro aplicado	Cobertura (%) / procedimentos
1.1	Crescimento e Desenvolvimento	Menores de 1 ano				100%
	enfermeiro	VD ao RN na 1ª semana	1 VD / RN	1 VD / RN	1	53
	toda a equipe	Atividade educativa em grupo na unidade		2 RE /ano	2	7
	RN >= 2500 g	Cons.médica	3 cons/ano	6 cons/ano	3	146
		Cons.enfermagem	4 cons/ano		4	195
	RN < 2500 g (8% da pop. Alvo)	Cons.médica	10 cons /ano		3	13
		Cons.enfermagem	6 cons/ano		4	17
		Crianças de 1 a <2 anos				100%
		Cons.médica	2 cons/ano	2 cons/ano	3	171
		Cons.enfermagem	2 cons/ano		2	114
		Crianças de 2 a <10 anos				100%
		Cons.médica	1 cons/ano		1	506
		Atividade educativa ⁽¹⁾ em grupo na unidade mães de cç de 0 a 11 m e 29 d	2 a.e./ano		2	7
		Atividade educativa em grupo na unidade mães de cç de 1 a 5 anos	1 a.e./ano		1	12
		Atividade educativa em grupo na unidade mães de cç de 6 a 12 anos	1 a.e./ano		1	35
		Atividade educativa em grupo na comunidade	50% da pop alvo			mutirão
1.2	Assistência DPI	Menores de 5 anos				100%
	p/ Infec.Resp. s/complicação (70% dos casos)	Cons.enfermagem	1/caso		1	53
	p/ Infec.Resp. c/complicação (20% dos casos)	Cons. Médica	2 /caso		2	30
		Cons.enfermagem	1/caso		1	15
		Adm. de Medicamento	1/caso		1	15
	p/ Infec.Resp. grave (10% dos casos)	Cons.Atend.Urgência em Clínica Básica	1/caso		1	15
		Cons. Enf. (de retorno)	1/caso		1	15
		Adm. de Medicamento	1/caso		1	15
		Inalação/Nebulização (para sibilância)	0,2 pmm/ cç<5 anns		0,2	38
	Asma leve ou moderada (90% dos casos)	Atividade educativa	1 a.e./ano		1	2
		Cons. médicas	2/caso		2	51
		Cons.enfermagem	1/caso		1	26
		Adm. Medicamento	1/caso		1	26
		Nebulização/Inalação	2/caso		2	51
	Asma grave (10% dos casos)	Atividade educativa	2 a.e./ano		2	0
		Cons. médicas	2/caso		2	6
		Cons.Enf.	1/caso		1	3
		Adm.Medicamentos	2/caso		2	6
		Nebulização / Inalação	2/caso		2	6
	Diarréia sem desidratação (75% dos casos)	Cons.enfermagem	0,75 /caso		0,75	108
	Diarréia com desidratação (25% dos casos)	Cons.enfermagem	0,25 / caso		0,25	36
		Cons. médicas	0,25 / caso		0,25	36
		Terapia de reidratação oral na UBS	0,25 / caso		0,25	36
		Adm. de Medicamento	0,25 / caso		0,25	36
1.3	Imunização de crianças	Menores de 1 ano				100%
		Sabin + Tetra	3 doses / cr<1 ano / ano		3	159
		anti-sarampo	1 dose / cr<1 ano / ano		1	53
		anti- Hep. B	3 doses / cr<1 ano / ano		3	159
		Crianças de 1 a <5 anos				100%
		Sabin + Tetra	2 doses / cr 1 a <5 anos / ano		2	350
		triviral	1 dose / cr 1 a <5 anos / ano		1	350
1.4	Ações para Desnutridos	Desnutridos Menores de 1 ano				70%
	Leve e moderado	Cons. médicas	12 / caso / ano		12	25
	grave	Cons. médicas	18 / caso / ano		0	0
		Desnutridos de 1 a <5 anos				70%
		Cons. médicas	12 / caso / ano		12	84
1.5	Ações para Adolescentes	10 a <20 anos				35%
		Cons. médicas		1 cons/ano	0	0
		Cons.enfermagem		1 cons/ano	0	0
		Atividade educativa em grupo na unidade (toda a equipe)		4 RE /ano	4	74

