

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

PATRÍCIA CAMPOS ELIA

Construção do plano local como atribuição das Equipes de Saúde da Família

Rio de Janeiro
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

PATRÍCIA CAMPOS ELIA

Construção do plano local como atribuição das Equipes de Saúde da Família

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Marilene Cabral do Nascimento.

Rio de Janeiro
2009

PATRÍCIA CAMPOS ELIA

Construção do plano local como atribuição das Equipes de Saúde da Família

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

Aprovada em:

Banca examinadora:

Profª Drª Marilene Cabral do Nascimento
Universidade Estácio de Sá

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

Profª Drª Luciana Borges da Matta Souza
Fundação Educacional Serra dos Órgãos

Dedico este trabalho a todos os profissionais
envolvidos na expansão e fortalecimento da Atenção
Primária à Saúde no Brasil

AGRADECIMENTOS

A Guilherme e Gustavo, meus amados filhos, razão da minha vida.

Ao meu querido Paulo, companheiro de décadas, por seu apoio incondicional.

Aos meus pais, pelo exemplo, carinho e dedicação, sem vocês nada seria possível.

A João Roberto e Carlos Eduardo, meus irmãos, com quem aprendi a compartilhar e que sempre me trazem alegria.

A minha orientadora Marilene, sua inteligência e paciência foram fundamentais para organizar meus pensamentos e reflexões.

Aos dedicados professores e pontualmente ao estimado professor Hésio Cordeiro, coordenador do curso.

Ao Ministério da Saúde e à OPAS, por terem proporcionado a bolsa de estudos para este Mestrado.

Aos colegas de turma, e especialmente a Angela, por embarcarmos juntas neste sonho; a Valéria, que me permitiu sonhar, bem como a Marcela, Inez, Nadilene e Leila, por termos “saboreado” juntas o PSF.

A José de Castro, Ismael, Luiz, Jaldeci, Márcia, Maria Inez, Ricardo, Cezar, Helena, Margareth, Maria Alice, verdadeiros mestres para mim.

A Aline Luna, por sua ajuda inestimável.

A todos, com carinho, muito obrigada!

Ainda que eu falasse a língua dos anjos e falasse a língua dos homens, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine. Carta de São

Paulo aos Coríntios (1CO 13: 1, 2).

RESUMO

Trata-se de pesquisa de mestrado em saúde da família pela UNESA (Universidade Estácio de Sá), na qual analisamos o processo de elaboração do plano local para enfrentamento das principais necessidades de saúde verificadas em três diferentes territórios cobertos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro. O estudo se justifica pela necessidade de entender a forma como as equipes de saúde da família elaboram seu plano local de ações, as vozes predominantes, critérios utilizados para eleger as ações prioritárias, presença ou não de metas definidas e fatores que facilitam ou dificultam o planejamento local de uma equipe de Saúde da Família. Utilizamos a metodologia qualitativa, optando por um estudo de caso do tipo exploratório e descritivo, com abordagem socioantropológica, considerado adequado para compreender um contexto e as percepções que um grupo tem a respeito de uma situação em questão. O estudo foi realizado em três equipes das mais antigas implantadas no município, sendo o critério da longevidade escolhido pela maior probabilidade de essas equipes terem adquirido integração. A população da pesquisa constituiu-se dos profissionais que compõem as três equipes selecionadas. A coleta de dados foi realizada através da observação das reuniões de equipe, espaço considerado principal para o planejamento, e de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais das equipes. Utilizamos a análise temática para identificar o espaço ocupado, nos processos de trabalho das equipes, pelo planejamento local de ações e o processo de elaboração do mesmo. A análise dos dados aponta para a permanência ainda de características normativas no planejamento destas equipes, com foco predominantemente biologicista e sem efetiva utilização da perspectiva dialógica de comunicação.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Planejamento local. Processo de trabalho. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

This research work was conducted during the Master's Course on Family Health, at Estácio de Sá University, and analyzed the process of formation of a local plan to tackle the main health care needs in three regions attended by the Family Health Strategy in Rio de Janeiro city. There is a need to understand the way family health teams elaborate their local actions, the most important voices, criteria used in the choice of priority action, presence or absence of definite goals and factors that facilitate or hinder a Family Health team local planning. We used the qualitative methodology, in a case-study of exploratory and descriptive type, with socio-anthropological approach, considered adequate to understand the context and perceptions of a group in a given situation. The study was conducted in three teams, chosen among the oldest ones in Rio de Janeiro city, and the longevity criteria was considered since these teams would be more integrated. The research population were professionals from these three teams. Data was collected by observation during staff meetings, best occasion for planning, and semi-structures interviews with professionals. Theme analysis helped identify the place they occupied, work processes of the teams, actions' local planning and its elaboration. Data analysis point to the remaining of normative characteristics in the planning of such teams, with a excessively biologicist focus and without effective use of the dialogic communication perspective.

Key words: Family Health Strategy. Local plan. Work process. Primary health care.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMQ	Avaliação para a melhoria da qualidade
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária em Saúde
CEDAPS	Centro de Promoção a Saúde
CENDES	Centro de estudos do desenvolvimento
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAT	Grupo de Apoio Técnico
IDH	Índice de desenvolvimento Humano
MAPP	Método Altadir de planejamento popular
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROESF	Programa de expansão e consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistemas locais de saúde
SO	Supervisor Operacional
SUBASS	Subsecretaria de ações e serviços de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita domiciliar
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USL	Unidades Locais de Saúde
ZOPP	Zielorientierte Projektplanung (planejamento de projetos orientados por objetivos)

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	11
1	INTRODUÇÃO	13
1.1	A ELABORAÇÃO DO PLANO LOCAL COMO ATRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	16
2	OBJETIVOS DO ESTUDO	22
2.1	QUESTÃO NORTEADORA	22
2.2	PRESSUPOSTO	22
2.3	OBJETIVOS	23
2.3.1	Objetivo Geral	23
2.3.2	Objetivos Específicos	23
3	REVISÃO DA LITERATURA	24
3.1	NECESSIDADES DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA	24
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	30
3.3	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	33
3.4	A ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	38
3.5	O PLANO LOCAL E O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE	40
3.6	PLANEJAMENTO DE AÇÕES E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	43
4	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	47
4.1	TIPO DE PESQUISA	47
4.2	CENÁRIO E POPULAÇÃO DA PESQUISA	48
4.3	COLETA DE DADOS	50
4.4	ANÁLISE DE DADOS	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1	O PLANEJAMENTO LOCAL NO PROCESSO DE TRABALHO	55
5.2	A ELABORAÇÃO DO PLANO LOCAL	61
5.2.1	O diagnóstico	61
5.2.2	Critérios para a eleição de prioridades	66
5.2.3	A pactuação de metas	70
5.2.4	As propostas de ação	75
5.2.5	A avaliação	78
5.3	AS VOZES DO PLANEJAMENTO LOCAL	81
5.3.1	A participação na equipe	81
5.3.2	A participação dos gestores	85
5.3.3	A participação da comunidade	90
5.4	CARACTERÍSTICAS DO PLANEJAMENTO LOCAL	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICES	106

APRESENTAÇÃO

Este trabalho se propõe a esclarecer como as equipes de Saúde da Família realizam seu *planejamento local de ações* para o enfrentamento dos principais problemas observados no território: se essas equipes organizam seus processos de trabalho com base num conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita a seu território de abrangência; se são levados em consideração avaliações sobre o risco e vulnerabilidade da população; se o planejamento é organizado de forma participativa.

Considera-se território como “território-processo”, segundo Milton Santos (1994), ou seja, que traz consigo, além do espaço geográfico, outras características, como as culturais, socioeconômicas, ambientais – enfim, o modo de vida da população que nele vive. Para Sampaio *et al.* (2002), compreender a realidade local dos territórios-processo é o que se chama de territorialização.

Para tanto, organizamos uma pesquisa qualitativa com três equipes de Saúde da Família localizadas em três diferentes áreas da cidade, tendo como critério de eleição o tempo de trabalho das equipes, partindo do pressuposto de que as equipes mais estáveis ao longo do tempo já tivessem adquirido maior domínio das necessidades de seu território. A pesquisa realizou-se nos meses de junho a setembro de 2008, através de observação das reuniões de equipe (um mês em cada equipe), seguidas de entrevistas semi-estruturadas com os integrantes das mesmas.

Para melhor compreensão, dividimos o trabalho em seis capítulos, a saber: no primeiro capítulo (INTRODUÇÃO), fazemos uma revisão sobre as bases do Sistema Único de saúde (SUS), seus princípios e diretrizes, sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a importância da Atenção Primária em Saúde (APS). Trazemos

também alguns esclarecimentos sobre as formas de planejamento (normativo x participativo) e sobre a comunicação como fator importante para o planejamento participativo.

No segundo capítulo, apresentamos nossa questão norteadora, objetivos geral e específicos e justificativa.

No terceiro, temos a revisão da literatura, pautada em discussões sobre a Atenção Primária à Saúde: as necessidades de saúde, um debate sobre as divergências e sinergias entre os conceitos de Atenção Primária e Atenção Básica à saúde, a implantação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, mais especificamente no município do Rio de Janeiro, e o planejamento de ações dentro do processo de trabalho das equipes de saúde da família.

No quarto capítulo, encontram-se as bases metodológicas da pesquisa.

No quinto capítulo, apresentamos os resultados e discussão sobre os mesmos e no sexto e último, as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está completando 20 anos e é inegavelmente uma conquista dos cidadãos brasileiros; porém, ainda há muito em que avançarmos na sua construção. Foi criado através da promulgação da Constituição Federativa da República do Brasil de 1988, como resultado de um movimento social conhecido como “Reforma Sanitária” e trouxe como seus princípios norteadores a universalidade no acesso, a descentralização da gestão com participação da comunidade e a integralidade da atenção. Este novo sistema de saúde teve seu arcabouço legal definido nas leis nº 8.080 de 1990 e 8.142 de 1990.

Ao adotar o conceito ampliado de saúde e atribuir prioridade a ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, o SUS passou a considerar o nível de atenção básica a sua porta de entrada e o local privilegiado para a prestação de ações e serviços de saúde. A idéia é organizar o sistema de saúde a partir da atenção básica, que deve atender de forma eficiente, eficaz e efetiva às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2003a).

Tais conceitos e propostas já vinham sendo legitimados por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) que, desde 1978, na Conferência de Alma-Ata, propunha a responsabilização dos governos em garantir saúde para sua população e considerava a atenção primária (APS) a chave para se alcançar a meta “Saúde para todos no ano 2000”.

Segundo a declaração de Alma-Ata, a APS seria:

[...] um meio prático para colocar a assistência à saúde ao alcance de todos os indivíduos, famílias e comunidades, abarcando fatores sociais e de desenvolvimento, integrada ao resto do sistema de saúde, tendo como objetivo a melhora da qualidade de vida e maior responsabilidade por parte das comunidades e indivíduos em matéria de saúde. Devendo haver participação popular para o desenvolvimento de um plano local com o conhecimento das necessidades sanitárias da área (OMS, 1978).

De forma similar, a Lei nº 8.080 de 1990, em seu art. 2º, afirma que: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O parágrafo 1º do mesmo artigo versa que:

O dever do Estado, de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Cabe ainda observar o conteúdo do art. 3º do mesmo documento:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Foi dentro deste contexto, em que se ressalta a atenção básica, que surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, em 1994. Embora rotulado de programa, o PSF fugia à concepção usual dos demais programas do Ministério da Saúde, caracterizando-se então como uma estratégia e sendo assim definido pelo MS em 1997 no documento *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial* (BRASIL, 1997; RIBEIRO, PIRES *et al.*, 2004). O objetivo principal da Estratégia de Saúde da Família é o de constituir-se como eixo estruturante do sistema, com o intuito de reorientar o modelo de atenção à saúde no SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação e relacionamento entre os serviços de saúde e a população (ANDRADE, SOARES *et al.*, 2001).

A operacionalidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) se dá através do trabalho em equipes multiprofissionais. Cada equipe é composta minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde; as equipes podem ser ampliadas passando a contar também com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Segundo o Ministério da Saúde, o trabalho das equipes consiste em:

- Prestar assistência integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade;
 - Identificar e intervir sobre os fatores de risco à saúde;
 - Estabelecer um vínculo com a população, humanizando as práticas de saúde;
 - Estabelecer parcerias com desenvolvimento de ações intersetoriais para intervir em situações que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde da população;
 - Contribuir para a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença;
 - Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e expressão de qualidade de vida;
 - Estimular a organização da comunidade para o efetivo controle social.
- (BRASIL, M.D.S., 2006).

As equipes atuam com adscrição de clientela em um território, responsabilizando-se por aproximadamente mil famílias (ou quatro mil habitantes) e desenvolvendo vínculo com as mesmas. Objetivando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o tratamento e a reabilitação, as equipes traçam um diagnóstico das condições de saúde da comunidade e das famílias no território sob sua responsabilidade.

Entre as principais atribuições das EqSF estão:

- Conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade;
- Identificar os problemas de saúde e situações de risco;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos principais determinantes de saúde/doença; inclusive com ações intersetoriais;

- Resolver os principais problemas detectados e utilizar adequadamente o sistema de referência/contra-referência;
- Prestar assistência integral e contínua à população de sua área adstrita, respondendo de maneira racional à demanda espontânea (ANDRADE, SOARES *et al.*, 2001; BRASIL, M.D.S., 2006).

1.1 A ELABORAÇÃO DO PLANO LOCAL COMO ATRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A construção do plano local, enquanto atribuição das EqSF é o tema deste estudo. Essa atribuição pressupõe o conhecimento das famílias e a identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais prevalentes na comunidade sob responsabilidade da equipe. Ou seja, depende da elaboração de um diagnóstico local, desenvolvido através de levantamentos epidemiológicos, utilizando dados secundários como os disponíveis no cadastramento das famílias contido no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), oficinas de trabalho com os agentes comunitários de saúde e representantes da comunidade, bem como do acompanhamento dos indivíduos e famílias. Da adequação do plano local depende, por sua vez, a possibilidade de a equipe responder de forma efetiva e eficaz aos problemas detectados, a partir dos recursos disponíveis.

Entretanto, elaborar o plano local é uma tarefa complexa, que demanda instrumentos de epidemiologia, técnicas de planejamento e também de comunicação. Envolve diferentes atores, com diferentes pontos de vista e interesses, junto aos quais as equipes de saúde têm o desafio de construir uma

mediação capaz de contemplar os profissionais, os usuários, as lideranças comunitárias, os representantes dos níveis mais centrais da Secretaria Municipal de Saúde (supervisores, coordenadores e demais gestores), da Secretaria Estadual de Saúde, do Ministério da Saúde e de outras instituições relacionadas ao tema. Nesta perspectiva, a elaboração do plano local pode ser um instrumento de integração da equipe e ao mesmo tempo expressar o grau da integração e qualidade do trabalho da equipe.

O planejamento das ações, se encaminhado de maneira participativa, permite explicitar democraticamente os objetivos e compartilhar compromissos, de forma a fortalecer a interação.

Jürgen Habermas, filósofo alemão, afirma em sua teoria da ação comunicativa que o discurso pressupõe a interação, isto é, a participação de atores que se comunicam livremente e em situação de simetria. Para Habermas (*apud* GONÇALVES, 1999), o processo de comunicação que visa ao entendimento mútuo está na base de toda a interação, pois somente uma argumentação em forma de discurso permite o acordo de indivíduos. Desta forma, o que se deseja é que se consolide um discurso, na perspectiva de Habermas, entre os diversos atores participantes do processo de planejamento.

Azevedo (1992) define planejamento como o ato de analisar dados, estabelecer metas e tomar decisões capazes de melhorar a organização do serviço e a utilização de recursos, mantendo-se constante avaliação para adotar medidas corretivas. Segundo a autora, este pode ser um instrumento valioso para o alcance de maiores possibilidades de sucesso na realização de intervenções para resolver determinadas situações-problemas.

Planejar, entretanto, pode ser ou não uma ação participativa. A proposta de planejamento se desenvolveu com as necessidades da sociedade industrial, tendo caráter social e histórico em seus fundamentos, entre os quais se destaca a valorização do planejador, associado a uma função normativa e de mando. Na década de 1980, Carlos Matus, economista chileno, sistematizou um método conhecido como Planejamento Estratégico Situacional (PES), que se diferenciava do planejamento normativo utilizado na época, entre outras coisas, por não valorizar a figura tradicional do planejador.

Na concepção do PES, o planejamento é efetuado por um grupo de atores que busca construir uma interpretação estratégica da situação. A meta é possibilitar a escuta de resistências, conflitos, incertezas e mudanças, o que necessariamente considera a comunicação e a negociação entre os atores envolvidos. Para ele, o planejamento seria a “mediação entre conhecimento e ação” – ação esta sobre a realidade e, como a realidade está em constante mutação, o planejamento situacional é descrito como um processo.

Além do PES, Matus apresentou a proposta de dois outros métodos: o MAPP (Método Altadir de Planejamento Popular) e o ZOPP (sigla em alemão para Método Orientado por Objetivos ou *Zielorientierte Projektplanung* [ZOPP]). O MAPP e o PES foram desenvolvidos pelo referido autor; o ZOPP é uma metodologia utilizada pelo Ministério Federal Alemão de Cooperação Econômica, adaptada e adotada por Matus; o conjunto é conhecido como “Trilogia Matusiana”. Segundo Artmann (1993), enquanto estrutura, o PES é útil para o nível central, o ZOPP para o nível intermediário e o MAPP ou Altadir mais adequado para o nível local (ARTMANN, 1993).

De acordo com Mottin (1999), a operacionalização do planejamento participativo envolve algumas etapas, iniciando-se por elencar o(s) problema(s) e tentar explicar suas causas e determinantes, desenhar as ações necessárias para superá-lo(s), definir os responsáveis pela ação, além do cronograma e recursos a serem utilizados, não esquecendo a avaliação. Um *problema* é descrito como uma situação não satisfatória, como uma diferença entre o que é e o que deveria/poderia ser, daí a importância de se conhecer dados da realidade local.

O conhecimento da realidade local envolve, no campo da saúde, a identificação de riscos e vulnerabilidades a que estão expostos a população de um determinado território. Entendendo-se risco como a probabilidade de que um evento desfavorável venha ocorrer, e vulnerabilidade como a razão entre esta probabilidade e a capacidade para seu enfrentamento (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

O planejamento participativo em saúde é então uma modalidade configurada pela relação entre diferentes atores, tendo caráter interativo, o que coloca em destaque a eleição de estratégias de comunicação capazes de favorecer o processo. Esta modalidade de planejamento responde à proposta de participação e controle social prevista nas diretrizes do SUS.

Segundo Cardoso (2005), comunicar não é apenas passar uma informação, mas um processo que envolve relação entre pessoas com diferenças de interesses, poder e saber. O avanço do SUS exige um modelo de comunicação que alimente práticas coerentes com a visão ampliada de saúde e as propostas de descentralização, participação e controle social.

O planejamento participativo remete a um modelo de comunicação dialógico, capaz de permitir a expressão das diferentes vozes e interesses envolvidos no campo da saúde (CARDOSO, 2005). Desta perspectiva, merece destaque o

conceito de polifonia, desenvolvido na década de 1920 pelo filósofo russo Mikhail Bakhtin e introduzido entre nós nos anos de 1970, atualmente não podendo mais ser ignorado. Bakhtin observou que a linguagem é uma arena de embates sociais, na qual são propostas, negociadas, ratificadas ou recusadas as relações de poder. Em cada fala ou texto se exprime uma multiplicidade de vozes – polifonia. A comunicação seria assim um processo social complexo e dinâmico e não apenas a transferência de mensagens. “[...] nenhum discurso parte do zero, sem antecedentes e sem provocar conseqüências”, afirmam Araújo e Cardoso (2007).

O processo de elaboração do plano local participativo para o desenvolvimento de ações de saúde junto à comunidade, no território sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família, representa assim um desafio na ESF. Nele, os profissionais das equipes de saúde são chamados a exercer uma mediação e integração entre os diferentes atores, projetos e interesses enunciados.

Entretanto, inúmeras dificuldades se interpõem à viabilização desta proposta. No interior das equipes de Saúde da Família (EqSF), encontram-se profissionais de segmentos sociais e culturais diferenciados, com níveis de escolaridade e de formação técnica também diversos, o que representa percepções, interesses e projetos múltiplos. A comunicação entre esses profissionais tende a ser marcada por posições hierárquicas, articuladas através do saber científico. O silêncio, a omissão e mesmo o boicote diante de decisões não suficientemente compartilhadas são estratégias freqüentes na (des)articulação entre esses profissionais (CARDOSO e NASCIMENTO, 2007).

De maneira similar, a comunicação entre as equipes e os profissionais dos níveis mais centrais da área de saúde (coordenações técnicas e gestores da Secretaria Municipal) também são atravessadas por tensões e embates, nem

sempre suficientemente explícitos e enfrentados – o que, por sua vez, tende a se refletir na comunicação com usuários e representantes das comunidades (NASCIMENTO, 2007).

Diante destes e outros obstáculos no processo de construção do plano local, algumas equipes tendem a se limitar ao cumprimento de normas verticalizadas, sem levar suficientemente em consideração os determinantes do processo saúde/doença nos territórios sob suas responsabilidades.

Muitas equipes, em seu processo de trabalho cotidiano, se deparam com cobranças derivadas de normas estabelecidas, desenvolvendo atividades burocráticas, numa rotina muitas vezes imposta e reproduzida quase sempre sem uma suficiente reflexão crítica (ARAUJO, TIMÓTEO *et al.*, 2007)

O Ministério da Saúde, no documento *Diretrizes para a Programação pactuada e integrada da assistência* (2005), também aponta a necessidade de se avançar nos processos de planejamento local:

[...] há muito que avançar na ESF, sendo necessário o enfrentamento de questões limitantes [...] Como, por exemplo, a apropriação insuficiente dos processos gerais de planejamento local e regional (BRASIL, M.D.S., 2006).

Em nossa prática profissional, após atuarmos durante aproximadamente cinco anos como médica em uma equipe de Saúde da Família e posteriormente, na coordenação local (Coordenação de Área Programática), bem como no nível central (Secretaria Municipal de Saúde), temos constatado a dificuldade que as equipes enfrentam diante da tarefa de elaborar um plano local. Seja pela complexidade da tarefa, pela inexperiência, pelas demandas que surgem no cotidiano das equipes, bem como por geralmente não encontrarem o apoio desejado nas equipes de supervisão.

Apesar de o tema planejamento em saúde ter diversos estudos publicados, observarmos na revisão da literatura que a elaboração do plano local, no nível do território adscrito às equipes de Saúde da Família, é ainda um tema pouco explorado.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 QUESTÃO NORTEADORA

Como as equipes de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro estão desenvolvendo o planejamento local?

2.2 PRESSUPOSTO

Diante do exposto, o presente estudo parte do pressuposto de que as equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro encontram dificuldades no processo de elaboração de seu plano local de trabalho em saúde. Ou seja, dificuldades na elaboração do diagnóstico das necessidades de saúde e na pactuação de metas prioritárias a serem cumpridas, com base em critérios de risco e vulnerabilidade e nas necessidades de saúde de seu território.

2.3 OBJETIVOS

São objetivos deste estudo:

2.3.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de planejamento local das equipes de Saúde da Família quanto aos critérios e instrumentos utilizados para a realização do diagnóstico e a definição de prioridades e estratégias de enfrentamento.

2.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as reuniões de equipe quanto à frequência, temas, vozes predominantes, presença e amplitude do tema “planejamento local”;
- Identificar os principais critérios e instrumentos que orientam as atividades de planejamento local nas equipes;
- Identificar e analisar as dificuldades e facilidades encontradas pelas equipes para realização do plano local.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 NECESSIDADES DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Saúde e doença sempre foram preocupações da humanidade. Desde a Antiga Grécia haviam cultos a Deuses relacionados com a medicina, a saúde e a cura, como Asclepius, Higéia e Panacéia (SAYD, 1998). A atenção médica e os modelos de assistência à saúde assumiram, porém uma grande importância nas sociedades contemporâneas, que destinam uma parte expressiva de seus recursos aos cuidados com a saúde de suas populações. No Brasil, estima-se que seja destinado ao setor de saúde atualmente cerca de 8% do produto interno bruto (PIB) nacional (DE LAVOR, DOMINGUEZ *et al.*, 2008).

Desde a criação do SUS, a política de saúde de nosso país adota um conceito ampliado de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde seria um estado de completo bem-estar físico e mental. Para Porto (2007), este conceito expressa uma visão idílica, pois nascimento e morte fazem parte do ciclo de vida e todos os organismos passam por diferentes processos adaptativos ao longo das várias fases de sua existência (PORTO, 2007).

Saúde, enquanto bem-estar, não é considerado um conceito estático, sendo melhor compreendido como um processo dinâmico, entendendo-se que as condições de um organismo dependem de sua interação com o ambiente natural e social que o cerca e de suas respostas aos desafios impostos por este ambiente externo.

Os seres vivos passam por inúmeras transformações, fases adaptativas e esforços de superação necessários para que um novo estágio de equilíbrio seja alcançado. A condição de equilíbrio é, portanto dinâmica, o que vai ao encontro do pensamento sistêmico. Não é do escopo deste trabalho discorrer sobre a teoria dos sistemas, mas cabe ao menos ressaltar que uma característica fundamental dos sistemas é a tendência ao equilíbrio/homeostase (GRANDESSO, 2000).

Um estado de desequilíbrio poderia ser entendido como doença; observa-se que o processo saúde-doença-cuidado envolve múltiplos determinantes, existindo organismos mais ou menos vulneráveis. Segundo Oliveira (2002, p. 66), o que entendemos, expressamos e a forma como buscamos superar nossas doenças têm grande influência cultural.

Podemos dizer que literalmente “aprendemos a ficar doentes” de acordo com o nosso meio social, que influencia diretamente a forma como sentimos as doenças, expressamos seus sintomas e utilizamos os recursos de cura à nossa disposição.

O mesmo autor continua:

Em cada cultura, a saúde, a doença, a resposta a ela, os indivíduos que a experimentam, os que se ocupam em tratá-la e as instituições envolvidas estão interconectados num sistema, que também contempla, entre outros elementos, as crenças sobre a origem das doenças, as formas de busca e avaliação do tratamento, os papéis desempenhados e as relações de poder entre todos os envolvidos (OLIVEIRA, 2002, p. 66).

O processo saúde-doença-cuidado é, portanto produto de “modos de viver a vida” e, para viver, precisa-se antes de tudo de satisfazer necessidades.

Bradshaw (1972 *apud* CASTIEL 1985, p. 20) identificou quatro tipos de necessidades:

- 1) **Normativa**: onde um padrão desejável é estabelecido e comparado com o padrão do que existe na realidade - se um indivíduo ou grupo não se inclui no padrão desejável, então são considerados como estando em necessidade.
- 2) **Sentida**: neste caso, a necessidade corresponde à aspiração (“want”). Está limitada à percepção do indivíduo.

3) **Expressa** (ou Demanda): é a necessidade sentida transformada em ação. É medida através da população que busca serviços.

4) **Comparativa**: este tipo de necessidade é o resultado da comparação com as características daqueles que recebem serviços. Se pessoas com características similares não os recebem, então estão em necessidade (CASTIEL, 1985).

Já na concepção freudiana, as necessidades referem-se às funções vitais indispensáveis para a manutenção da vida do organismo; necessidades podem ser então fisiológicas (orgânicas) ou emocionais. Winnicott usava o termo necessidades egóicas para referir-se a estas últimas. As orgânicas aludem ao funcionamento do corpo biológico e precisam de objetos reais para sua satisfação. As emocionais - ou egóicas - referem-se à afetividade, por exemplo: ser segurado no colo, tocado, olhado, acariciado, ter um contato íntimo, ser amado por um outro, desenvolver alguma forma de comunicação baseada na confiança, o que se inicia no relacionamento do bebê com o ambiente (mãe), o *holding* materno; sendo isto fundamental para o processo de amadurecimento. Poderíamos, resumindo, dizer que o ser humano tem, além de desejos que podem ou não ser satisfeitos, necessidades orgânicas e egóicas; onde as necessidades *devem* ser satisfeitas (LEJARRAGA, 2006) .

O limite entre o que é desejo e necessidade em indivíduos e na população é muito tênue, principalmente em uma sociedade capitalista. Um sistema de saúde que pretende ser universal e equânime pode sofrer graves conseqüências deste binômio: desejo/necessidade (desejos podem levar as falsas necessidades que levam a recursos insuficientes...).

Faleiros (1980 *apud* CASTIEL, 1985) sugere que no setor saúde em um Estado capitalista, é a falta que caracteriza a necessidade de sobreviver ou desenvolver-se (CASTIEL, 1985).

Identificar as necessidades de saúde de uma população envolve o diagnóstico das condições de saúde da comunidade e o estudo de demanda. O primeiro leva em conta questões como características demográficas, instrução e renda (podendo-se utilizar índices como o de desenvolvimento humano - IDH), prevalência de agravos na população, saneamento, habitação, serviços existentes, entre outras. O segundo dedica-se ao estudo das queixas, sinais e sintomas dos indivíduos que procuram o serviço de saúde. Este diagnóstico da comunidade é essencial para aproximar os profissionais da realidade local e para o planejamento de ações e pactuação de metas, processo que envolve diferentes forças e interesses a serem contemplados no plano local. Esta tarefa pode ser realizada através de uma técnica conhecida como Estimativa Rápida, onde são analisados registros de fontes primárias e secundárias, entrevistas com lideranças e observação de campo (PIOVESAN, PADRÃO *et al.*, 2005).

A identificação das necessidades não leva obrigatoriamente ao atendimento das mesmas; entre os fatores limitantes inclui-se: o (des)conhecimento técnico, a centralização do processo decisório, e até a subjetividade encontrada nas avaliações de necessidades, baseadas em juízos de valor (CASTIEL, 1985).

Cecílio (2004) reconhece quatro conjuntos de necessidades de saúde:

- Boas condições de vida.
- Acesso a tecnologias que melhoram ou prolongam a vida.
- Criação de vínculos afetivos entre os usuários e os profissionais/equipe de saúde.
- Crescentes graus de autonomia dos indivíduos em seu modo de conduzir a vida (CECÍLIO, 2004).

Para atender as necessidades de saúde da população, os serviços de saúde se organizam em forma de uma rede complexa, formando um sistema, que interage com outros serviços e instituições, formando um sistema e trabalhando a intersetorialidade. Entre as atribuições dos sistemas de saúde está a de combater desigualdades e iniquidades em saúde.

Segundo o *Tenth Futures Forum on Steering Towards Equity in Health*, organizado pela OMS em 2006, iniquidade em saúde é a presença de diferenças injustas e evitáveis entre as condições de saúde de populações diferenciadas por critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos (WHO, 2006).

Esta concepção de determinação social do processo saúde-doença-cuidado, fortemente influenciado por condições sócio-ambientais (educação, liberdade, trabalho e renda, moradia, lazer, alimentação e outros hábitos de vida, além de acesso a serviços de saúde) se fez presente no relatório brasileiro de sua 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), fazendo eco a conceitos presentes em um documento canadense conhecido como “INFORME LALONDE” (1974), no qual o então ministro da saúde daquele país propôs a decomposição do campo da saúde em quatro componentes:

- Biologia humana
- Ambiente
- Estilo de vida
- Organização da assistência a saúde

Lalonde concluiu que as principais causas de enfermidades e mortes tinham suas origens nos componentes da biologia humana, meio ambiente e estilos de vida, apesar dos maiores gastos concentrarem-se na organização da assistência médica (BUSS, 2000) .

Depois da publicação deste documento e com o entendimento de que saúde e doença não são estados estanques e sim fruto de um processo permanente do modo de organização da sociedade, um movimento de promoção da saúde, apoiado pela OMS, se disseminou pelo mundo e vários países adotaram novos modelos de assistência à saúde, baseados na atenção primária à saúde.

No Brasil, a criação do SUS, em 1988, se baseou no conceito ampliado de saúde e na proposta de fortalecimento da atenção primária, como nível prioritário para o desenvolvimento de ações de assistência, prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde, entendida enquanto qualidade de vida.

Mais recentemente, em 2005, OMS criou a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, com o objetivo de gerar informações e conhecimentos sobre fatores sociais que influenciam as condições de saúde dos indivíduos, e contribuir desta forma para a formulação de políticas promotoras de equidade em saúde. Esta comissão ratificou a importância de ações intersetoriais para promoção da equidade e melhoria das condições de vida e saúde das populações, que incluem a melhoria da habitação, da nutrição, emprego, renda, educação, além do combate à violência e acidentes de trânsito (DOMINGUEZ, 2007). Atendendo recomendação da OMS dirigida aos países membros, o Brasil criou a sua respectiva comissão em março de 2006.

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata promovida pela OMS aprovou a meta de “Saúde para todos no ano 2000”, enfatizando a importância da Atenção Primária à Saúde - APS, definida como:

Uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade [...]. A APS é parte integrante do sistema de saúde do qual se constitui como função central e núcleo principal [...]. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde (OMS, 1978; CONASS, 2007, p. 17).

A APS é então uma parte de um sistema de saúde por meio do qual se busca integrar outros serviços e outras instituições, tendo como perspectiva as necessidades de saúde locais, devendo ser o primeiro contato da população com o sistema de saúde e o nível responsável pela organização e gerenciamento longitudinal do cuidado, ou seja, a gerência do cuidado ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

Entre outros aspectos, a APS dedica-se a problemas mais freqüentes, que se apresentam geralmente em fases iniciais e, portanto, menos definidos; possui uma grande parte da clientela já conhecida dos profissionais. Neste nível de atenção as necessidades tendem a ser também mais variadas em comparação às de níveis mais especializados (Exemplo: uma equipe de APS cuida de uma criança de baixo peso, filho de mãe adolescente e com uma avó obesa, hipertensa e diabética. Um especialista em cardiologia cuidaria da hipertensão). Estudos evidenciam ainda que a APS tenha condições de resolver cerca de 85% das necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002; CONASS, 2007).

Voltando ao binômio desejo/necessidade, é a equipe da APS que deve distinguir dentre os problemas, aqueles que merecem investigações e cuidados mais específicos, avaliando riscos e vulnerabilidades, negociando com o usuário, que em última análise é quem vai aceitar ou não as intervenções propostas. Para tanto, a utilização da Medicina Baseada em Evidências (sistematização de informações para o melhor manejo das tecnologias de diagnóstico e terapêutica) é uma grande aliada, sendo, porém imprescindível o investimento em formação adequada de recursos humanos com educação permanente e continuada de qualidade (CONASS, 2007).

Entre as características da APS, é possível então destacar: local do primeiro contato com o Sistema de Saúde, devendo-se ter garantia de acesso (geográfico e sócio-organizacional). Longitudinalidade, que pressupõe uma atenção ao longo do tempo, permitindo a formação de vínculo e responsabilização. Coordenação do cuidado, onde o profissional da APS (ou equipe) coordena as diferentes ações de cuidado dispensadas aos indivíduos, resolvendo os problemas quando possível e encaminhando a outros pontos do sistema quando necessário, porém mantendo a coordenação destas ações (CONASS, 2007; STARFIELD, 2002).

Países como Canadá, Espanha, Reino Unido e Nova Zelândia, mesmo tendo diferentes arranjos operativos em seus sistemas de saúde, possuem uma similaridade por terem baseado a organização dos mesmos na APS como primeiro contato, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade. O que tem lhes permitido um impacto positivo em seus indicadores de saúde (CAMPOS, 2006).

Segundo Buss (2000), os sistemas de saúde devem ter como meta produzir melhores estados de saúde da população, atuando articulada e integralmente com os outros componentes da rede, ou seja, produzir cuidado e ampliar a capacidade de autonomia dos indivíduos, proporcionando decisões conscientes e reivindicações

de políticas públicas saudáveis, tendo na intersetorialidade sua ferramenta operacional.

No contexto brasileiro atual ocorre uma superposição dos termos Atenção Primária (APS) e Atenção Básica em Saúde (ABS). Segundo Gil (2005), estes termos são usados ora como sinônimos, ora como contraditórios. Para a autora, o referencial proposto em Alma-Ata de organizar os serviços de saúde a partir da APS influenciou algumas experiências no Brasil nos anos de 1980, porém com o passar do tempo, este referencial perdeu gradativamente a sua potência sendo substituído pela concepção de Atenção Básica, que remete à idéia de “pacote básico” de serviços de saúde.

No entanto, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se propõe a ser o eixo estruturante da atenção básica em saúde no País, ocorre uma sinergia que contempla também o enfoque de APS como primeiro nível de atenção, porta de entrada do sistema de saúde e gerenciamento longitudinal do cuidado (GIL, 2006).

Recusando a concepção de atenção básica como assistência simplificada e de baixo custo para problemas simples de gente pobre, Schraiber e Gonçalves (1996) enfatizam que as demandas nesse nível exigem, para sua adequada compreensão e efetiva transformação:

[...] sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

A expressão atenção básica de saúde (ABS) é definida pelo Ministério da Saúde como:

Um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (HEIMANN; MENDONÇA, 2005) .

Neste contexto a ESF deve ser entendida como a possibilidade de mudança no modelo de atenção, tendo como objetivo produzir cuidado. De acordo com Gil (2006), a estratégia traz consigo uma *sinergia* entre atenção básica e APS e para melhor exercer o trabalho neste nível de atenção torna-se imperioso privilegiar “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade”, as chamadas “tecnologias leves” segundo Merhy e Onocko (1997). Estes autores consideram a existência de três categorias de tecnologias de trabalho em saúde:

- “Tecnologias duras” representadas pelas máquinas, instrumentos, normas.
- “Tecnologias leve-duras”, as do conhecimento técnico, que se diferenciam em cada profissional.
- “Tecnologias leves”, que dizem respeito às relações, daí sua complexidade.

Sendo que estas se demonstram fundamentais na produção do cuidado (MERHY, 1997).

3.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Até a década de 1980, predominava no Brasil um modelo de saúde baseado em assistência médico-individual-hospitalar, de caráter privatista, acompanhado de ações de saúde coletiva do tipo “sanitarismo campanhista” (CORDEIRO, 2005).