1- Saúde do Adulto		Número real de hipertensos:	331			
		Número real de diabéticos:	98			
		Ações/População alvo	Parâmetro MS	Parâmetro JF	Parâmetro aplicado	Cobertura (%) / procedimentos
1.1	Promoção da saúde e Triagem	Maiores de 30 anos				100%
		promoção de hábitos saudáveis ⁽¹⁾	1 a.e. na comunidade /ano ⁽⁴⁾	1 a.e. na comunidade /ano ⁽⁴⁾	1	1
			4 a.e. na unidade / pop. de alto risco ⁽²⁾ / ano	4 a.e. na unidade / pop. de alto risco ⁽²⁾ / ano	4	24
		Triagem na demanda ⁽³⁾				ACOLHIMENTO
		Triagem na população ⁽⁴⁾				mutirão
1.2	Diabéticos	Maiores de 30 anos				65%
		Cons. Médica	4 cons./pac./ano	4 cons./pac./ano	4	255
		Cons. Enfermagem	6 cons./pac./ano	4 cons./pac./ano	4	255
		Ativ. Educativas Unid. (15/grupo)	6 r.e./pac/ano	3 r.e./pac/ano	3	13
		ECG	1 ECG/pac/ano		1	64
1.3	Hipertensos	Maiores de 30 anos				80%
		Cons. Médica	2 cons./pac/ano	4 cons./pac/ano	4	1059
		Consulta Enfermagem	6 cons./pac/ano	4 cons./pac/ano	4	1059
		Ativ. Educ. Unid. (15/grupo)	6 r.e./pac/ano	3 r.e./pac/ano	3	53
		ECG	2 ECG/pac/ano		2	530
		Fundoscopia	1/pac/ano		1	265
1.4	Tuberculosos					100%
		Cons. Médicas (trat. casos novos)	6 cons./pac/ano	6 c/p/a novos e antigos	6	4
		Cons. Enfermagem (trat. casos novos)	6 cons./pac/ano	6 c/p/a novos e antigos	6	4
		Cons. Médicas (casos antigos)	6/pac./ano			0
		Cons. Enfermagem (casos antigos)	6cons./pac./ano			0
		Coleta baciloscopia p/ controle de tratamento	6 /pac/ano			4
		Cons. Enfermagem p/ comunicantes	4 cons./bacilifero/a			3
		Cons. Médicas p/ quimioprofilaxia	2 cons/criança*/ano			1
		Cons. Enferm. P/ quimioprofilaxia	6 cons/criança*/ano			4
		Ativ. Educativa na Unidade (15participantes/grupo)	1/pac/ano			0
		Ativ. Educativa na Comunidade	campanhas			mutirão
		Adm. Medicamentos p/ tuberculose	6/pac./ano			4
		Atend. Alta pac. trat. supervisionado	85% (estim.cura)			1
1.5	Hansenianos					100%
		Atend. Urg.	10% dos casos com intercorrências			0,10
		Cons. Médica/pac. paucibacilar	2 cons./pac/ano			1
		Cons. Enferm./pac. paucibacilar	4 cons./pac/ano			2
		Coleta de linfa p/ pesq. M. leprae (08.081.04)	1 para casos novos			1
		Cons. Médica/ pac. multibacilar	3 cons./pac/ano			1
		Cons. Enferm./pac. multibacilar	9 cons./pac/ano			4
		Adm. PQT pac. paucibacilar	6 doses/pac./ano			6
		Adm. PQT pac. Multibacilar	12 doses/pac./ano			12
		Cons. Méd. p/ aval. de contatos	1 cons./ comunic			3
		Cons. Enferm. p/ aval. de contatos	4 cons./ comunic			12
		Vacinação BCG em contatos	2 dose/comunic (1 dose se c/ cicatriz vacinal)			3
		Curativos, debridamentos	15% dos casos			0,15
		Atend. Enferm. N. Medio pac PB	6 atend/pac/ano			3
		Atend. Enferm. N. Medio pac MB	12 atend/pac/ano			6
enfermeiro		Atend. Prevenção incapacidade	12 consultas MB			6
		Atend. Prevenção incapacidade	6 consultas PB			3

1- Saúde Bucal					
	Ações/População alvo	Parâmetro MS	Parâmetro JF	Parâmetro aplicado	Cobertura (%) / procedimentos
Procedimentos coletivos	Pessoas de 0 a 14 anos (%), diabéticos e gestantes (todos)				80%
	Procedimentos coletivos	12 proc./ hab /ano	25%	0,25	318
Procedimentos individuais	População Geral				80%
	Consulta odontológica	1 proced./hab. /ano	105%	1,05	2778
	Pessoas de 0 a 14 anos				80%
	Procedimentos curativos individuais da atenção básica	2,0 a 2,5 proced./hab. /ano	0,8	0,8	637
	Procedimentos de endodontia	0,0224 proced./hab. /ano	0,2	0,2	159
	Pessoas de 15 a 29 anos				80%
	Procedimentos Curativos Individuais da Atenção Básica	2,9 a 4,9 proced./hab. /ano	0,8	0,8	569
	Procedimentos de Periodontia	0,0015 proced./hab. /ano	0,05	0,05	36
	Procedimentos de Cirurgia	0,0066 proced./hab. /ano	0,1	0,1	71
	Procedimentos de Endodontia	0,036 proced./hab. /ano	0,2	0,2	142
	Pessoas de 30 a 59 anos				80%
	Procedimentos Curativos Individuais da Atenção Básica	2,8 a 4,8 proced./hab. /ano	0,8	0,8	748
	Procedimentos de Periodontia	0,0212 proced./hab. /ano	0,05	0,05	47
	Procedimentos de Endodontia	0,024 proced./hab. /ano	0,2	0,2	187
	Procedimentos de Cirurgia	0,0066 proced./hab. /ano	0,1	0,1	94
	Procedimentos de Prótese	0,0044 proced./hab. /ano	0,15	0,15	140
	Pessoas de 60 anos e mais				80%
	Procedimentos Curativos Individuais da Atenção Básica	1,4 a 1,7 proced./hab. /ano	0,8	0,8	162
	Procedimentos de Periodontia	0,0185 proced./hab. /ano	0,05	0,05	10
	Procedimentos de Cirurgia	0,0066 proced./hab. /ano	0,1	0,1	20
	Procedimentos de Prótese	0,0044 proced./hab. /ano	0,15	0,15	30

Consolidado de procedimentos individuais por profissional de Nível Superior - Médicos, enfermeiros e dentistas				
Médico				
Consulta médica - Mulher	961			
Gestante e puérpera	92	consultas/ano →	8 consultas/mês →	2 consultas/semana →
Prevenção Ca de colo	366	consultas/ano →	30 consultas/mês →	7 consultas/semana →
Coleta de amostra para exame papanicolaou em mulheres, de 25 a 59 anos, que realizaram exame pela primeira vez	72	consultas/ano →	6 consultas/mês →	1 coletas/semana →
Cons. Médica para Exame Clínico das Mamas	102			
Imunização de gestantes				
Consulta médica - criança	1068			
Consulta médica - adulto	1324			
Hipertensos	1059,2	consultas/ano →	88 consultas/mês →	20 consultas/semana →
Diabéticos	255	consultas/ano →	21 consultas/mês →	5 consultas/semana →
Cons.Atend.Urgência em Clínica Básica	15			
Fundoscopia	265			
Total at. Ind. de programa	5579			
DEMANDA ⁽¹⁾	2357	consultas/ano →	196 consultas/mês →	45 consultas/semana → 9 consultas / dia
Enfermeiro				
Consulta de enfermagem - mulher	922			
Gestante	75	consultas/ano →	6 consultas/mês →	1 consultas/semana →
Prevenção Ca de colo	366	consultas/ano →	30 consultas/mês →	7 consultas/semana →
Coleta de amostra para exame papanicolaou nas demais mulheres de 25 a 59 anos.	289	consultas/ano →	24 consultas/mês →	5 coletas/semana →
Atend.clin.p/indic. fornec. Diafragma	0			
Atend.clin.p/indic. fornec.ins.DII	0			
Consulta de enfermagem - criança (programa prevenção)	326			
Consulta de enfermagem - adulto	1343			
Hipertensos	1059	consultas/ano →	88 consultas/mês →	20 consultas/semana →
Diabéticos	255	consultas/ano →	21 consultas/mês →	5 consultas/semana →
Atend. Alta pac. trat. supervisionado	1			
Atend. Hanseniano + Prevenção incapacidade	18			
Consulta de enfermagem - VD em recém nascido	53			
Total at. Ind. de programa	4705			
Consulta de enfermagem AIDPI (demanda)	255			
AVEIANM				
Imunização de crianças	1071			
Imunização de gestantes	42			
Imunização de adultos em geral				
BCG em contactantes	3			
Adm. de Medicamento	101			
Adm. POT em hanseniano	18			
Terapia de reidratação oral na UBS	36			
Nebulização / Inalação	96			
ECG	64			
Coleta baciloscopia p/ controle de tratamento	4			
Coleta de linfa p/ pesq. M. leprae (08.081.04)	1			
Curativos, debridamentos em hansenianos	0,15			
Dentista				
Consulta odontológica	2778	consultas/ano →	231 consultas/mês →	53 consultas/semana →
Procedimentos coletivos	318			
1a Consulta odontológica	389			
Procedimentos curativos individuais da atenção básica	2116		176	40
Procedimentos de endodontia	489		41	9
Procedimentos de Periodontia	92		8	2
Procedimentos de Cirurgia	185	consultas/ano →	15	4
Procedimentos de Prótese	171	consultas/ano →	14	3
total procedimentos atenção básica	2824			
Consolidado de Atividades Educativas				
AE na unidade (15/grupo) - Mulher	78	consultas/ano →	7 consultas/mês →	1 consultas/semana →
AE na unidade (15/grupo) - Criança	63	consultas/ano →	5	1
AE na unidade (15/grupo) - Adulto	90	consultas/ano →	7	2
Total AE na Unidade	230	consultas/ano →	19	4
AE na comunidade				