A partir de então, passando o modelo a sofrer críticas crescentes, surgiram algumas experiências inovadoras. Silva Junior (2006) apresenta três experiências alternativas ao modelo hegemônico, desenvolvidas em diferentes regiões do Brasil, que forneceram elementos para a criação do SUS e, posteriormente, da ESF (SILVA JUNIOR, 2006).

Uma destas experiências foram os Distritos Sanitários, também denominados SILOS - Sistemas Locais de Saúde ou USL - Unidades Sanitárias Locais, operacionalizados principalmente no Ceará e na Bahia, com o apoio da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e da Cooperação Italiana em Saúde, e participação de integrantes do Movimento de Reforma Sanitária. Esta estratégia de reorganização dos serviços adotava uma perspectiva sistêmica com ênfase na base territorial, levando-se em conta:

[...] o levantamento de dados populacionais, a identificação das necessidades de saúde da população, a avaliação do perfil da demanda e a articulação com outros níveis de complexidade dentro do sistema (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Paralelamente, pesquisadores da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) desenvolveram estudos que se tornaram a base conceitual para a formulação de propostas conhecidas posteriormente como “modelo em defesa da vida”, fundamentado nos princípios da gestão democrática, na saúde como direito de cidadania e do serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Ainda na década de 1980, intensificaram-se os debates a cerca da promoção da saúde e surgiu o movimento das “Cidades Saudáveis”. Este é o nome que se deu a um projeto de desenvolvimento social, que tem a saúde e suas múltiplas determinações como centro de atenções. Segundo Guimarães (1999), trata-se de:

Um movimento de luta por um estilo de desenvolvimento sustentável, que satisfaça as necessidades das gerações atuais sem comprometer a capacidade das futuras de satisfazer suas próprias necessidades, tornando a cidade comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos e envolvida em um trabalho contínuo para atingi-los (WESTPHAL, 2000).

Nesta época, observou-se também um avanço conceitual em relação à proposta de Vigilância em Saúde, que, em sua concepção renovada passou a incorporar um conjunto de ações voltado para a melhoria das condições de vida das

populações, sendo assim um eixo articulador de várias destas propostas de mudança do modelo assistencial (CAMPOS, 2006; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

A criação do SUS, em 1988, incorporou parte dessas experiências, por exemplo, ao definir a saúde enquanto direito de cidadania e dever do Estado, e ao estabelecer uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. Não obstante, novas experiências continuaram a ser desenvolvidas no país, principalmente na Região Nordeste, que no final da década de 1980 vivia a conjuntura de crise econômica que atingia o país, agravada por uma seca prolongada.

Neste contexto, no Estado do Ceará se organizou um programa com agentes de saúde, que eram moradores de áreas carentes de recursos sociais e econômicos, castigadas pela seca. A proposta era levar a estas áreas atividades de promoção da saúde, além de prover renda em um quadro emergencial de seca.

Diante dos resultados positivos da experiência do Ceará, o Ministério da Saúde criou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), focalizado principalmente nas regiões Norte e Nordeste, com o objetivo central de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, bem como para conter o ritmo de expansão da epidemia de cólera (VIANNA; POZ, 1998).

Em 1993, o Ministério da Saúde promoveu uma reunião sobre o tema Saúde da Família, em resposta a uma demanda de secretários municipais de saúde para incorporar outros profissionais, principalmente médicos, ao PACS. A proposta contava com o apoio de consultores da OPAS e UNICEF, tendo como um importante referencial a experiência do Programa Médico de Família (PMF), em desenvolvimento no município de Niterói/RJ. No ano seguinte, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF), já com a intenção de fazer deste programa um instrumento de reorganização do SUS (VIANNA; POZ, 1998).

Na época, exigia-se a elaboração de um convênio entre o MS e o Município que desejasse adotar o PSF, sendo necessária a existência de um Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, entre outras formalidades, para o repasse de recursos financeiros (VIANNA; POZ, 1998).

Através da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), o Ministério da Saúde definiu novas regras de repasse de recursos para a execução de programas de saúde e criou o Piso de Atenção Básica - PAB.

Atualmente, o financiamento da atenção básica é feito de forma tripartite, devendo haver repasse de recursos dos governos federal, estadual e municipal. Os recursos federais são divididos em dois componentes, o PAB-fixo e o PAB-variável; o PAB-fixo é calculado por número de habitantes e transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, para ser aplicado em diversas ações de atenção básica, como contratação de profissionais, compra de equipamentos e insumos e manutenção de postos e unidades de Saúde da Família. Já o PAB-variável é destinado a estimular a implantação de estratégias nacionais, como os programas Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e de equipes de saúde bucal; corresponde a um incentivo financeiro calculado de acordo com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família em cada município (SAÚDE, 2002).

Recentemente, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.624, de 10 de julho de 2007, que regulamentou a transferência de recursos destinados à *Compensação de Especificidades Regionais*. Estes recursos financeiros têm o objetivo de favorecer a compensação de especificidades regionais e/ou municipais a exemplo de: sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, baixo IDH,

municípios que atendam à população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos, entre outras (SAÚDE, 2007).

O Ministério da Saúde também contribui com a consolidação da ESF através de programas como o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF, que, criado em 2002, viabiliza recursos para estruturação de equipes/unidades de Saúde da Família em municípios com mais de 100.000 habitantes (SAÚDE, 2003).

Apesar da importância do tema, não se inclui entre os propósitos deste trabalho desenvolver uma análise do financiamento da saúde no Brasil. Passamos então a discorrer sobre outro elemento chave da ESF: o trabalho em equipe.

Uma equipe de Saúde da Família se compõe minimamente por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico de higiene dental (MS/DAB, 2007).

Vale comentar que as equipes de saúde bucal foram incorporadas ao PSF em 2001, após a publicação da Portaria GM 1444 em 28 de Dezembro de 2000, que criou os incentivos financeiros para a incorporação das mesmas ao PSF, e da Portaria 267 de março de 2001, que procedeu a sua regulamentação (BRASIL, 2001).

Cada equipe de Saúde da Família se responsabiliza pelo acompanhamento de 4000 indivíduos, com definição precisa do território de cobertura e mapeamento da área adscrita. De acordo com a Portaria nº 648/GM (MS, 2006), as características do processo de trabalho da Saúde da família incluem: diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais freqüentes; prática do cuidado familiar

ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, e direcionada a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações, dentre outras. O mesmo documento descreve em seu anexo I as atribuições dos profissionais das equipes (BRASIL, 2006).

Desta forma, espera-se que os profissionais possam conhecer os fatores que determinam a qualidade de vida da população adscrita e desenvolver ações intersetoriais para a melhoria constante da mesma.

Trazendo consigo influências do debate internacional em saúde e de experiências locais anteriores, como os SILOS, o Modelo em Defesa da Vida e o PACS, através de conceitos de território, vigilância em saúde, gestão democrática e participação popular, entre outros, o PSF veio a ser definido como uma estratégia. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca fortalecer SUS, efetivar seus princípios e diretrizes e reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica.

3.4 A ESF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro é hoje um município com aproximadamente seis milhões de habitantes (OLIVEIRA, 2008) e dividido em dez áreas programáticas (AP), ou áreas de planejamento sanitário, criadas em abril de 1993, de acordo com a Lei Orgânica do Município e com o Plano Diretor da Cidade, na tentativa de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde.

A experiência da Saúde da Família teve início em 1995, quando a Secretaria Municipal de Saúde decidiu implantar uma unidade na ilha de Paquetá, na época com cerca de 4.000 habitantes. Segundo dados da Coordenação de Saúde da Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ (2002), O projeto foi inspirado em duas experiências anteriores, iniciadas no ano de 1993 nas comunidades de Vila Canoas e Parque da Cidade, ambas na zona sul da cidade, implementadas com recursos da Organização Não-Governamental Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS, vinculada à Dreyfus Health Foudation (CEDAPS, 2009).

Firmou-se então um convênio com esta organização para viabilizar a iniciativa em Paquetá, que diferia um pouco da proposta do Ministério da Saúde e tinha uma relação mais generosa de médicos por habitantes, existindo um médico para grupos de 400 habitantes. A experiência rapidamente apresentou ótimos resultados. Foi então criado, em 1999, o Núcleo de Saúde da Comunidade ligado à Superintendência de Saúde Coletiva, com o objetivo de expandir o PSF/PACS no Rio de Janeiro, o que resultou na implantação do PSF nas comunidades do Borel, Parque Royal, Canal do Anil, Vila Canoas e Vilar Carioca em 2000 (S.M.S., 2002)

No ano seguinte, o Núcleo de Saúde da Comunidade passou a ser denominado Coordenação de Saúde da Comunidade e novas unidades de Saúde da Família foram implantadas, agora em Antares, Mangueiros e Curicica.

Em 2003, juntamente com uma programação de expansão do PSF, foram criados os Grupos de Apoio Técnico (GAT), com o objetivo de prover supervisão, capacitação e suporte técnico às equipes de ponta em cada área programática do município (TEIXEIRA; LIMA, 2005).

O município contava em janeiro de 2008, com 146 equipes de Saúde da Família inscritas no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, distribuídas em nove das dez áreas programáticas da cidade, tendo uma população coberta de 497.069, equivalente a 8,1% do total (MS/DAB, 2008).

No país, até janeiro de 2008, existia um total de 28.195 equipes de Saúde da Família inscritas no SIAB, o que correspondia a uma cobertura de 47,32% da população brasileira (MS/DAB, 2008). Vale observar a baixa cobertura da ESF no Município do Rio de Janeiro em comparação com os dados nacionais.

3.5 O PLANO LOCAL E O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE

Como foi referida anteriormente, uma característica primordial da ESF é estar estruturada no trabalho em equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma população de um determinado território a ela vinculado.

Neste território, a equipe de Saúde da Família (EqSF) desenvolve ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, considerando as características socioculturais desta população. Fundamentalmente, o trabalho consiste em atividades de coordenação do cuidado longitudinal das famílias de seu território de abrangência (BRASIL, 2007).

O trabalho em equipe, segundo Peduzzi (2001, p. 105) pode se organizar na forma de uma “equipe grupamento”, caracterizada por uma fragmentação das ações, ou “equipe integração”, na qual há um projeto assistencial em comum, interdependência das áreas técnicas e flexibilidade na divisão do trabalho.

Para a operacionalidade da ESF, impõe-se a organização na forma de equipe integrada.

O objetivo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o de reorganizar a prática assistencial, que passa a ser centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Espera-se que permite às equipes tenham uma compreensão ampla do processo saúde-doença (e cuidado) na sua área de abrangência, proporcionando a implementação de intervenções de acordo com as necessidades locais e não limitadas a práticas curativas (MS, 2001).

Para Silveira e Santos (2001 *apud* PAIM, 2003), a definição de um território deve levar em conta, além da natureza espacial, a ação humana, elevando-o à condição de “território vivo”; local onde os indivíduos vivem e trabalham, onde desenvolvem relações familiares e comunitárias (PAIM, 2003).

A territorialização, como parte do processo de trabalho, vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na Estratégia Saúde da Família. Espera-se que as equipes de Saúde da Família, após o cadastramento das famílias de sua área adscrita, realizem o diagnóstico das condições de saúde em seu território, evidenciando necessidades e potencialidades e, de maneira pactuada com a comunidade, proponham ações para a solução de problemas de saúde identificados.

A territorialização é atualmente entendida como parte da Vigilância em Saúde, sendo esta uma forma de pensar e agir objetivando a análise permanente da situação de saúde da população e a implementação de práticas adequadas ao enfrentamento dos principais problemas encontrados. Estas práticas podem se dar em curto, médio ou longo prazo, incluindo a avaliação, e se constituem em um

espaço de articulação de conhecimentos e técnicas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (PAIM, 2003).

A partir das ferramentas da Vigilância, as equipes desenvolvem habilidades de programação e planejamento de maneira a organizar as ações programadas e de atenção à demanda espontânea, que garantam o acesso da população em diferentes atividades de atenção à saúde.

O objetivo é impactar gradativa e positivamente os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida da comunidade.

No entanto, muitas vezes observa-se uma redução do conceito de espaço, que passa a ser utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde. Negligencia-se desta forma o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde, priorização dos mesmos e identificação de propostas de intervenção (MONKEN; BARCELLOS, 2005) .

Através de oficinas de territorialização, onde grupos que ocupam diferentes posições no espaço geográfico em questão estabelecem uma ação comunicativa para resgatar fragmentos da história e analisar as características locais, é possível definir o diagnóstico de saúde e avaliar situações de risco e vulnerabilidade da população da área de abrangência (PAIM, 2003; MONKEN, 2005).

Sánchez e Bertolozzi (2007) definem risco como a probabilidade de um evento desfavorável vir a ocorrer; fator de risco, como uma característica ou circunstância que eleva esta probabilidade, e vulnerabilidade, como a razão entre a possibilidade de sofrer um dano e a capacidade para seu enfrentamento. Estes autores acreditam que conhecer riscos e vulnerabilidades é um importante passo para a realização de diagnósticos sobre condições de saúde de maneira participativa

e para a definição de objetos de intervenção, contribuindo para práticas de saúde orientadas às necessidades da coletividade (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Segundo Porto (2007), saúde, risco e vulnerabilidade devem ser entendidos como processos dinâmicos. A avaliação destes fatores constitui-se um desafio para as ações de saúde coletiva, nas quais é fundamental entender as características que levam um determinado território a se tornar mais ou menos vulnerável ao se defrontar com situações de risco.

Em tais situações, espera-se que as equipes de Saúde da Família possam adotar uma visão integrada para induzir mudanças nos padrões culturais, nas práticas cotidianas e nas relações de poder, contribuindo para reverter iniquidades e promover saúde. Alguns instrumentos que avaliam os riscos de saúde em um território já foram elaborados, e um deles é a Escala de Risco de Coelho (APÊNDICE IV). Esta escala avalia o risco familiar e o potencial de adoecimento das famílias, classificando-as como de alto, médio e baixo risco, porém não é do escopo deste trabalho discorrer sobre esses instrumentos (LAGE; KATO, 2006).

3.6 PLANEJAMENTO DE AÇÕES E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A territorialização, o diagnóstico e a avaliação dos riscos são parte do processo de planejamento. Para Azevedo (1992), planejar é o ato de analisar dados, definir metas, tomar decisões; melhorando a organização do serviço e a utilização de recursos, e mantendo constante avaliação para adotar medidas corretivas.

O planejamento em saúde na América Latina está historicamente vinculado ao trabalho realizado pelo CEPAL (Centro de Estudos Econômicos para a América

Latina), que desde os anos de 1940 já defendia uma proposta de desenvolvimento econômico para a região. Para Rivera (1989), as atividades do CEPAL podem ser divididas em dois momentos: um economicista, nos anos de 1950 e outro, de caráter sócio-político, a partir dos anos de 1960.

Em 1965, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) elaborou um método de programação sanitária específico para a saúde, conhecido como método CENDES-OPS. A OPAS estava incumbida de desenvolvê-lo e prestar assessoria permanente aos países latino-americanos que o adotassem. Esta iniciativa recebeu apoio da Aliança para o Progresso, formulada pelo governo norte americano (RIVERA, 1989). Tanto o modelo *cepalino*, quanto o do CENDES-OPS possuíam um caráter normativo e davam muita ênfase a aspectos econômicos, sendo geralmente realizados por apenas um ator social.

A partir da década de 1970, o enfoque estratégico-situacional ganhou força; nele a realidade é entendida como um processo e novos atores sociais são reconhecidos. Metodologicamente, o enfoque estratégico é ligado a Mário Testa e destaca aspectos relativos ao poder em saúde, enquanto o enfoque situacional é ligado a Carlos Matus e enfatiza o caráter social e a natureza interativa da planificação (RIVERA, 1989; ARTMANN, 1993; EULÁLIO, 2007).

A despeito de existirem críticas ao chamado Planejamento Estratégico (MINTZBERG, 2004), levando-se em conta o escopo deste trabalho, optamos por apoiar nosso referencial teórico nesta prática, uma vez que ela é bastante utilizada pelas equipes de saúde da família, especialmente o MAPP, método de planejamento participativo estruturado por Matus para planejamento em bases populares como associações, partidos políticos, entre outros (SLALINSKI, 2006; BORBA, OLIVEIRA *et al.*, 2007).

O enfoque participativo do planejamento evidencia os processos comunicativos, na medida em que considera fundamental a capacidade de negociar e pactuar objetivos sob diferentes formas de compreensão dos problemas, vencendo o desafio de trabalhar numa perspectiva participativa e dialógica.

Observa-se um reconhecimento crescente da importância de se adotar estratégias participativas para o enfrentamento dos graves problemas sociais e ambientais da atualidade, através de uma forma de comunicação aberta e crítica, considerando a diversidade; esta traz consigo um grande potencial de transformação da realidade cotidiana (CARDOSO, 2005).

Após a segunda guerra mundial, a comunicação foi vista como motor para o desenvolvimento, porém as iniciativas na saúde constituíam-se, de acordo com Cardoso (2001), em capacitações que estimulavam a seguir normas e objetivos estabelecidos por instituições, com uma participação popular regulada. O modelo de comunicação predominante era o de transferência de informações, com um emissor, detentor de conhecimentos e habilidades, e receptores desprovidos desses recursos.

Com a adoção do conceito ampliado de saúde, diversificam-se os atores que participam, formulam políticas e têm direito de falar sobre saúde, não sendo possível continuar a pensar em um pólo emissor e receptores estáticos e desprovidos de saberes. Desta perspectiva, a adoção de um modelo dialógico de comunicação tornou-se imperativa.

O modelo dialógico de comunicação, segundo Rozemberg (2006), emergiu na década de 1960 na forma de movimentos de valorização da cultura e do saber populares, tendo o educador Paulo Freire como um de seus principais nomes. As metodologias de transmissão do conhecimento foram criticadas por Freire, que

ênfatizava a necessidade de adoção de um modelo de educação transformador, onde não existe um indivíduo que sabe e outro que não sabe e sim saberes diferentes, igualmente válidos (ROZEMBERG, 2006).

No caso das equipes de Saúde da Família, que se propõem a desenvolver um projeto de intervenção em uma comunidade, através de um planejamento participativo, oferecendo assistência de acordo com as necessidades, estabelecendo prioridades, promovendo saúde e aumentando a autonomia da população, a informação é essencial. Na ESF, espera-se que o debate seja estimulado, permita a troca de informações e saberes, o que significa uma redistribuição do poder de fala.

Romano, sustenta que o diálogo seria um sólido instrumento de transformações, sendo esta prática uma forma de aproximação entre profissionais e usuários permitindo a troca de experiências (ROMANO, 2005).

No âmbito da prática comunicativa em saúde (entre os componentes das equipes, a supervisão e a comunidade), este modelo de comunicação que promove o diálogo é ainda um desafio. Araújo & Cardoso (2007, p. 77) afirmam que a comunicação está no cerne das relações de poder e desta forma: “concentrar comunicação é concentrar poder” (ARAUJO; CARDOSO, 2007).

4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

O objeto deste estudo foi o processo de planejamento local em equipes de Saúde da Família, com base nas percepções de seus profissionais no município do Rio de Janeiro. Para isto, se utilizou a metodologia qualitativa, de abordagem sócio-antropológica, considerada adequada para “abordar o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida” (OLIVEIRA, 2007, p. 39; MINAYO, 2007).

Trata-se de um estudo de caso do tipo exploratório e descritivo. Segundo Minayo (2007), estudo de caso é uma estratégia de investigação qualitativa utilizada para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e percepções a respeito de uma situação em questão – neste estudo, o processo de construção do plano local em equipes de Saúde da Família. Para Becker (1993, p. 117) “o caso estudado em ciências sociais é tipicamente não o de um indivíduo, mas sim de uma organização ou comunidade”. O pesquisador busca uma compreensão abrangente do grupo, de suas regularidades no processo e estruturas sociais.

O estudo descritivo tem por finalidade observar, descrever e interpretar fenômenos, sendo utilizado geralmente para compreender comportamentos e fatores que os influenciam (OLIVEIRA, 2007). O tipo exploratório-descritivo possibilita aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno. É geralmente utilizado quando o tema escolhido é pouco explorado, tendo por objetivo dar uma explicação geral sobre determinado fato ou fenômeno (LAKATOS; MARCONI, 2007). Embora o planejamento seja um tema freqüente em

estudos de Saúde Coletiva e da ESF, sua abordagem no nível dos territórios adscritos a equipes de Saúde da Família é ainda pouco explorada na bibliografia específica.

4.2 CENÁRIO E POPULAÇÃO DA PESQUISA

Foram selecionados como cenário da pesquisa três equipes de Saúde da Família, cada uma delas localizada em uma área de planejamento do município do Rio de Janeiro, a saber: Curicica (AP 4.0), Vila Canoas (AP 2.1) e Nova Brasília (AP 3.1).

A comunidade de Curicica foi organizada a partir da invasão ao redor do muro do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza (HMRPS), na zona oeste do Rio de Janeiro. Sem nenhuma infra-estrutura e com sérios problemas ambientais e sociais, tem seu IDH calculado em 0,55. Vila Canoas é uma comunidade de baixa renda, do bairro de São Conrado, zona sul da cidade. A construção das moradias se deu ao longo de uma cachoeira, onde não chega muita luz solar e com conseqüente falta de iluminação e ventilação; o IDH da comunidade é de 0,51. Já Nova Brasília é uma comunidade situada próximo ao bairro de Bonsucesso, zona norte da cidade, foi originada de invasões datadas de 1953, e em 1960, com a inauguração da nova capital federal, os moradores adotaram o nome de Nova Brasília e o morro mais alto chamado de Alvorada, seu IDH é 0,47 (SMSDC, 2007).

O critério de eleição foi o de maior longevidade das equipes. Tendo sido escolhidas três das mais antigas do município do Rio de Janeiro. Implantadas em 2000 (Vila Canoas), 2001 (Curicica) e 2002 (Nova Brasília), consideramos haver

uma maior probabilidade destas equipes já terem adquirido experiência e integração com as respectivas comunidades que lhes permitam discutir com maior abrangência e profundidade as necessidades de saúde e propostas de intervenção.

A população da pesquisa consistiu de todos os profissionais das equipes selecionadas; no caso, inicialmente, três médicos, três enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, três odontólogos, três auxiliares de consultório dentário (estes profissionais que possuem uma graduação em saúde são chamados de equipe técnica) e dezoito agentes comunitários de saúde, além de três supervisores das unidades selecionadas que atuavam através dos grupos de apoio técnico - GATs; perfazendo um total de trinta e seis profissionais.

No entanto, ao iniciarmos o trabalho no campo identificamos que uma das equipes selecionadas tinha uma constituição reduzida, pois não possuía profissionais de saúde bucal e contava apenas com quatro agentes comunitários de saúde. Uma outra equipe não estava completa, faltavam agentes comunitários (em processo seletivo na época da pesquisa) e alguns profissionais estavam de férias. Desta forma, a população da pesquisa constituiu-se de vinte e sete profissionais, sendo três médicos, três enfermeiros, um odontólogo, dois auxiliares de consultório dentário, três técnicos de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde e três supervisores dos GAT.

Tanto na equipe técnica, como no grupo de ACS, predominou o sexo feminino (12:3 na equipa técnica e GAT e 11:1 entre os ACS). O tempo médio de trabalho na equipe foi de quatro anos. Dentre os sete profissionais de nível superior, cinco declararam terem cursado especialização ou residência, sendo que um médico possuía título de especialista em medicina de família e comunidade. Quatro

profissionais de nível superior já haviam trabalhado anteriormente na ESF em outros municípios

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu através de observação direta e entrevistas individuais semi-estruturadas.

A observação direta consiste na incorporação do pesquisador ao grupo, observando pessoalmente, por um determinado tempo, a situação pela qual se interessa e habitualmente sem intervir na mesma (JACCOUD; MAYER, 2008). Podemos identificar duas formas de observação: a *natural*, quando o observador é parte integrante do grupo e a *artificial*, quando o observador se integra ao grupo com o objetivo de fazer a pesquisa (OLIVEIRA, 2007, p. 81). No caso deste estudo, a pesquisadora não é parte das equipes em estudo, mas integra a equipe da Secretaria Municipal de Saúde em nível central. De acordo com os critérios citados, pode-se considerar aqui uma forma mista de observador.

Apesar de estar inserida na equipe de coordenação da SMS/RJ na época da pesquisa, observei que fui identificada nas equipes principalmente como profissional da ponta, já que integrei anteriormente uma equipe de Saúde da Família durante cinco anos. Fui reconhecida pelos profissionais como uma pessoa que compreende o cotidiano das equipes e não percebi qualquer resistência para a minha permanência como observadora das reuniões.

A entrada no campo foi negociada diretamente com as equipes, por meio de contato telefônico. Após minha identificação como médica da coordenação de saúde

da família da SMS/RJ e mestranda da Universidade Estácio de Sá, foram explicados a relevância e os objetivos da pesquisa. Vale ressaltar que as respectivas supervisões também estavam cientes, embora só tenham participado efetivamente da etapa de observação em uma das equipes, pois em outras duas não permaneceram durante as reuniões observadas.

Foram observadas doze reuniões semanais das equipes estudadas, sendo quatro reuniões consecutivas por cada equipe, no período de junho a outubro de 2008. A escolha das reuniões como campo de observação se deveu à premissa de que este é o principal espaço onde acontecem as atividades de planejamento de ações nas equipes de Saúde da Família, principalmente no que diz respeito à tomada de decisões. Esta premissa se baseou, por sua vez, em minha experiência profissional prévia como médica no PSF. Foi desenvolvido um roteiro para a observação das reuniões (APÊNDICE II) e os dados coletados foram registrados em diário de campo.

Após este período de observação, os profissionais foram convidados a participar em uma entrevista do tipo semi-estruturada. Uma entrevista é o encontro entre duas pessoas com a finalidade de obter informações a respeito de um determinado assunto; podendo ser tipificada em estruturada, aberta ou semi-estruturada. A semi-estruturada é uma modalidade de entrevista que segue um roteiro inicial que se desdobra em tópicos que servem de orientação para a condução da entrevista (MINAYO, 2007).

O roteiro utilizado para aplicação das entrevistas encontra-se no apêndice III. Embora os 27 profissionais das equipes estudadas tenham sido convidados para as entrevistas, alguns ACS não aceitaram fazê-lo. Em nossa interpretação, isto aconteceu principalmente porque as entrevistas se realizaram após a conclusão das

reuniões semanais das equipes, ou seja, às 6ª feiras, em horário próximo à conclusão do expediente de trabalho. Apesar de pouco conveniente, este horário se mostrou o mais apropriado para a realização das entrevistas, de forma a não atrapalhar a dinâmica de trabalho dos profissionais.

Uma das equipes contava na ocasião da pesquisa com a presença de residentes multiprofissionais em Saúde da Família da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ). Porém estes não foram incluídos nas entrevistas, uma vez que se encontravam nas equipes temporariamente.

Foi realizado um total de 15 entrevistas, todas elas gravadas em aparelho MP3 e posteriormente transcritas. Cada entrevistado recebeu um código formado pelas letras iniciais de sua categoria profissional (ACS = agente comunitário de saúde, E = enfermeiro, M = médico, O = odontólogo, TE = técnico de enfermagem, SO = Supervisor Operacional do GAT) e um número, mencionado na identificação das falas citadas na apresentação de resultados da pesquisa (exemplo ACS1, M3, O5). Vale esclarecer que não há uma correspondência entre a numeração presente nestes códigos e as equipes estudadas, ou seja, o ACS1 pode ser de uma equipe diferente do M1.

Antes da aplicação das entrevistas, foi realizado um teste piloto com a finalidade de testar e adequar o instrumento de coleta de dados. O teste foi aplicado em uma outra equipe, fora do cenário da pesquisa, com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um odontólogo e três agentes comunitários de saúde.

A todos os profissionais convidados para a entrevista, após os esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos, foi apresentado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE I).

Concluída a fase de coleta, o passo seguinte foi o de análise dos dados obtidos.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

O banco de dados da pesquisa foi composto pelos diários de campo relativos à observação das reuniões de equipe e pelas transcrições das entrevistas com os profissionais de saúde. A coleta e a análise de dados tiveram uma dinâmica contínua e circular: a análise inicial dos dados obtidos através da observação foi considerada na etapa de entrevistas individuais.

A unidade de análise foi o discurso dos profissionais das três equipes de Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro selecionadas para a pesquisa. Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo com abordagem temática (BARDIN, 2007; MINAYO, 2007). Para Bardin (2007), a leitura efetuada pelo analista de conteúdo não é unicamente “ao pé da letra”, mas busca principalmente realçar um sentido que se encontra em segundo plano.

Após a leitura repetida e exaustiva dos registros da pesquisa, distribuímos os dados coletados em quatro temas (espaço no processo de trabalho, vozes predominantes, prioridades x metas X ações X avaliação, características do planejamento), considerando os conteúdos identificados no campo e os objetivos do estudo. Os resultados apresentados a seguir estão organizados de acordo com estes temas. Em dois deles, foram identificadas categorias empíricas, que contribuíram no tratamento e na análise dos dados coletados. Estas categorias

estão presentes na seção de resultados como sub-itens ou variáveis das seções temáticas.

A interpretação e análise dos dados consideraram também as categorias teóricas previamente definidas no estudo: risco/vulnerabilidade, comunicação/integração e planejamento normativo/participativo.

O conceito de risco foi entendido como a probabilidade de que um evento desfavorável venha ocorrer; e o de vulnerabilidade, como a razão entre esta probabilidade e a capacidade para seu enfrentamento (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). No contexto deste estudo, analisamos se e como as áreas e as famílias de risco ou de maior vulnerabilidade dentro do território de abrangência das equipes são contempladas entre os critérios para a elaboração do planejamento de ações.

Quanto à comunicação/integração, analisamos a dinâmica de comunicação nas equipes, considerando os modelos dialógico/participativo e o informacional, pautado na transferência de mensagens (ARAUJO; CARDOSO, 2007).

A metodologia de planejamento participativo agrega a problematização para a identificação de necessidades e recursos disponíveis em um determinado espaço, sem esquecer a avaliação das ações locais de intervenção formuladas pelos atores sociais que vivenciam diretamente os problemas identificados. Esta metodologia se contrapõe à perspectiva normativa de planejamento, na qual predomina a hierarquia funcional na relação entre os diferentes atores, em que uns planejam e outros executam (TAKEDA, 2004).

É importante acrescentar que o projeto de pesquisa foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através do parecer nº 0079.0.314.000-08, de 19 de maio de 2008.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O PLANEJAMENTO LOCAL NO PROCESSO DE TRABALHO

Os profissionais das três equipes que participaram neste estudo declararam que realizam reuniões semanais, nas quais discutem a organização de seu processo de trabalho e o planejamento de ações. As reuniões acontecem nas tardes de 6ª feira e se estendem geralmente das 14:00h às 17:00h, com uma duração média de 3 horas.

Além de reuniões semanais, alguns profissionais entrevistados mencionaram outros momentos destinados ao planejamento, geralmente no final ou início de cada ano.

Citamos como exemplo:

Nós fazemos uma reunião no fim do ano para um balanço e elaboração do plano de ação para o ano seguinte. TE2

Ou:

Geralmente no início do ano a gente discute na equipe o que a gente pode fazer para melhorar, o que a gente deixou de fazer no ano anterior. A gente vai analisando o trabalho da equipe como um todo. E3

Apenas uma das equipes estudadas tem uma sala de reuniões disponível, nas demais estas ocorrem na sala de atendimento médico. Em uma das equipes, observamos que as reuniões foram muito barulhentas, em função do som da sala contígua, o que atrapalhou deveras as mesmas.

O conjunto das equipes observadas registrou as reuniões em livro de ata; em apenas uma delas o livro foi preenchido posteriormente, com base em anotações da

enfermeira. Em somente uma equipe observamos a definição previa da pauta de reuniões, montada a partir de pendências de reuniões anteriores e sugestões dos participantes.

Os temas discutidos nas reuniões foram bem diversos, conforme se pode observar a seguir:

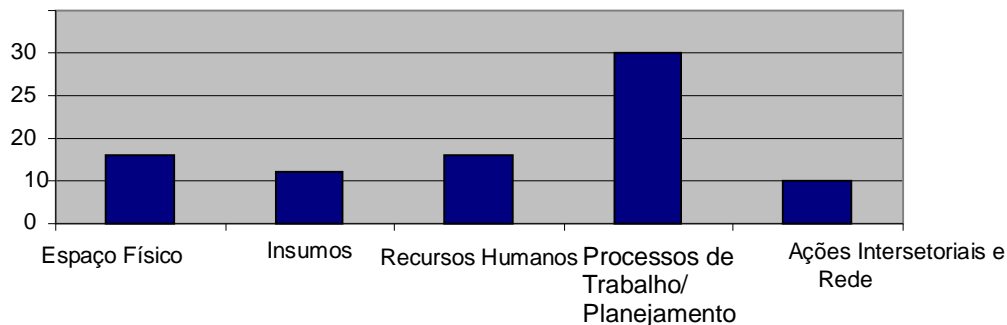
- Espaço físico: limpeza do módulo, obras de manutenção e adequação do espaço; divisão do espaço pelos diferentes profissionais.
- Insumos: falta, estoque e aquisição (tanto de materiais como balança, luvas, seringas, quanto de medicamentos);
- Recursos humanos: férias, faltas, seleção, equipes incompletas, educação permanente;
- Rede de serviços: referência e contra-referência, articulações inter-setoriais.
- Processo de trabalho e planejamento local de ações de saúde: diagnóstico do território e eleição de prioridades; pactuação de metas, definição e avaliação de ações (agendamentos e realizações de consultas, exames, visitas domiciliares e grupos de usuários, discussão de casos com a equipe);

Embora a referência, a contra-referência e a intersectorialidade façam parte do processo de trabalho e do planejamento de ações de saúde, optamos por destacá-las em um item separado para permitir uma melhor visibilidade e diferenciação das ações articuladas com outros níveis de atenção ou outros setores de ação social.

Conforme se pode observar no gráfico apresentado a seguir, as discussões relativas ao processo de trabalho das equipes e ao planejamento local de ações de saúde foram as mais freqüentes nas reuniões observadas, representando cerca de 30% dos temas tratados. Se somadas aos temas que trataram de rede de serviços e

ações intersetoriais, temos que 40% dos assuntos tratados nas reuniões das equipes observadas tiveram relação direta com o planejamento de ações.

TEMAS PRESENTES NAS REUNIÕES DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANALISADAS, RIO DE JANEIRO, 2008.



Entretanto, é importante destacar que o conjunto de temas tratado nas reuniões se mostrou relacionado em algum grau com o processo de trabalho e o planejamento de ações de saúde. As falas dos profissionais de saúde sobre as facilidades e dificuldades para a realização do planejamento de ações deixou bastante claro esta inter-relação.

Problemas como inadequação e manutenção insuficiente do espaço físico, falta ou irregularidade no fornecimento de materiais e medicamentos, atuam diretamente na dinâmica de trabalho dos profissionais de saúde, com impacto negativo não apenas no planejamento de ações, mas também na resolutividade das equipes e no vínculo com os usuários. Traduzido na seguinte fala: “As dificuldades logísticas, como falta de material, prejudicam a resolutividade da equipe, e tudo isso, diminui nossa credibilidade junto à comunidade”. E2

O preenchimento e a utilização do sistema de informações *on-line*, tema freqüente nas reuniões, ilustram estas dificuldades. Ao implantar as primeiras equipes de Saúde da Família, o município passou a gerar informações para um

sistema nacional, o SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica, idealizado pelo Ministério da Saúde para a agregação e processamento de informações da população visitada (BRASIL, 2003b).

A partir de 2003, com a fase de expansão da ESF no Rio de Janeiro, o município passou a adotar um sistema diferenciado, desenvolvido por uma empresa privada. Avaliações subseqüentes deste sistema, porém, demonstraram que seu custo era elevado e seus benefícios aquém do esperado; assim sendo, já em 2006 a SMS/RJ passou a desenvolver um sistema de informações próprio, através de um grupo técnico de informações que reunia representantes de seu nível central, dos Grupos de Apoio Técnico - GAT e da Empresa Municipal de Informática - IplanRio, responsável por administrar os recursos de tecnologia da informação da Prefeitura do Rio de Janeiro. Durante o período da pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde encontrava-se em fase de implantação deste sistema, também denominado SIAB-Rio.

Uma particularidade é que o sistema é operacionalizado *on-line*, e desta forma as unidades necessitam de conexões de internet com capacidade para armazenar e enviar os dados para um provedor. Entretanto, em todas as reuniões observadas foram relatados problemas com os computadores e com o próprio sistema de informação:

Essas estatísticas atrapalham. O novo sistema é ótimo, é muito moderno, mas ainda temos problemas com ele. A rede cai toda hora, não conseguimos digitar e salvar as informações, é muito lento. M2

[...] trabalhar com o novo sistema está um pouco difícil. ACS 3

Em relação aos recursos humanos, a presença de equipes incompletas e insuficientemente motivadas e a falta de um profissional administrativo, somadas ao excesso de trabalho, foram frequentemente associadas ao processo de

planejamento. A valorização de atividades de educação permanente também foi destacada nas falas dos profissionais entrevistados.

[...] O que facilita [o planejamento]? Uma equipe completa e apaixonada pela estratégia. O que dificulta é ter muito trabalho acumulado, muita cobrança, cobrança... Isso deixa a gente nervoso. TE2

A equipe incompleta também dificulta; a falta de agentes deixa os dados desatualizados, e mesmo que completa, se o profissional não exercer um bom trabalho, atrapalha muito. E3

Na verdade planejar não é uma tarefa fácil, temos que ter perseverança e objetividade. O que dificulta? a falta de tempo, o excesso de cobrança, a equipe incompleta, principalmente pelo baixo número de profissionais da área técnica. M1

O que dificulta é a sobrecarga de tarefas... Falta organizar o meu horário [...], faz falta um profissional administrativo. M2

A equipe incompleta, o grande número de famílias em cada microárea, tem ACS com 179 famílias [...] Além disso, é muito importante ter os ACS capacitados e com gás. Além disso, é muito bom fazer cursos. Quando voltei do curso de preceptoria, voltei com outro olhar. E1

Nem tudo que planejamos conseguimos realizar, esse ano foi especialmente difícil devido à epidemia de dengue. O que facilita? Uma equipe comprometida. Os profissionais devem estar investidos da vontade de estar aqui, fazer Saúde da Família não é fácil, muitas vezes trabalhamos com adversidades. Tecnologia leve não deve ser vista como tecnologia barata... M3

Fica claro nestas falas que os profissionais não conseguem realizar um planejamento de ações adequado se trabalham em espaços impróprios, sem os insumos e equipamentos necessários, e com equipes incompletas, pouco capacitadas ou motivadas. As limitações e sobrecarga de trabalho geradas pela associação desses fatores, somadas à grande demanda de serviços por parte da população e da coordenação das equipes no nível central, prejudicam e ameaçam inviabilizar as ações de planejamento nas equipes de saúde.