Cálculo das capacidades dos profissionais de Nível Superior - Médicos, Enfermeiros e Dentistas

Parâmetros - Atendimentos Individuais:

Categoria		at/hora
Médico	1 at. Individual a cada 15 minutos	4
Dentista	1 at. Individual a cada 20 minutos	2
Enfermeiro	1 at. Individual a cada 30 minutos	2

Meses trabalhados por ano	Composição de Horas - Profissional da equipe (M, E, D)	Hrs-prof/semana
11	Médico	40
	Dentista	0
	Enfermeiro	40

Tempo em atendimentos individuais - Enfermeiro(a)	78%
Tempo em atendimentos individuais - M e D	85%

Procedimentos individuais por profissional de Nível Superior - Médicos, enfermeiros e dentistas

Categoria	Capacidades	Necessidades - programa	Demanda	Necessidades
Médico	6582,4	5579	2357	7937
Dentista	0			2824
Enfermeiro	3020,16	4705	255	4961

Anexo J

SEMANA TÍPICA – Médico – Equipe A – UBS SAÚDE DA FAMÍLIA

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)
12 consultas de demanda	12 consultas de demanda	12 consultas de demanda	12 consultas de demanda	12 consultas de demanda
10 consultas de ficha	10 consultas de ficha	10 consultas de ficha	10 consultas de ficha	10 consultas de ficha
02 consultas urgência	02 consultas urgência	02 consultas urgência	02 consultas urgência	02 consultas urgência
	ALMOÇO	11 ÀS 13 HORAS		
Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)
8 consultas de puericultura e SAD	2ª terça do mês consultas de pré-natal – 10 CM (20') ³⁸	Atendimento hipertensos e diabéticos: 8 CM (20')	Atendimento hipertensos e diabéticos: 8 CM (20')	4 CM demanda
Reunião de equipe 16-17 h.	Outras terças-feiras VD 5 VD/tarde (acamados, idosos e pessoas c/dificuldade de deambular	2 Consultas médicas demanda	2 Consultas médicas demanda	Reunião equipe (1h.) 2ª sexta-feira do mês, reunião da UBS 15 às 17h.

³⁸ Protocolo de atendimento à gestante: Até 35ª semanas: 1 consulta mês; de 35ª a 37ª semanas consulta de 15/15 dias de 37ª até o parto: 1 consulta semanal

SEMANA TÍPICA – Enfermeira – Equipe A – UBS SAÚDE DA FAMÍLIA

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)
Sala de Espera e Acolhimento 7:30 às 9 h.	Sala de Espera e Acolhimento 7:30 às 9 h.	Sala de Espera e Acolhimento 7:30 às 9 h.	Sala de Espera e Acolhimento 7:30 às 9 h.	CMDCA 7:30 às 11 h. ³⁹
Preventivo – 5 exames	SISVAN e SAD ⁴⁰	Vacinação BCG (8 às 9h.)	VD para puérperas (4) 9 às 11 h.	
		Grupo de Jovens na escola (9 às 11 h.) 50 alunos (2 grupos de 25 alunos)		
	ALMOÇO	11 ÀS 13 HORAS		
Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)
Grupo de Climatério	Preventivo 13 às 15 h. (3)	Grupo de Hipertensos/Climatério (14 às 16 h.) ⁴¹	Grupo Direitos Reprodutivos – 1 x mês na UBS	Grupo de Diabéticos (14 às 16 horas) ⁴²
	CMDCA 15 às 17 h. ⁴³		VD idosos (até 7 visitas)	