A rede de serviços de saúde, especialmente no que se refere à referência de usuários a outros níveis de atenção (secundária ou terciária), também foi

mencionada pelos profissionais entre os fatores que interferem no planejamento de ações.

O município do Rio tem que melhorar o acesso às ações e serviços de saúde, por exemplo, melhorar a referência e contra-referência, caso contrário não podemos planejar nada. M2

Um nó é a referência e contra-referência. E eu acho também que primeiro temos que cuidar de nós mesmos, a saúde começa em nossa casa. TE2

[...] O que dificulta? Não ter referências dificulta, a gente fica meio solto, na saúde mental então... E3

Diante do exposto, é possível afirmar que o planejamento de ações de saúde, embora seja um tema presente nas reuniões das equipes estudadas, sofre inúmeras limitações associadas às condições desfavoráveis de trabalho. Destacam-se as limitações relativas ao espaço físico, aos insumos e equipamentos, à rede de serviços (referência e contra-referência), ao número de profissionais nas equipes, à motivação e à atualização/capacitação (educação permanente) desses profissionais.

Percebemos que as equipes planejam e desenvolvem ações em resposta a demandas e pressões diversas surgidas no cotidiano dos serviços, frequentemente respondendo a questões mais imediatas, em uma perspectiva de curto prazo, e definidas principalmente pelo nível central.

Não consideram de maneira sistemática as etapas previstas na proposta de planejamento participativo, como o diagnóstico e a eleição de problemas prioritários; a definição de metas em curto, médio e longo prazo; a identificação de responsáveis e de recursos necessários, e as formas de avaliação, com veremos no próximo tópico.

5.2 A ELABORAÇÃO DO PLANO LOCAL

5.2.1 O diagnóstico

O diagnóstico situacional, ou, no caso da ESF, a territorialização, é uma parte importante no processo de planejamento, e inclui informações sobre o nível de saúde da população e as ações ofertadas pelas equipes de Saúde da Família. O diagnóstico local feito adequadamente permite identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença no território, os grupos mais expostos ao risco de adoecimento e o impacto das ações de saúde sobre o nível de saúde da população.

Um instrumento fundamental para este diagnóstico são as informações presentes no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, que no município do Rio de Janeiro foi substituído por um sistema próprio, o “SIAB-Rio”.

Segundo o Ministério da Saúde:

O SIAB é um sistema idealizado para *agregar* e para *processar* as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento (BRASIL, 2003b).

As fichas de cadastramento e acompanhamento são conhecidas como fichas A e B respectivamente. Nestas fichas, os ACS devem identificar a família e cadastrar todos os seus membros, anotando a situação de moradia e informações adicionais como a presença de água encanada e esgotamento sanitário, o destino do lixo, animais no domicílio etc. Ao lado disto, devem registrar os dados do acompanhamento mensal das famílias com hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de dois anos, tuberculosos e outros.

Estes dados permitem à equipe de saúde ter informações sobre as condições de vida e saúde das pessoas da sua área de abrangência e, desta forma, melhor planejar suas intervenções. Os profissionais entrevistados relataram a importância

do cadastro das famílias para o diagnóstico: “O diagnóstico é feito basicamente pelo cadastro e tem que ser sempre refeito”. TE1

O cadastramento é a parte mais importante do diagnóstico; com o diagnóstico a gente analisa profundamente as famílias do território e identifica os problemas: diabéticos sem tratamento, crianças com problemas de saúde. ACS1

Todos os dados da ficha A devem ser atualizados sempre que houver alterações nas famílias (BRASIL, 2003b), o que também foi assinalado pelos profissionais:

Quando vim trabalhar aqui, já havia um diagnóstico e com o tempo vamos só atualizando. E2

O diagnóstico não é estático, tem que ser sempre atualizado. Desde o cadastramento, a equipe observou problemas. TE2

O diagnóstico é dinâmico, a equipe o faz pela VD, pela demanda que chega à Unidade, mas o cadastramento é uma ferramenta imprescindível. A equipe tem que observar os dados da ficha A e as informações que o agente traz todo o mês. M3

No entanto, o SIAB do Ministério da Saúde e o SIAB/Rio não contêm somente as fichas de cadastro e acompanhamento, mas também possibilitam a geração de relatórios mensais: o de situação de saúde - SSA2 e o de produção e marcadores para avaliação - PMA2. Estes relatórios informam, por exemplo, se as famílias recebem visitas domiciliares, o número de consultas de pré-natal, a idade gestacional de início do mesmo, quantifica a desnutrição infantil, o baixo peso ao nascer, internações, óbitos etc. Estes indicadores permitem avaliar a qualidade dos serviços prestados (ações de acompanhamento, de promoção e de prevenção) e traçar um panorama da situação de saúde das áreas cobertas pela ESF (AZEVEDO, BARBOSA *et al.*, 2006).

A despeito disto, se observou sua baixa valorização e utilização pelos profissionais das equipes estudadas. Em nenhuma das doze reuniões observadas

no estudo, os dados do SIAB foram discutidos; embora alguns poucos profissionais tenham declarado que os utilizam.

Os agentes trazem os casos para a equipe, a equipe estuda os casos e escolhe intervenções: como fazer VD etc. Os dados que a gente colhe vão para o SIAB e a equipe discute para ver o que está bom e o que tem de melhorar. As reuniões são importantes para isso. ACS3

Por não terem o hábito de utilizar os relatórios do SIAB, alguns profissionais declararam que elaboram instrumentos paralelos, geralmente com foco nas doenças. É o que se pode perceber na resposta de uma profissional indagada sobre os instrumentos utilizados para o diagnóstico:

Utilizamos as informações trazidas pelos agentes. Eu organizo também planilhas e pastas com as informações sobre crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, preventivos ginecológicos etc. Vou coletando tudo. Tem também as informações que ficam no sistema, no computador, mas estes dados eu prefiro deixar no consultório, tudo arrumadinho. E3

Além dos dados fornecidos pelo SIAB-Rio, outro tipo de informação foi valorizada pelos profissionais para o diagnóstico local. É a informação trazida pelos ACS, captada principalmente durante as visitas domiciliares (VD). Assim observado no seguinte relato: “A gente precisa dos dados que os agentes trazem. O diagnóstico é feito com as informações dos agentes...” E3

Nas VD, os profissionais podem entrar no ambiente familiar, ver e ouvir os moradores, conhecer melhor a dinâmica das famílias - e assim buscar compreender o cenário em que vivem e suas necessidades de saúde. Além de uma ferramenta importante para o diagnóstico, as VD também permitem um acompanhamento mais integral das famílias. Elas proporcionam ainda que pacientes antes esquecidos pelo sistema de saúde, devido a impossibilidades de locomoção, passem a ser contemplados com atendimentos e cuidados.

Na equipe com residentes houve uma proposta de agendamento de VD para avaliação de condições de famílias de indivíduos com transtornos mentais. O

objetivo da visita seria o de avaliar o ambiente em que estas pessoas vivem e também o de buscar a formação de redes de apoio. As VD foram programadas para serem realizadas pelos residentes e ACS, que agendariam consultas para a equipe técnica.

Em duas outras equipes, entretanto, foi verbalizada a dificuldade de manter visitas domiciliares devido à sobrecarga de tarefas, como os atendimentos de livre demanda, os registros no sistema de informações, a campanha de vacina contra rubéola e até mesmo a epidemia de dengue.

A gente sempre trabalhou sufocado pela demanda livre [...] Este ano, a dengue prejudicou muito. M1

O que dificulta é a sobrecarga de tarefas. Falta organizar o meu horário, tem um turno de grupo, um turno de VD e um turno de reunião, e não consigo registrar os meus atendimentos no sistema. O número de VDs também acaba prejudicado. M2

Baseando-se nos dados obtidos através do SIAB e das VD, as equipes podem elaborar um mapa de sua área de abrangência, onde são assinalados os recursos existentes na comunidade, os principais riscos e potencialidades locais identificados. A confecção de mapas permite uma visualização espacial das informações, que facilita o diagnóstico e o planejamento de atividades focados no território, como também o processo de vigilância e atenção à saúde.

Cada equipe confecciona um mapa de seu território, delimitando as áreas e microáreas e destacando a presença de riscos ou famílias de risco. Na ESF entende-se que uma microárea é formada por um conjunto de famílias que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente comunitário de saúde. Já a área é formada pelo conjunto de microáreas, onde atua uma equipe de Saúde da Família, e residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas (BRASIL, 1997).

Todas as equipes da pesquisa possuíam um mapa de seu território, porém as formas de confecção e as informações registradas eram variadas e pouco mencionadas no planejamento das ações nas reuniões de equipe. Outros aspectos do território, como os ambientais e sócio-econômicos, também foram pouco mencionados durante as reuniões, embora sejam contemplados no SIAB.

A fala de um profissional resume bem o cenário que encontramos nas áreas estudadas:

Levantamento epidemiológico com olhar para o território? [silêncio]
Só mesmo o diagnóstico da área feito lá no início e não sei se foi usado para planejar ações. O1

Observamos também uma ênfase no aspecto biológico, com foco na doença, que pode ser notada em diversas falas, como nas mencionadas a seguir:

Acredito que colher dados sobre hipertensão arterial, diabetes, acamados, hanseníase é fazer o diagnóstico. ACS2

Eu tento olhar para os dados do SIAB e comparar um mês com o outro e observar se alguma enfermidade aumentou ou diminuiu. E3

De uma maneira sintética, podemos afirmar que o diagnóstico do território é feito e atualizado principalmente através de dados do cadastramento das famílias presentes no SIAB e de informações fornecidas pelos ACS, com foco predominantemente biológico. Há pouca valorização e utilização dos relatórios que o SIAB permite gerar. Os mapas de área de abrangência, embora presentes nas equipes são pouco utilizados na elaboração e na discussão do diagnóstico durante as reuniões de equipe.

Este quadro nos permite afirmar que o diagnóstico, embora realizado, é feito de maneira pouco abrangente e reflexiva, com uma subutilização de instrumentos importantes disponíveis na equipe. Este diagnóstico não considera suficientemente os fatores determinantes do processo saúde-doença e os critérios de risco e vulnerabilidade. Desta forma, limita a percepção do nível de saúde da população e

de suas necessidades, principalmente quando se considera o conceito ampliado de saúde, e dificulta a avaliação dos serviços oferecidos. O que, por sua vez, apresenta reflexos nas etapas subseqüentes do planejamento, como se apresentará a seguir.

5.2.2 Critérios para a eleição de prioridades

A eleição de prioridades de ação é um desdobramento do diagnóstico situacional. Espera-se que a equipes elejam prioridades de ação para sua área de abrangência com base em critérios de risco e vulnerabilidade, nos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-cuidado e na avaliação do impacto das ações desenvolvidas no território (FONSECA, 2007).

Uma das equipes pesquisadas estava iniciando um trabalho de identificar as famílias de risco em sua área de abrangência. Por indicação dos residentes que atuam na equipe, os profissionais resolveram utilizar a Escala de Risco de Coelho, modificada e adaptada pela equipe.

Este tempo que estou aqui observo que a equipe dividiu os pacientes em diabéticos, hipertensos, portadores de transtorno mental... Para mim, especialmente para o meu trabalho, não havia uma priorização correta; a gente não dava mais a quem precisava de mais, daí, os residentes trouxeram a Escala de Risco de Coelho, o que está sendo muito bom. Selecionar as famílias que necessitam de intervenção. Sem esta seleção o atendimento acaba sendo por livre demanda. Daí, com as famílias de risco identificadas, poderemos planejar intervenções. Na verdade, ainda estamos construindo isso. O 1

A Escala de Risco de Coelho (APÊNDICE IV) é uma técnica que propõe uma pontuação de risco familiar com base em informações da ficha A do SIAB. São informações relativas à presença de doenças e a condições sócio-ambientais. Consideram-se estas informações como sentinelas para a avaliação de situações de risco às quais as famílias estão expostas no dia-a-dia (COELHO; SAVASSI, 2004).

Trata-se de uma técnica que permite às equipes incorporar em suas atividades de planejamento, de maneira relativamente simples, o conceito ampliado de saúde e os critérios de risco e vulnerabilidade.

Vale chamar a atenção para o fato de que partiu dos residentes a proposta de utilização desta técnica. O curso de especialização nos moldes de residência em Saúde da Família se realiza desde 2005, através de uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ com a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ e o Núcleo Regional do Ministério da Saúde - NERJ/MS. Os residentes são profissionais, geralmente recém-formados, de diversas áreas de atuação em saúde, como enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, odontologia etc.

Para viabilizar a presença destes profissionais nas equipes, a parceria da SMS/ENSP/NERJ promove também cursos de preceptoria, dirigido aos profissionais das equipes e dos grupos de apoio técnico (GAT) que recebem os residentes. Ambos os cursos, de residência e de preceptoria, promovem a integração ensino-serviço e a atualização de métodos e técnicas úteis à formação profissional e ao desenvolvimento do trabalho das equipes.

O mesmo profissional que mencionou a Escala de Risco de Coelho, citou também entre os critérios de identificação de famílias em situação de vulnerabilidade e risco, a inscrição no Programa Bolsa Família (PBF). Trata-se de um programa do governo federal, mais especificamente do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que transfere renda direta a famílias em situação de pobreza e pobreza extrema.

Na odonto, adotamos como prioridade as famílias do Bolsa Família. Programamos visitas para aconselhamento dietético, avaliação das condições de habitação e avaliação das condições odontológicas propriamente ditas. O1

A utilização do PBF revela a valorização de critérios de risco social para a definição de prioridades de atendimento. Entretanto, observamos que a utilização do PBF para orientar o planejamento de ações e a oferta de serviços não era uma estratégia da equipe como um todo.

Em uma das reuniões desta mesma equipe, a médica relatou que vinha fazendo poucas visitas domiciliares. Diante disto, a enfermeira pediu aos agentes que identificassem quais famílias mereceriam visitas médicas em domicílio, indicando critérios de seleção focados principalmente em doenças.

Vocês podem separar então quem merece uma VD: pacientes em abandono de tratamento, pacientes que não tomam remédios... E1

De um modo geral, quando questionados sobre a definição de prioridades pela equipe, as respostas dos profissionais focalizaram aspectos biológicos, muitas vezes centrados na doença, com pouca valorização de aspectos ambientais e psicossociais.

O objetivo da equipe é acompanhar diabéticos, hipertensos, gestantes, explicar sobre os medicamentos; nas reuniões de equipe a gente traça uma estratégia para melhorar a vida destas pessoas. ACS2

Com o diagnóstico a gente analisa profundamente as famílias do território e identifica os problemas: diabéticos sem tratamento, crianças com problemas de saúde. ACS1

O que facilita para o diagnóstico e planejamento é o estabelecimento de critérios, é conhecer a necessidade da área, se temos muitas mulheres jovens gestantes, vamos fazer mais planejamento familiar. E2

Observa-se que, com algumas exceções, ainda se mantém uma visão fragmentada e reducionista da saúde. A permanência do modelo biológico é confirmada em outros estudos, como os desenvolvidos recentemente em equipes de Saúde da Família em Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo. De acordo com seus autores, aspectos do modelo biomédico ainda são identificados e muitas vezes

predominam, com atendimentos clínicos e de caráter curativo, centrados na doença e tendo o médico como figura mais importante (SEABRA; CARVALHO *et al.*, 2008).

A assimilação de uma visão ampliada de saúde, com um olhar para seus fatores determinantes e condicionantes, para o modo de viver a vida dentro dos territórios, não se mostrou suficientemente presente na definição de prioridades de ação. As falas seguintes, a primeira de um supervisor do GAT e a segunda de um agente comunitário de saúde, ilustram esta afirmação.

O diagnóstico tem uma parte macro, do território; este está sem responsáveis. Observo que o processo de trabalho das equipes está cristalizado. Fizemos uma oficina de processo de trabalho, melhorou, estão caminhando. Pedimos também um relatório anual para as equipes com doze indicadores. A meta é melhorar o possível. SO1

Sou eu que faço a minha rota, eu digo aonde eu vou, eu digo a prioridade da minha área; tenho que ver todo o mês as famílias de gestantes, hipertensos, diabéticos, famílias do Bolsa Família e as famílias que eu considero de risco. Estou indo dia sim e dia não ver um cliente com problemas nas pernas, fui também ver uma que perdeu seu bebê. ACS2

Em síntese, observamos diferenças significativas entre os profissionais de saúde e também entre as equipes estudadas quanto à discussão coletiva do planejamento e à adoção de critérios na eleição de prioridades de ação. A utilização de critérios que consideram o risco social e os fatores determinantes no processo de saúde-doença se mostrou de maneira localizada e pouco consolidada nas equipes. Entre estes critérios, destacou-se a Escala de Risco de Coelho e o Programa Bolsa Família. Entretanto, a utilização de critérios de base biológica, com foco na doença, parece ser ainda predominante para a eleição de prioridades de ação nas equipes estudadas.

5.2.3 A pactuação de metas

As observações de reuniões e as entrevistas com os profissionais revelaram que as equipes buscam atingir principalmente alguns índices propostos pelo GAT e metas indicadas pelo Ministério da Saúde, como nos mostram as falas destes profissionais:

As metas da equipe são as dos indicadores da atenção básica, do Ministério.

E salientou:

[...] mortalidade infantil, internações por diabetes mellitus, cobertura de preventivos ginecológicos... TE2

[...] a gente tenta trabalhar em cima de indicadores. O GAT nos pediu no início do ano um relatório com os indicadores de 2007, e pactuamos metas para 2008. A gente fez uma comparação com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. E1

Os indicadores da atenção básica, referidos pelos profissionais como metas do Ministério da Saúde, têm seus antecedentes na implantação do Piso da Atenção Básica/PAB, em 1996. Nesta ocasião, houve uma transformação na lógica do financiamento da atenção básica, com a proposta de afastá-la do formato de remunerar procedimentos. O Ministério da Saúde formulou então uma proposta de desenvolvimento de pactos de gestão entre as três esferas de governo - Federal, Estadual e Municipal, quando também foi concebido o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, instituído pelas Portarias GM/MS nº 3.925 de 1998 e 476 de 1999, como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde.

Em 1999, os indicadores municipais definidos neste Pacto somavam um total de 41, dos quais 24 eram para todos os municípios e 17, específicos das áreas com PACS e PSF. Ao longo dos anos esta configuração foi sendo modificada e em 2003, a pactuação passou a contemplar 20 indicadores principais e 14 complementares

(BRASIL; M.D.S., 2003). Em 2006, a portaria do MS nº 493/2006 aprovou uma relação de 30 indicadores de saúde para a atenção básica (BRASIL, 2006).

Citamos alguns exemplos desses indicadores:

- Coeficiente de mortalidade infantil.
- Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.
- Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal.
- Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.
- Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC).
- Proporção de internações por complicações do diabetes.

Apesar dos profissionais das equipes utilizarem o termo “metas do Ministério”, o documento ministerial indica a necessidade de cada município definir, dentro dos indicadores propostos, quais as metas possíveis de serem alcançadas no seu nível de atuação (pactuação nas CIBs).

No ano de 2005, a Sub-Secretaria de Ações e Serviços (SUBASS) da SMS do Rio de Janeiro formou um grupo de trabalho com o objetivo de definir os indicadores de avaliação das ações em saúde que iriam compor o Plano Municipal de Saúde. Estes indicadores se consolidaram em uma agenda municipal, com proposta de serem reavaliados anualmente (SMS/RJ, 2005).

Observamos, porém, que provavelmente esta agenda municipal não foi discutida com os profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família. Apesar de se referirem aos indicadores que constam na agenda, os profissionais demonstraram desconhecer as metas propostas no referido documento. Sublinhamos que esta forma de encaminhamento revela um traço centralizador no

planejamento e tende a limitar a autonomia das equipes e suas possibilidades de pactuação de metas para o nível local, ou seja, do território adscrito.

Em nenhuma das unidades de Saúde da Família pesquisadas identificamos a presença de um painel de situação, que possibilitasse a visualização destes indicadores por todos, profissionais e comunidade. Este painel é um recurso de planejamento recomendado pelo Ministério da Saúde através da AMQ (Avaliação para a Melhora da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família) (M.S, 2006).

Neste painel a equipe disponibilizaria os resultados obtidos nas análises dos dados do SIAB, como por exemplo, o percentual de lactentes em aleitamento materno exclusivo, percentual de crianças com vacinação em dia ou desnutridas, internações por complicações do diabetes, gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre de gravidez... A visualização destes resultados em forma de um placar, com atualização pelo menos trimestral, teria o objetivo de acompanhar o impacto das ações desenvolvidas. Nota-se então a dificuldade apresentada pelos profissionais em analisar seu trabalho, confrontando seus resultados com metas pactuadas.

Para Turci, a despeito de sua potencialidade, o Pacto de Indicadores, em alguns estados e municípios, continua sendo tratado de forma burocrática, fragmentada e pontual, com uma abordagem normativa, não tendo sido incorporado adequadamente na rotina dos serviços de saúde. Segundo a autora, a consolidação da ESF como modelo de atenção poderá ser propícia para uma mudança nessa lógica (TURCI, 2008).

Entendemos que sem espaços de discussão e pactuação desses indicadores, envolvendo gestores municipais e profissionais que atuam na atenção direta à saúde da comunidade, de forma dialógica e participativa, dificilmente a abordagem

normativa poderá ser superada. Desta perspectiva, concordamos com Araújo ao afirmar que:

... apropriar-se de algo é tornar esse algo próprio, ter a possibilidade de incorporá-lo na sua vida. Só se pode fazer isto com a informação quando ela é elaborada de modo que as pessoas ali se reconheçam e dentro da sua capacidade de compreensão (ARAÚJO, 2007).

Especificamente em relação aos ACS, observamos que estes compreendem que sua meta é atingir 100% de visitas domiciliares nas famílias de sua microárea mensalmente, como revela a seguinte fala:

Nossas metas são visitar mensalmente as famílias com hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças. E dividimos as nossas tarefas pelos dias de trabalho. ACS4

Outros profissionais da equipe não mencionaram números, e preferiram utilizar expressões como “estar baixo” ou “meio solto” ou “comprometido”, como se pode observar nos seguintes trechos:

Observamos que no ano passado, a captação de preventivos estava baixa, observamos também que o cuidado com os hipertensos estava meio solto. Então decidimos priorizar certas ações. E3

A Dengue chegou forte e prejudicou muito as metas pactuadas pela equipe. Estamos retomando tudo agora. Por exemplo, gostaríamos de melhorar o número de preventivos ginecológicos, uma meta que encontra-se comprometida, aconteceu que não conseguimos dar conta e só agora, estamos retomando isso. M1

Foi possível observar que as metas mencionadas foram identificadas principalmente a atribuições a serem cumpridas no processo de trabalho, como visitas, consultas ou procedimentos. As falas dos profissionais mencionaram pouco os possíveis resultados que estas atribuições podem viabilizar, como controle de prevalência/incidência de doenças e agravos e melhoria das condições de vida e saúde. O que pode estar indicando uma percepção do processo de trabalho que limita a apropriação da finalidade das ações desenvolvidas no cotidiano e contribui para uma prática burocrática e mesmo alienada por parte dos profissionais de saúde, pouco compatível com a proposta da ESF.

Vale ressaltar também a ausência de um discurso mais homogêneo na percepção de metas das equipes, o que pode estar revelando que estas metas não estão suficientemente estabelecidas ou claras para os profissionais. Cada profissional tende a entender de forma distinta as necessidades de saúde e prioridades de ação. Embora haja definições de metas específicas para cada categoria profissional, é importante que as equipes possam formular e compartilhar metas comuns, e que estas metas sejam reconhecidas pelo conjunto de seus membros.

Devemos lembrar, contudo, que a pesquisa se desenvolveu entre os meses de junho a outubro de 2008, e que o município do Rio de Janeiro enfrentou até abril 2008 uma epidemia de Dengue com graves repercussões; tendo as equipes citado este fato como uma dificuldade encontrada para o planejamento de ações.

Como síntese deste tópico, destacamos que alguns profissionais identificaram as metas das equipes com os indicadores da atenção básica, definidos pelo MS. Entretanto, mostraram desconhecer as metas pactuadas no nível municipal. Tendem a perceber suas metas com o cumprimento de atribuições do processo de trabalho, sem vinculá-las de forma clara aos resultados esperados dessas atribuições. Houve pouca coesão no discurso sobre metas da equipe.

Diante destas considerações, podemos afirmar que a pactuação de metas pelas equipes visando o seu território de abrangência se mostrou insuficiente e pouco sistemática. Foi possível observar também uma tendência dos profissionais a perceberem as atividades de planejamento local de forma fragmentada e burocrática.

5.2.4 As propostas de ação

Grupos de usuários e visitas domiciliares foram as propostas de ação mais mencionadas pelos profissionais das equipes estudadas. Além, é claro de agendamentos de consultas médicas e exames. Ações intersetoriais quase não foram mencionadas.

As três equipes relataram organizar atividades com grupos de usuários, entre as quais destacamos: os grupos de artesanato com foco em pessoas com transtornos mentais, os grupos de adolescentes, de gestantes, de puericultura, de idosos, grupos com faltosos portadores de DM e HAS, grupos de planejamento familiar e de anti-tabagismo.

A pesquisa não contemplou a observação desses grupos, porém as entrevistas deixaram claro que também nestas atividades o foco principal tende a ser o biológico, e a pedagogia predominante, a de transmissão de informações.

Quando participo do grupo de pediatria faço um relatório para o médico, o grupo reúne todos que precisam de informação e o médico passa. ACS 1

[...] haverá uma festa na comunidade e fomos convidados para dar uma palestra sobre HAS e DM. M3

[...] enquanto faço a palestra para os pais, vocês têm que ficar com as crianças. M1

Recordamos então que para Paulo Freire, “ensinar não é transferir conhecimentos, é criar condições para sua própria produção” (FREIRE, 2008). E, segundo Kant *apud* Zatti (2007):

Uma educação baseada na memorização (pedagogia da transmissão) leva o homem à servilidade e uma pessoa servil não é capaz de dar as próprias regras, se restringe a imitar ou obedecer aos demais (ZATTI, 2007).

Uma ação educativa capaz de formar cidadãos livres, autônomos, sujeitos de sua existência e responsáveis por suas escolhas, exige uma pedagogia dialógica e

participativa, guiada pela experiência, em que teoria e prática andem juntas (FREIRE, 2008).

Ainda de acordo com Zatti (2007), a realidade social vem mostrando que nossas práticas educacionais são ainda insuficientes na formação do cidadão. Com uma educação que não promove a formulação de juízos autônomos, as pessoas permanecem dependentes e seguindo normas impostas por autoridades, pelos meios de comunicação ou pelo senso comum vigentes.

Os profissionais das equipes demonstraram que ainda não desenvolveram habilidades e competências suficientes para organizar atividades com grupos baseadas em metodologias ativas de ensino-aprendizagem (LOPES; FERNANDES *et al.*, 2006). Para amenizar esta e outras dificuldades, esses profissionais passaram por um Curso Introdutório que se realiza através de problematizações. O objetivo principal do curso foi o de prover a integração das equipes e a compreensão do objeto de trabalho dos profissionais, isto é o processo de saúde-doença-cuidado.

Observa-se, entretanto, que este curso não tem sido suficiente para promover o desenvolvimento de atividades baseadas em pedagogias ativas e participativas. Nem mesmo com as alterações recentes sofridas no curso introdutório oferecido no município do Rio de Janeiro (que passou a ser denominado de Ambientação), para enfatizar a importância do trabalho em equipe, os profissionais têm se mostrado suficientemente instrumentalizados para desenvolver práticas dialógicas e participativas de educação em saúde. Esta dificuldade tende a se mostrar de forma mais acentuada no profissional médico, que tem ainda uma graduação fortemente alicerçada no paradigma anatomo-clínico (COSTA, 2008).

Apesar da predominância da proposta da transmissão de informação com enfoque biológico, houve o relato de uma atividade mais voltada para a integração

social, a promoção da saúde e da qualidade de vida. Os idosos de uma equipe foram convidados a participar em uma atividade lúdica (dança sênior), com o objetivo de melhorar suas relações sociais, bem como sua cognição, com benefícios também para o aparelho locomotor e circulatório.

[...] identificamos que a população idosa estava muito fechada dentro de casa, inclusive com comprometimento da saúde mental. A proposta foi então proporcionar consultas médicas e iniciar um grupo de idosos, que hoje fazem dança sênior com a enfermeira [...] A gente procura atender, fazer grupos, cuidar. Trabalhamos muito com a promoção de saúde. Quando a situação está complicada, encaminhamos. TE2

As visitas domiciliares (VD) também mereceram destaque dos profissionais ao mencionarem as ações das equipes. Entretanto, conforme foi relatado no item 5.2.1, sobre o diagnóstico do território, muitos profissionais declararam ter dificuldade de manter a frequência de VD, devido à sobrecarga de atividades na equipe.

Os grupos de usuários e as VD são estratégias de organização da oferta, de acordo com a avaliação que as equipes fazem das necessidades de saúde da população adscrita. Com isto, é possível reduzir a demanda espontânea e oferecer uma atenção mais integral às famílias, que considere, além das ações curativas e de controle, a prevenção de doenças e agravos e a promoção da qualidade de vida. Porém, embora alguns profissionais tenham mencionado a necessidade de reduzir a demanda espontânea, demonstraram que o foco de suas ações continua sendo predominantemente assistencial e moldado pelo aspecto biológico.

Precisamos também tentar diminuir a porta de entrada. E1

Observo que as equipes têm um trabalho organizado, porém ainda cunhado no biológico. A promoção fica um pouco mais de lado em função das atividades assistenciais, há uma demanda para isso. SO2

Em relação às ações intersetoriais, observamos foram pouco mencionadas pelos profissionais.

Na fase das entrevistas, uma profissional citou a realização de ações em parceria com a Comlurb (Companhia municipal de limpeza urbana) em sua área.

Outra equipe organizou com a comunidade um conselho gestor local, órgão deliberativo composto de representantes de profissionais de saúde e usuários, tendo com isso a possibilidade de garantir a participação da comunidade na elaboração do plano local, porém as ações em parceria com este conselho não foram mencionadas durante o período de observação, nem durante as entrevistas.

É importante destacar também que um considerável tempo das reuniões foi utilizado pelos profissionais das equipes técnicas para solicitar aos agentes comunitários que (re)agendassem consultas ou exames.

Como síntese deste tópico destacamos a dificuldade geralmente encontrada pelas equipes em ampliar suas ações para além dos fatores biológicos do processo saúde-doença, entendendo a saúde como um direito social e criando condições para o efetivo exercício da cidadania. As equipes também demonstraram uma certa dificuldade em organizar suas atividades de grupo baseadas em práticas comunicativas dialógicas e metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

5.2.5 A avaliação

Avaliar significa emitir um juízo de valor sobre um determinado assunto e, segundo Donabedian (*apud* REIS *et al.*, 1990), a avaliação do cuidado em saúde pode se dar em três componentes: estrutura, processo e resultado, podendo existir combinações entre esses três componentes, e devendo ter um caráter permanente.

Nas equipes estudadas, a avaliação de resultados foi considerada algo importante, porém observamos que ocorre basicamente por estímulo do GAT.

Organizamos aproximadamente a cada três meses uma oficina de planejamento, com a finalidade de provocar a discussão e também para avaliar e re-planejar as atividades. SO2

Estas reuniões trimestrais são realizadas por um GAT em conjunto com as equipes de sua área. No entanto, cabe ressaltar que embora este profissional tenha mencionado estas reuniões em sua entrevista, as mesmas não foram citadas pelos profissionais da equipe, o que demonstra uma certa incoerência.

A avaliação é parte do processo de planejamento, sendo a etapa na qual se verifica se o problema reconhecido foi resolvido, se os resultados (metas) foram alcançados; se a estrutura do trabalho está adequada e se o processo de planejamento necessita de alterações.

O caráter permanente da avaliação deve contribuir efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante do serviço; sendo ideal que funcione levando em consideração a perspectiva de profissionais, usuários e gestores. Neste aspecto, também nesta etapa do planejamento é imprescindível a estruturação de canais abertos de comunicação.

A fala abaixo nos revela que as equipes se organizam para fazer a avaliação de suas ações, porém em momentos específicos, geralmente com intervalo anual.

Nós fazemos uma reunião no fim do ano para um balanço e elaboração do plano de ação para o ano seguinte. Estamos sempre abertos às propostas do GAT. Para mim, o planejamento é um ciclo e nem tudo que foi planejado realmente acontece; mas nada fica perdido, as propostas podem ser atrasadas, mas nunca esquecidas. TE2

A gente tenta alcançar as metas, mas nem sempre a gente consegue. Geralmente no início do ano a gente discute na equipe o que a gente pode fazer para melhorar, o que a gente deixou de fazer no ano anterior. A gente vai analisando o trabalho da equipe como um todo. E3

De acordo com Takeda e Talbot, 2006:

Institucionalizar a avaliação significa incorporá-la ao sistema, possibilitando monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir

problemas; enfim, retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades. Não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de voo e do motor (TAKEDA; TALBOT, 2006, p. 573).

Para o Ministério da Saúde, a avaliação do processo de trabalho e das práticas em saúde deve ser entendida como um processo reflexivo e contínuo. Uma atividade capaz de contribuir com profissionais e gestores na aquisição de conhecimentos necessários para tomar decisões voltadas ao atendimento das necessidades e demandas dos usuários.

Para tanto, o MS apresentou em 2006 uma proposta de avaliação para a melhoria da qualidade da ESF (AMQ). Trata-se de uma metodologia de auto-avaliação, aplicada através de questionários dirigidos aos diferentes atores da ESF (gestores, coordenadores, profissionais de equipe). A adesão da gestão municipal à AMQ é voluntária (M.S, 2006).

A gestão municipal do Rio de Janeiro aderiu à AMQ e as coordenações/supervisões locais solicitaram que as equipes respondessem aos questionários, de forma que se esperava que as equipes participantes deste estudo conhecessem o instrumento e tivessem um julgamento, uma auto-avaliação sobre o seu trabalho, com propostas de melhoria, porém ao serem indagados sobre o facilita o processo de planejamento, não citaram a avaliação do seu trabalho; citaram os indicadores, mas nas reuniões observadas não foi discutido o impacto obtido pelas equipes e a necessidade de novas ações.

Certamente, o que facilita o planejamento é ter indicadores. E1

A exemplo das demais atividades que compõem o planejamento local, a avaliação das ações de saúde nas equipes estudadas também se mostrou presente, mas de maneira incipiente, fragmentada e descontínua.

5.3 AS VOZES DO PLANEJAMENTO LOCAL

5.3.1 A participação na equipe

Durante as observações das reuniões pudemos perceber diferenças entre as vozes participantes. Foi possível notar que havia sempre uma liderança, uma voz mais forte dentro das equipes. Em uma equipe, a liderança foi nitidamente exercida pelo médico; em outras duas, o enfermeiro e o técnico de enfermagem ocuparam lugares mais centrais de fala. Esta liderança foi identificada devido a uma participação mais ativa e destacada destes profissionais, como a coordenação das reuniões, indicação de sugestões para a pauta, proposição de decisões e divisão de tarefas dentro da equipe.

Em uma das equipes, observamos que os ACS demonstraram frequentemente uma participação reduzida nas discussões e decisões do grupo, dedicando-se muitas vezes a conversa paralela entre si, ou ainda a fazer rabiscos e desenhos, demonstrando não prestar muita atenção ao que se tratava nas reuniões. Sem contar com as interrupções para atender ligações de telefones celulares, o que ocorreu com diversos membros das equipes.

Quando os ACS participavam, era basicamente para fornecer informações solicitadas por outros profissionais da equipe. A tomada de decisões acontecia geralmente por iniciativa de membros da equipe técnica e do GAT.

Em uma outra equipe, o espaço das reuniões foi usado principalmente para solicitar aos agentes o agendamento (ou re-agendamento) de consultas ou exames, a entrega de resultados de exames e verificação da escala de tarefas preparada pela enfermeira mensalmente. Através desta escala, a enfermeira distribui tarefas

entre os ACS, por exemplo, a realização de visitas domiciliares sozinhos ou acompanhados pelo médico ou enfermeira, ou ainda a participação em atividades de grupo.

Temos uma agenda mensal com nossas atividades, os turnos nos grupos, as visitas domiciliares... A enfermeira faz as escalas e coloca no quadro de avisos. Nas VD (visitas domiciliares) com o médico e a enfermeira, eles escolhem as prioridades. ACS3

A comunicação na equipe se mostrou verticalizada e pouco participativa, com uma distribuição de tarefas organizada de forma hierárquica. O espaço para o diálogo necessário ao diagnóstico local, à avaliação de riscos e ao planejamento interativo das ações se mostrou reduzido ou às vezes ausente.

[...] o agente tem a visão da realidade da área dele, a enfermeira tenta observar a realidade de todas as microáreas. Ela pode visualizar a área como um todo e priorizar ações. E3

Uma outra equipe, diante do intuito de reduzir os atendimentos não agendados (demanda espontânea), planejou o que denominou “grupos de pediatria”. Ou seja, crianças de duas ou três microáreas seriam prioritariamente atendidas em consulta médica, após seus pais assistirem a uma palestra com o médico da equipe. Os ACS desenvolveriam atividades de recreação infantil para o grupo em espera durante as palestras, até que pudessem ser atendidos pelo médico.

Também neste caso se observou uma comunicação para o planejamento de ações de forma predominantemente verticalizada. Não houve uma discussão participativa sobre o diagnóstico do problema e a definição de propostas de intervenção.