³⁹ CMDCA: Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente. A enfermeira é conselheira representando a SMS e tem horários de sua semana destinado ao trabalho no Conselho.

⁴⁰ 1ª semana: distribuição de leite (52 cr.) e grupo educativo (30 mães); 2ª e 3ª semanas Consulta de Enfermagem desnutridos e obesos (5 cr.) ; 4ª semana Pesagem e diagnóstico nutricional (100 a 120 cr.)

⁴¹ Grupo misto de hipertensão e climatério para mulheres total de 20 a 25 participantes. Atividade na comunidade

⁴² Grupo Diabéticos: avaliação nutricional e orientações, registro. Grupo misto de homens e mulheres total de 20 participantes, atividade na comunidade

⁴³ CMDCA: Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente. A enfermeira é conselheira representando a SMS e tem horários de sua semana destinado ao trabalho no Conselho.

Anexo K
SEMANA TÍPICA – Médico – Equipe B – UBS SAÚDE DA FAMÍLIA

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)
16 consultas de demanda	16 consultas de demanda	16 consultas de demanda	16 consultas de demanda	16 consultas de demanda
10 consultas de ficha	10 consultas de ficha	10 consultas de ficha	10 consultas de ficha	10 consultas de ficha
06 consultas urgência	06 consultas urgência	06 consultas urgência	06 consultas urgência	06 consultas urgência
	ALMOÇO	11 ÀS 13 HORAS		
Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)
10 consultas de puericultura e SAD	11 consultas de hipertensão e diabetes (média 8 hipertensão e 3 diabetes)	Consulta médica de pré-natal: 7 CM (20')	2 quintas do mês ,11 consultas de hipertensão e diabetes (média 8 hipertensão e 3 diabetes (20' cada)	4 CM demanda
		Grupos Educativos (1 X mês) Temas: Prevenção Prob. Colunas (comunidade) e na UBS: Culinária para Diabéticos e Uso de plantas medicinais	2 quintas do mês Consulta Ginecologica com ex. preventivo (6 CM c/ preventivo)	VD de hipertensos, diabeticos, acamados. (7) Conforme necessidades.
		1 X mês reunião de equipe 15:30 às 17 h.		

SEMANA TÍPICA – Enfermeira – Equipe B – UBS SAÚDE DA FAMÍLIA

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)	Manhã (7:30 às 11h.)
Atividade Enfermagem (demanda da UBS)	Coleta de Sg e Urina (demanda da UBS – 7 às 8h.)	Consulta de Enfermagem c/ Coleta de Material para Preventivo(8 C.Enf. da área)	Coleta de Sg e Urina (demanda da UBS – 7 às 8h.)	Coleta de Sg e Urina (demanda da UBS – 7 às 8h.)
Sala de Vacina (demanda da UBS)	Consulta de Enfermagem c/ Coleta de Material para Preventivo(8 C.Enf. da área)		Sala de Vacina (demanda da UBS)	Sala de Vacina (demanda da UBS)
				Reunião semanal ACS (10 às 11h.)
	ALMOÇO	11 ÀS 13 HORAS		
Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)	Tarde (13 às 17 h.)
Consulta Enfermagem Pré-natal (4)	Atividade Enfermagem (demanda da UBS)	Consulta de Enfermagem Puericultura (6)	5 VD (acamados, curativo, gestante, RN,etc) de acordo com nec.	6 Consulta de Enfermagem para hipertensos (4) e diabéticos (2). A marcação é de acordo com a nec., logo pode haver variação.
Consulta Enfermagem Adolescente (4)	Ativ. Educativa na UBS: gestante, adolescente, DST/AIDS, climatério, puericultura. Na comunidade: Prevenção Ca uterino. Média de 3 encontros por mês.	1 X mês reunião de equipe 15:30 às 17 h.		

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](#)