Os ACS, contudo, afirmaram sua participação no processo de trabalho e na definição de ações, conforme se pode perceber nas citações abaixo:

O objetivo da equipe é acompanhar diabéticos, hipertensos, explicar sobre os medicamentos. Nas reuniões de equipe a gente traça uma estratégia para melhorar a vida destas pessoas. ACS3

As reuniões são importantes. Nelas discutimos os casos, a equipe fica mais junta, vê as prioridades e pode ajudar mais as pessoas. [...] Observamos que as DST (doenças sexualmente transmissíveis) têm aumentado, então, vamos chamar mais para o preventivo. ACS4

A fala da médica durante a reunião de uma equipe que havia sido alertada pelo GAT de que o número de preventivos ginecológicos (Exame de PAPANICOLAU) estava abaixo do esperado, reforça a tendência a uma comunicação verticalizada.

Vamos fazer um mutirão do preventivo. O GAT disse que estamos com um número abaixo do esperado. Durante os próximos três meses os preventivos não serão agendados, manteremos as tardes de 3ª feira para coleta de preventivos ginecológicos por livre demanda. Avisem às mulheres de sua microárea, porém avisem que vamos apenas colher os exames, as pacientes com queixas de corrimento, dor pélvica, irregularidades do ciclo menstrual etc. devem agendar consultas. M1

A médica e a enfermeira decidiram realizar uma intervenção, estimulando a demanda para a coleta do material para exame. Aos ACS coube a tarefa de comunicar a população de sua microárea. Observou-se que as causas e possíveis conseqüências do problema (baixa cobertura do exame PAPANICOLAU) não foram amplamente discutidas na equipe, que nem ao menos identificou sua ocorrência antes da comunicação da equipe de supervisão.

O lugar do médico no processo de trabalho foi objeto de discussão em uma das reuniões de equipe observadas, em que se abordou o “peso do título de doutor”. O fato de os usuários constantemente desejarem uma consulta médica, recusando atendimento por outros profissionais, foi relatado pelo médico da equipe como fator de angústia, enquanto a enfermeira afirmou sentir-se “frequentemente impotente” diante desta situação. Nas reuniões de equipe, entretanto, o médico se mostrou não necessariamente como líder, mas sempre como um interlocutor de destaque no grupo.

Somente uma equipe contou com a presença do odontólogo em suas reuniões, que participou ativamente, propondo ações de saúde para a população da área, sugerindo temas para discussão e colaborando com a construção da pauta. Durante a entrevista, este profissional confirmou a participação incipiente dos ACS na elaboração do plano local.

Nossa meta é o acompanhamento. Temos que acompanhar as crianças menores de dois anos, os portadores de Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus. As metas foram pactuadas pelo GAT e pela Equipe Técnica. O1

Como síntese deste tópico, destacamos que a comunicação nas equipes revelou uma tendência à verticalização e hierarquização das relações, com pouca participação dos ACS nas discussões e tomada de decisões. A participação destes profissionais se mostrou frequentemente reduzida à transmissão de informações coletadas no território.

Cunha (2005) sugere a superação dos desafios da clínica na atenção básica através de um relacionamento entre os sujeitos (profissionais e pacientes), num caminho compartilhado.

Para Franco e Merhy (1999), a produção do cuidado em saúde requer o acesso a diferentes tecnologias: duras, leve-duras e leves, e pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém. Os diversos saberes se articulam, em "relações intercessoras com os usuários" e produzem o cuidado.

Schraiber e colaboradores (1999) destacam que os significados entre os agrupamentos profissionais são diferenciados:

Para cada um desses agrupamentos de profissionais [...], gerar informações, registrá-las e compartilhá-las adquire significados diversos, em razão do próprio sentido instrumental da informação dentro de suas respectivas técnicas na produção do trabalho (SCHRAIBER; PEDUZZI *et al.*, 1999).

Reiteramos que sem o diálogo aberto e crítico, a participação e a pactuação, dificilmente os profissionais conseguirão construir sentidos compartilhados que permitam a elaboração de um plano local da equipe, capaz de comprometer e guiar o conjunto de seus membros na produção do cuidado, de maneira articulada e integrada.

As formas de comunicação e as dinâmicas de trabalho observadas nas equipes, embora permitam algum grau de participação e diálogo na tomada de decisões, apontam para uma modalidade de planejamento predominantemente normativa. A interlocução dos gestores com as equipes pode reforçar ou não esta tendência, como veremos a seguir.

5.3.2 A participação dos gestores

No município do Rio de Janeiro, além de uma coordenação central estabelecida na Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde da SMS, a gestão da ESF conta também com os Grupos de Apoio Técnico - GAT, que respondem pela coordenação regional. Estes grupos foram criados em 2003, quando houve uma expansão da ESF, na proporção de um GAT para cada área programática - AP com equipes de Saúde da Família.

Cada GAT é composto por diversas categorias profissionais da área da saúde, tais como enfermeiros, psicólogos, dentistas, médicos especialistas etc. No momento da pesquisa, havia nove GATs implantados, em nove diferentes APs, e em dois deles não havia profissionais médicos.

Entre as atribuições do GAT, podemos destacar:

- Acompanhar e avaliar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família;

- Realizar o acompanhamento regular da reunião semanal das equipes;
- Promover e facilitar a integração entre todas as equipes;
- Facilitar a articulação de ações de intersectorialidade das equipes;
- Elaborar agenda de capacitação e educação permanente com as equipes;
- Acompanhar, participar e avaliar as ações das equipes para o cumprimento das metas pactuadas através do Pacto da Atenção Básica, do próprio GAT ou de outras instâncias;
- Realizar consultas, interconsultas e consulta conjunta quando for necessário (BERENICE; CARLOS *et al.*, 2007).

Embora o GAT tenha sido concebido para acompanhar e apoiar os profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família, os dados coletados neste estudo demonstram que nem sempre os profissionais encontram no GAT o apoio previsto. Várias falas destacaram dificuldades no relacionamento com representantes do GAT e também do nível central, como apoio insuficiente às ações das equipes e excesso de cobranças:

[...] e é claro que a supervisão acaba influenciando a rotina do nosso trabalho. Agora precisamos fazer diversas planilhas e com isso, a equipe tem que se reorganizar... acredito que a coordenação tem que dar referências, ser parceira, ajudar a resolver os problemas. E2

Como dificuldades posso citar as cobranças do nível central. Hoje, por exemplo, é o novo sistema de informação e eu já vi isso há três anos atrás. E1

As metas a equipe não se prende muito, é mais o GAT, o GAT vem nas reuniões uma vez na semana, querem acompanhamentos e para atingir 100% nem sempre depende da gente. [silêncio] Falta um pouco de confiança do GAT na gente. M2

Outros profissionais, entretanto, identificaram no GAT um facilitador do processo de trabalho e das ações de planejamento nas equipes, como se pode observar nas falas abaixo:

Eu tenho uma coisa muito clara na minha cabeça, quando o novo GAT entrou mudou tudo, deu um olhar diferente. [...] A gente trabalhava sem preocupação de fazer o diagnóstico, hoje nós já temos essa visão. O GAT fez um novo introdutório com a nossa

equipe, passamos uma semana nos capacitando. O nosso GAT respira epidemiologia. Nesse tempo, houve também a entrada dos residentes, isso também mudou a cara da nossa equipe. É ilusão achar que a equipe era assim há dois anos atrás, hoje a gente tenta trabalhar em cima de um diagnóstico, olhando para o SIAB e com planejamento. E1

Nesse módulo, existe uma coordenação que fica aqui dentro, e a idéia de planejamento, na verdade, partiu dela. Ela orienta a gente, foi ela quem nos fez pensar sobre o ano passado, ela conversa muito com a gente, acredito que faz uma gestão muito participativa. Ela é um braço do GAT. M3

Nós fazemos uma reunião no fim do ano para um balanço e elaboração do plano de ação para o ano seguinte. Estamos sempre abertos às propostas do GAT. TE2

Como se pode observar, o GAT é percebido ora como autoridade que lidera, dialoga, orienta e dá suporte, ora como um nível autoritário que cobra sem fornecer apoio suficiente. Segundo Pinheiro (2007) a autoridade é reconhecida, ou seja, alguém reconhece a autoridade de quem se expressa. Quem fala com autoridade convence não pela imposição, mas pela credibilidade que é transmitida. O que é diferente de autoritarismo. Quando se é autoritário, se impõe algo, alguém deve aceitar aquilo porque está sendo imposto e não porque o reconhece como sendo melhor. Nem sempre a pessoa que age com autoritarismo tem credibilidade, “mas o que tem autoridade tem, necessariamente, a credibilidade andando lado a lado” (PINHEIRO, 2007, p. 3).

Um dos profissionais entrevistados ressaltou ainda a distância do GAT em relação à equipe. Apesar de atuar na supervisão da equipe desde 2003, só agora - cinco anos depois, “começou a fazer reunião” para conhecer o trabalho desenvolvido.

Este ano o GAT começou a fazer reunião para ver o que a gente faz. Já foram duas. É uma forma deles conhecerem o trabalho da gente. E3

As diferenças observadas na percepção sobre o GAT expressam diferentes estratégias de relacionamento de cada grupo de supervisão com suas respectivas equipes, e sinalizam também diferentes níveis de resistência e mesmo de possibilidades de atuação de cada equipe frente aos encaminhamentos propostos. Equipes incompletas, por exemplo, tendem a ter uma maior sobrecarga de atividades distribuída a cada profissional. Se este aspecto não for suficientemente reconhecido e considerado pelos supervisores, as resistências na equipe tendem a se acirrar, especialmente frente a novas demandas.

Uma relação autoritária do gestor com as equipes, além de promover resistências, incertezas e conflitos, reforça a dependência, na medida em que não contribui com o grupo na conquista de maturidade e maior autonomia no desempenho de suas atividades.

O trabalho em equipe na Saúde da Família requer que os profissionais construam um plano comum, capaz de contemplar projetos e interesses dos níveis centrais, dos próprios profissionais e da comunidade. Para isto é necessário uma interação entre eles, e entre a equipe, o nível central e a comunidade. Nesta perspectiva, Peduzzi (2001) nos traz os conceitos de equipe integração e equipe grupamento.

A primeira noção é caracterizada pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde, e a segunda, pela fragmentação (PEDUZZI, 2001, p. 106).

Como estabelecer o diálogo, a participação crítica e a pactuação para uma atuação mais integrada? Segundo a mesma autora, somente por meio de uma prática comunicativa (o “agir comunicativo” de Habermas), que considere resistências, conflitos, incertezas e mudanças na busca de consensos, os profissionais poderão construir um projeto comum, pertinente às possibilidades das equipes e às necessidades de saúde dos usuários.

As atitudes autoritárias dificultam esta prática comunicativa. Ficou claro nas observações que nas equipes onde os profissionais identificaram no GAT uma atitude mais autoritária, houve uma menor participação dos agentes, que falaram pouco ou se calaram durante as reuniões.

Segundo Cardoso & Nascimento (2007), a comunicação entre os profissionais das equipes e destas com os gestores tende a ser atravessada por tensões e embates nem sempre suficientemente explícitos e enfrentados. O silêncio, a omissão e o boicote são estratégias algumas vezes utilizadas por estes profissionais, principalmente quando as relações são fortemente marcadas por posições hierárquicas, articuladas ao saber científico.

Para Foucault (1979), o poder necessita de instrumentos que formem, organizem e façam circular um saber, sendo através deste que se dá o exercício do poder. Nesse contexto, o binômio poder/saber forma uma relação de reciprocidade: o poder produz o saber que legitima e reproduz o poder. O autor também observa que devemos pensar no poder como algo que funciona em cadeia:

Não devemos tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de uma classe sobre as outras; mas ter bem presente que o poder - desde que não seja considerado de muito longe - não é algo que possa ser dividido entre os que o possuem e o detêm exclusivamente e os que não o possuem e a ele são submetidos. [...] O poder funciona em rede. Nas suas malhas os indivíduos estão sempre em posição de exercer e sofrer sua ação (FOUCAULT, 2007).

Para concluir este tópico, enfatizamos que relações autoritárias entre o GAT e as equipes tendem a inibir o livre embate de idéias. A letra de uma canção popular tocada frequentemente nas emissoras de rádio expressa um aspecto importante deste modelo de liderança: “PAZ SEM VOZ, NÃO É PAZ, É MEDO.” A liderança autoritária vai de encontro à proposta de planejamento participativo, que depende da expressão de diferentes interesses e projetos, do diálogo aberto capaz de considerar resistências e conflitos, como também da liderança e do apoio dos gestores.

5.3.3 A participação da comunidade

Um dos princípios do SUS estabelece a participação da comunidade e o controle social. Para tanto, foram criadas instâncias institucionais com espaço de participação de representantes da população na gestão das políticas de saúde: as conferências e os conselhos de saúde, em níveis regional, municipal, estadual e federal (LEI Nº 8.142/1990). Ao lado disto, é estimulada a criação de conselhos gestores locais; instância mais próxima dos usuários e local que “propicia o debate, face a face, dos problemas coletivos” (PESTANA, VARGAS *et al.*, 2007).

Através da portaria 3027/2007, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, com o objetivo de “mobilizar os diferentes sujeitos relacionados ao SUS, fortalecendo a cidadania plena”. Neste documento, o MS recomenda o desenvolvimento de ações que incentivem a participação popular nos processos de planejamento e ação dos serviços de saúde.

Na ESF, as atribuições das equipes incluem o estabelecimento de vínculo com a população e o estímulo à participação da comunidade, inclusive na elaboração do plano local para enfrentamento dos principais determinantes do processo saúde/doença (BRASIL, 2006).

As falas dos profissionais entrevistados revelaram que a participação da comunidade no planejamento de ações acontece, mas de forma indireta. Afirmaram que existe um espaço permanente de diálogo e de participação da população nas equipes, principalmente nos grupos de usuários, de orientação educativa e preventiva. O planejamento de ações, entretanto, ainda que considere a demanda da comunidade, é definido essencialmente pela equipe técnica.

Nossos parceiros são fundamentais, existem lideranças da comunidade que motivam os moradores a participar dos nossos grupos, por exemplo. M3

A comunidade tem voz e vem sempre reclamar que tem ratos nos domicílios e lixos na cachoeira, e com isso, a equipe planeja ações educativas e mutirões sempre com ajuda de parceiros, como o pessoal da COMLURB. TE2

As metas são estabelecidas pela equipe em reuniões, nisto a comunidade não participa. M3

Alguns profissionais entrevistados demonstraram valorizar a organização da comunidade. A citação abaixo aponta uma relação entre o desrespeito aos direitos sociais, o estado de saúde da população e a demanda de serviços na unidade de saúde.

[...] temos (no município do Rio de Janeiro) é que organizar melhor a malha social, a comunidade tem que ter seus direitos sociais respeitados. Aqui os condicionantes de saúde são os fatores que dificultam nosso trabalho, e aumentam a demanda na unidade. Isto dificulta o planejamento. M3

Para Bettioli (2006) a participação popular está intimamente vinculada à questão do poder, isto é, “da dominação e resistência no contexto de relações de classes sociais”.

Entendemos que a presença dos ACS nas equipes expressa um avanço na participação da comunidade nas equipes de saúde. A dinâmica de trabalho das equipes, com VD e grupos de usuários, possibilita também espaço para a ampliação do diálogo entre os profissionais e a comunidade.

Entretanto, no contexto específico do planejamento de ações das equipes estudadas, foi possível observar que a participação da comunidade e dos ACS enfrenta ainda obstáculos e resistências. O planejamento de ações de saúde parece ser desenvolvido sobre a população, e não com a população, como preconizam as políticas de saúde.

5.4 CARACTERÍSTICAS DO PLANEJAMENTO LOCAL

Em nossa pesquisa não observamos suficiente discussão participativa sobre o diagnóstico/definição de problemas prioritários, propostas de intervenção e avaliação de resultados, que permitisse um retorno aos problemas identificados; visando uma melhoria nas condições de vida da população adscrita.

Uma das principais diretrizes da ESF é a elaboração do plano local baseado no diagnóstico da comunidade e realizado de forma participativa, incluindo equipe de profissionais, gestores e membros da comunidade (M.D.S., 2006). Contudo, observamos que o planejamento de ações de saúde ainda mantém diversas características normativas e verticalizadas, sendo estas muitas vezes predominantes.

Destacamos a parte em que o ACS relata que as prioridades das visitas domiciliares são escolhidas pela equipe técnica. Apesar de relatarem a importância das reuniões, observamos que, de uma maneira geral, os ACS não utilizam este espaço para contribuir na definição de ações prioritárias.

As demandas do GAT influenciaram com mais frequência o planejamento de ações, que respondeu menos à percepção e diagnóstico das necessidades de saúde da população, feitos pelas equipes. Também não se observou uma prática regular de análise para definição de prioridades a partir da identificação de fatores de risco e de vulnerabilidades.

A participação coletiva e democrática, isto é, com uma discussão em equipe de cada uma das etapas do planejamento, se mostrou igualmente pouco presente.

Estas dificuldades evidenciam um caráter normativo do planejamento de ações dentro da SMS/RJ, em que os atores centrais são principalmente os

profissionais dos GATs, responsáveis pelo planejamento, enquanto os profissionais das equipes respondem prioritariamente pela execução das ações.

No âmbito interno das equipes, também se observou um padrão de tendência normativa, em que alguns profissionais das equipes técnicas centralizavam o planejamento de ações e a repassavam aos ACS e técnicos de enfermagem tarefas específicas para sua operacionalização.

Devemos considerar que há possivelmente a convivência dos dois modelos: predominantemente normativo ou participativo, variando entre as equipes ou até mesmo oscilando em uma mesma equipe.

Um outro aspecto importante observado nesta pesquisa foi o fato de que os profissionais das equipes estudadas revelaram priorizar o desenvolvimento de ações voltadas para a população com uma condição clínica específica, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, gestação, ou para a prevenção de uma determinada doença, como o câncer de colo de útero. Com a valorização de consultas individuais, muitas vezes acompanhadas de solicitação de exames laboratoriais, evidenciando assim uma atuação profissional ainda fortemente ancorada no *paradigma anatomo-clínico*.

Através de um foco predominantemente biologicista, estes profissionais tenderam a subestimar os fatores psico-sociais que determinam e condicionam processo saúde-doença-cuidado, assim como o conceito ampliado de saúde, tanto no planejamento como no desenvolvimento de suas ações.

A idéia de focalizar as ações das equipes no tratamento de diabéticos, hipertensos, ou portadores de alguma condição clínica específica foi destacada como objetivos da ESF em nove das 15 entrevistas.

Itikawa *et al.* (2008) enfatizam que o ensino médico no Brasil ainda se fundamenta nos preceitos oriundos da reforma proposta por Abraham Flexner em 1910, que recomendou o ensino de medicina nos hospitais e influenciou o atual modelo de atenção à saúde: fundamentalmente hospitalocêntrico, privilegiando a medicina curativa, individualista e fragmentada em diversas especialidades, produzindo uma visão reducionista do homem e de seus processos de saúde-doença-cuidado à dimensão biológica. Este modelo favoreceu também a concentração dos profissionais nos centros urbanos, uma vez que os hospitais universitários aí se instalaram (ITIKAWA, 2008; SILVA JUNIOR, 2006).

Para reverter este quadro, foram propostas mudanças no ensino de graduação na área de saúde. Instituídas pela Resolução do *Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES)* nº 4, de 7 de novembro de 2001, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina se constituem em orientações para a elaboração de novos currículos. O objetivo é o de estimular o ensino de uma prática orientada para a integralidade, com uma compreensão do indivíduo como um ser humano, pertencente a um contexto histórico e possuidor de emoções e sentimentos numa dimensão psicossocial.

Fruto de um amplo debate que mobilizou profissionais envolvidos na educação superior nas áreas da saúde, as diretrizes buscam concretizar um ensino menos tecnicista, mais crítico e humanizado, de caráter generalista, integralizante e focado nas questões sociais do país. Esta política encontra-se ainda em fase de implantação e demanda esforços para a expansão e o fortalecimento de sua execução (SUPERIOR, 2001).

Assim, o planejamento com enfoque participativo e baseado em uma comunicação dialógica encontra ainda obstáculos. Uma delas parece ser a falta de uma sistematização do mesmo, fazendo com que não fiquem claros quais os objetivos perseguidos pela equipe, quais as prioridades e os meios de intervenção e muitas vezes o processo é compreendido como uma “imposição de instâncias superiores” (TAKEDA, 2004).

Segundo PAIM (2003), os problemas de saúde que requerem atenção diagnóstica ou terapêutica ou demandem serviços de urgência/emergência acabam sendo privilegiados e ofertados acriticamente, sem obedecer a um planejamento prévio. Uma vez que existem poucos estudos para aferir necessidades e demandas, cabe aos gestores reforçarem a análise da situação de saúde, com a identificação de grupos mais vulneráveis, a fim de se organizar intervenções em um determinado território que contemplem aspectos de promoção de saúde, prevenção de agravos e atenção curativa (PAIM, 2003).

No entanto, é importante afirmar que as análises desenvolvidas pelos gestores podem e devem ser compartilhadas e aprofundadas com os profissionais das equipes, de forma a promover a troca de informações e saberes, ampliando e aprofundando a análise a partir das experiências e práticas desses profissionais. O que exige uma maior integração entre profissionais e gestores, com espaço para o diálogo aberto e a participação.

Por tudo o que observamos durante as entrevistas, inferimos que as ações de caráter médico-assistenciais são privilegiadas e que a dinâmica do planejamento mantém um forte traço normativo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender de que forma as equipes de saúde da família do município do Rio de Janeiro realizam o planejamento local de suas ações.

O reconhecimento de que planejar envolve comunicação dialógica, que o trabalho na atenção básica - ou APS - necessariamente utiliza “tecnologias leves” (de relacionamentos) é fundamental para que gestores, profissionais de equipes e comunidade possam traçar “caminhos compartilhados”.

A ESF trás uma proposta de alterar a organização do processo de trabalho, ampliando o olhar dos profissionais envolvidos para além do aspecto biomédico, considerando a saúde e seus fatores determinantes e condicionantes e não unicamente as doenças. Apesar disso, o trabalho ainda permanece centrado na oferta de assistência médica, tendo os profissionais demonstrado muitas dificuldades em trabalhar com a clínica ampliada, apesar do *apoio* do GAT.

Seabra *et al.* (2008), em um trabalho no município de Ribeirão Preto, constatou que diversos profissionais das equipes tinham dificuldades de compreender os princípios do PSF e portanto de aplicá-los na prática. Até junho de 2007 somente 605 médicos das quase 30.000 equipes de saúde da família do Brasil possuíam o Título de especialista em medicina de família e comunidade, o que evidencia que a formação profissional específica para a APS ainda necessita de investimentos.

Na nossa pesquisa, percebemos que a elaboração do plano local encontra-se ainda focada em aspectos biológicos, com tendências normativas e sem a apropriação suficiente de instrumentos que favorecem o planejamento, oferta e avaliação de impacto das ações e serviços de saúde, de acordo com as

necessidades locais; observamos que muitas vezes a oferta destas ações e serviços permanece ainda sofrendo pressões ora da comunidade e ora das instâncias superiores da SMS.

O trabalho dos GATs se mostrou insuficiente para dinamizar as práticas das equipes, que deveriam considerar as múltiplas dimensões do processo saúde-doença-cuidado; os profissionais encontravam-se muitas vezes desmotivados, desgastados, e por que não dizer sobrecarregados, visto que muitas equipes permanecem incompletas. Capozzolo, em um estudo no município de São Paulo, demonstrou resultados semelhantes, tendo os profissionais médicos relatado um sentimento de estarem “no olho de um furacão” (CAPOZZOLO, 2007).

Entendemos que investir em formação profissional, durante a graduação, pós-graduação e através de educação permanente, é uma maneira de preparar os profissionais das equipes para o desafio de trabalhar em APS, incorporando uma nova forma de “pensar e agir em saúde”.

Um importante esforço deve ser implementado também para qualificar as equipes na realização do planejamento participativo, de forma que a elaboração do plano local possa ocorrer mais “profissionalmente” e com embasamento teórico, isto seria uma forma de valorizar o planejamento local para a construção de um novo modelo de assistência a saúde. Sendo desejável ampliar a cultura do planejamento e incentivar a leitura e discussões sobre o assunto.

Um outro aspecto que merece atenção é o do apoio matricial. Como dissemos, os GATs foram criados em 2003 tendo como um de seus objetivos dar apoio técnico às equipes, no entanto em nossa pesquisa observamos que este apoio não obteve suficiente resposta no que diz respeito a elaboração de um plano local pelas equipes de saúde da família. Aprimorar esta relação entre os GATs e as

equipes, favorecendo o apoio matricial, onde a equipe matricial agrega conhecimentos e aumenta a capacidade da equipe de ponta em resolver problemas de saúde, poderia ser uma forma de aumentar a autonomia das equipes.

Apesar da formação e qualificação profissional e do incremento das tecnologias leves serem fundamentais, não podemos excluir outros aspectos necessários à operacionalização dos serviços, como a adequação do espaço físico, a disponibilidade de insumos, o número suficiente de profissionais nas equipes, a estruturação da rede de referência e contra-referência. Enfim, investir realmente na mudança do modelo assistencial, tendo a APS como porta de entrada do sistema e gerenciamento dos casos e funcionando em uma rede.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A. *et al.* **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.
- ARAÚJO, I.. **Comunicação e Saúde**. In: Epsjv/Fiocruz (Ed.). Educação e Saúde. Rio de Janeiro: Martins, CM (org.), 2007.
- ARAÚJO, I.; CARDOSO, N. E J. M.. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007, 152p.
- ARAÚJO, M. B. S.; TIMÓTEO, R. P. S. *et al.* **A prática gerencial do enfermeiro no PSF, na perspectiva de sua ação pedagógica educativa: Uma breve reflexão**. Revista Ciência e Saúde coletiva, p. 210-218, 2007.
- ARTMANN, E.. **O Planejamento Estratégico - Situacional: A lógica Matusiana e uma proposta a nível local de saúde**. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, Rio de Janeiro, 1993.
- AZEVEDO, A. L. M. D.; BARBOSA, M. G. M. M. *et al.* **Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 2, p. 94-99, 2006.
- AZEVEDO, C. S.. **Planejamento e Gerência no enfoque Estratégico - Situacional de Carlos Matus**. Caderno de Saúde Pública, v. 2, p. 129-133, 1992.
- BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007, 223p.
- BERENICE, CARLOS, *et al.* **Agenda de compromissos da Estratégia Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro Eixo I – Atribuições do Grupo de Apoio Técnico - GAT**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2007.
- BETTIOL, L. M.. **Saúde e participação popular em questão: O Programa Saúde da Família**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.
- BORBA, P. C. D. OLIVEIRA, O., R. S. *et al.* **O PSF na prática**. Organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007, 136p.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. **Programa de Saúde da Família: Ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica.** Ministério da Saúde. Brasília, 2003a.

_____. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica D.D.A.B.M.D.** Saúde: Ministério da Saúde, 96p., 2003b.

_____. Portaria nº 493 de 13 de março de 2006. **Dispõe sobre a Aprovação da Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde.** M.D.Saúde: Ministério da Saúde, p. 1-53, 2006.

BRASIL, M. D. S.. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, p. 36, 1997.

_____. **Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Informe da atenção básica nº 19,** novembro/dezembro de 2003, p. 2, 2003.

_____. **Avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família.** D. A. Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. v. 6, 2006.

_____. **Cadernos de Atenção Básica nº 21(serie A/normas e manuais técnicos).** Brasília, 2007, 199p.

BUSS, P. M.. **Promoção da Saúde e qualidade de vida.** Ciência & Saúde coletiva, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 2006. 871p.

CAPOZZOLO, A. A.. **No olho do furacão.** Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. (Tese de Doutorado). Departamento de Salud Publica, Universidade de Alicante, Alicante, España, 2007.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C.. **Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade.** Ciência & Saúde Coletiva, 2007.

CARDOSO, J. M.. **Comunicação e Saúde: Uma Idéia e Cinco Desafios para Ampliar a Participação e o Controle Social (Série D. Reuniões e Conferências).** In: M. D. Saúde (Ed.). Seminário de Comunicação, Informação e Informática em Saúde. Brasília, 2005. Comunicação e Saúde: Uma Idéia e Cinco Desafios para Ampliar a Participação e o Controle Social, p. 22-32, 2005.

CASTIEL, L. D.. **O técnico e as necessidades em saúde.** Cadernos de saúde pública. v. 1, p. 18-24, 1985.

CECÍLIO, L. C. O.. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** Rio de Janeiro: LAPPIS-Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. 2004/2007.

CEDAPS, C. D. P. D. S.. **História do Cedaps.** Cedaps. 2009.

COELHO, F. L.; SAVASSI, L.. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.** SBMFC, 2008.

CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde(coleção PROGESTORES/ Para entender a gestão do SUS).** Brasília, v. 8, 2007. 232p.

CORDEIRO, H. de Albuquerque. **SUS - Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora RIO, 2005, 96p.

COSTA, I. D. S.. **Da mudança de modelo ao modelo de mudanças:** um estudo sobre o curso introdutório do PSF. 98p., 2008 (Dissertação de Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

DE LAVOR, A.; DOMINGUEZ, B. C. *et al.* **13ª Conferencia Nacional de Saúde. Encontro de Paradoxos.** RADIS comunicação em saúde. Rio de Janeiro, p. 9-13 2008.

DOMINGUEZ, B. C.. **Determinantes sociais da saúde.** Contra iniquidades, ações intersetoriais. RADIS. comunicação em saúde. Rio de Janeiro, p. 14-15, 2007.

EULÁLIO, A. M.. **Planejamento em saúde: especialização.** UFPI, 2008.

FONSECA, A. F. O.. **O Território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ (Coleção: Educação profissional e docência em saúde: A formação e o trabalho do Agente comunitário de saúde), v. 1, 2007, 266p.

FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder.** São Paulo: Edições Graal, 2007, 295p.

FREIRE, P.. **Pedagogia da Autonomia:** Saberes necessários à prática educativa. (Coleção leitura) São Paulo: Editora Paz e Terra, 2008, 146p.

GIL, C. R. R.. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família:** sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22 n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GRANDESSO, M. A.. **Um referencial sistêmico para a prática clínica.** In: (Ed.). Sobre a reconstrução do significado: Uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H.. **A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade.** In: E. Fiocruz (Ed.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, p. 504, 2005.

JACCOUD, M.; MAYER, R.. **A observação direta e a pesquisa qualitativa.** In: Vozes (Ed.). A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, p. 254-294, 2008.

LAGE, J. L.; KATO, M.. **Aplicação da escala de coelho em uma equipe de saúde da família.** 8º congresso brasileiro de medicina de família e comunidade. São Paulo: sociedade brasileira de medicina de família e comunidade, 2006. 355p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.. **Fundamentos da Metodologia Científica.** São Paulo: Atlas, 2007.

LEJARRAGA, A. L.. **Necessidades egóicas: revolução na metapsicologia freudiana.** 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso). Seminários Cariocas. Rio de Janeiro, p. 1-7, 2006.

LOPES, J. M. C.; FERNANDES, C. L. C. *et al.* **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade.** Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2006, 177p.

MERHY, E. E.. **Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo.** In: E. Hucitec (Ed.). Agir em Saúde. São Paulo: E. E. Merhy & R. Onocko (org.), p. 71-112, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento.** Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007, 406p.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Cadernos de Saúde Pública, v. 3, p. 898-906, 2005.

MS, D. D. A. B.. **DAB/Saúde da Família.** Ministério da Saúde, 2008.

NASCIMENTO, M.. **Comunicação e Educação entre Profissionais e Usuários na Estratégia de Saúde da Família.** In: Cordeiro, H (org), Avaliação da Estratégia de Saúde da Família em Dois Municípios do Rio de Janeiro. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, F. A.. **Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação.** Interface- comunicação, saúde educação, v. 6, p. 63-74, 2002.

OMS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atencion Primaria de salud.** Organización mundial de saúde. Genebra, 1978.

PAIM, J. S.. **Gestão da atenção básica nas cidades**. In: Opas (Ed.). Saúde nos aglomerados urbanos. Gestão da Atenção Básica nas Cidades. Brasília: OPAS, p.183-212, 2003.

PEDUZZI, M.. **Equipe multiprofissional: conceito e tipologia**. Rev. saúde pública, v. 1, p. 103-109, 2001.

PESTANA, C. L. D. S., L. A. VARGAS, *et al.* **Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v. 17, p. 485-499, 2007.

PINHEIRO, T. R.. **Autoridade e autoritarismo**. Recife, 2007.

PIOVESAN, M. F., M. V. V. PADRÃO, *et al.* **Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 1, p. 83-95, 2005.

PORTO, M. F. S.. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007, 248p.

RIBEIRO, E. M., D. PIRES, *et al.* **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Cadernos de Saúde Pública, v. 2, p. 438-446, 2004.

RIVERA, F. J. U.. **A programação local em saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico**. Cadernos de Saúde Pública, v. 5, p. 60-81, 1989.

ROMANO, V. F.. **Certificação por Competência para o Médico de Família: uma Proposta em Construção**. (Tese de Doutorado). IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2005.

ROZEMBERG, B.. **Comunicação e participação em saúde**. In: Fiocruz (Ed.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, p. 741-766, 2006.

S.M.S., C. D. S. D. C.-P. P. **Histórico, situação atual e perspectivas do PSF/PACS no município do Rio de Janeiro**. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p.1-6, jan/2002.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R.. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a constituição do conhecimento em saúde coletiva?** Ciência & Saúde coletiva, v. 12, n. 2, p. 319-321, 2007.

SAÚDE, F. N. D. **Programas do ministério - PSF**. Ministério da Saúde, 2002.

SAÚDE, M. D. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)**. D. D. A. Básica: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: 18p., 2003.

_____. **Informe da Atenção Básica nº 41: Incentivos do PAB Variável para Compensação de Especificidades Regionais.** D. D. A. Básica: Ministério da Saúde, 2p., 2007.

SAYD, J. D. **Mediar madicar remediar.** Rio de Janeiro: UERJ. 1998, 196p.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B.. **Necessidades de saúde e Atenção Primária.** In: (Ed.). Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC, p. 290, 1996.

SCHRAIBER, L. B., M. PEDUZZI, *et al.* **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 4, p. 221-242, 1999.

SEABRA, D. C., A. C. D. D. CARVALHO, *et al.* **O Agente Comunitário de Saúde na visão da Equipe mínima de saúde.** Revista de Atenção Primária de Saúde, v. 11, p. 226-234, 2008.

SILVA JUNIOR, A. G. D. **Modelos tecnoassistenciais em saúde.** O debate no campo da saúde coletiva (Saúde em debate-série didática). São Paulo: HUCITEC, 2006, 143p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2002, 726p.

SUPERIOR, C. D. E. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** C. N. D. Educação: Ministério da Educação, 6p., 2001.

TAKEDA, S.. **A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde.** In: Artmed (Ed.). Medicina Ambulatorial. Porto Alegre: Duncan, B.B.; Schimidt, M.I.; Giugliani, E.R.J. (Org.), p. 76-87, 2004.

TAKEDA, S. E Y. TALBOT. **Avaliar, uma responsabilidade.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.

TEIXEIRA, C. F. E J. P. SOLLA. **Modelo de atenção à saúde.** Promoção, vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba, 237p., 2006.

TEIXEIRA, M. B. E E. D. LIMA. **O Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro, especificamente na área 3.3.** Academus Revista Científica da Saúde, v. 4, p. 39-56, 2005.

TURCI, M. A.. **Avaliação e acompanhamento da Atenção Básica no Brasil:** ABRASCO, 2009.

VIANNA, A. L. D. E M. R. D. POZ. **Reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; informe final.** IMS/UERJ. Rio de Janeiro, n. 166, p. 35, 1998.

WESTPHAL, M. F.. O **Movimento Cidades/Municípios Saudáveis**: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

ZATTI, V.. **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome: (entrevistado) _____ Idade: _____

Projeto: A construção do plano local como atribuição das equipes de saúde da família.

Responsável: Patrícia Campos Elia.

Eu, _____
abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa: Analisar as atividades de planejamento local nas equipes de Saúde da Família, considerando os determinantes de saúde e os conceitos de risco e vulnerabilidade.
2. Benefícios que possam ser obtidos:
- Conhecer melhor os processos de trabalho das equipes para um aprimoramento das suas ações e serviços. (não há quaisquer benefícios financeiros)
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá os caracteres oficiais das informações, relacionando-as com a minha privacidade.
7. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o pesquisador pelos telefones 9273-2255 ou 2503-2209 e pelo e-mail: eliap19@yahoo.com.br; bem como com o orientador (Marilene Cabral do Nascimento) no telefone: 32316135 ou e-mail mnascimento3@gmail.com; ou ainda com o comitê de ética em pesquisa da SMS/RJ: cepsms@rio.rj.gov.br.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Participante

Pesquisador

APÊNDICE II: ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO

Observar as reuniões de equipe quanto aos temas discutidos, vozes predominantes, presença e amplitude do tema planejamento local. Identificar os critérios e instrumentos utilizados para o diagnóstico de saúde da comunidade, para a definição das prioridades e das estratégias de enfrentamento elencadas pelas equipes. Identificar as dificuldades e facilidades que as equipes percebem para elaborar e implementar o plano local de ações; se percebem dificuldades e/ou facilidades, têm alguma avaliação do impacto de suas ações?

APÊNDICE III: ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMI-ESTRUTURADA

- I) Dados de identificação: sexo, idade, formação profissional (ano de formatura, possui pós-graduação? Qual?) tempo na estratégia, tempo na equipe.
- II) Como é realizado o diagnóstico da comunidade? (espaço no processo de trabalho, quem participa, instrumentos e critérios utilizados, etapa inicial e atualização).
- III) Como acontece o processo de pactuação de metas na equipe? (espaço no processo de trabalho, participantes, instrumentos, critérios).
- IV) Quais as metas/indicadores pactuadas pela equipe?
- V) Qual o papel desempenhado pela supervisão?
- VI) Quais os fatores que facilitam ou dificultam o trabalho de planejamento na equipe? (diagnóstico, pactuação de metas, implantação das ações).

APÊNDICE IV: ESCALA DE RISCO DE COELHO

Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação Morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Elegem-se informações da Ficha A como sentinelas para avaliação das situações a que as famílias possam estar expostas no dia-a-dia, e a partir daí realiza-se a pontuação de risco familiar.

Fonte: (COELHO, SAVASSI, 2004).

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](#)