Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Quando a porta de entrada não resolve: análise das Unidades de Saúde da Família no município de Rio Branco, Acre entre os anos de 2008 e 2009.

Herleis Maria de Almeida Chagas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Profª. Drª. Maria da Penha Costa Vasconcellos - FSP/USP

São Paulo
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Quando a porta de entrada não resolve: análise das Unidades de Saúde da Família no município de Rio Branco, Acre entre os anos de 2008 e 2009.

Herleis Maria de Almeida Chagas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Profª. Drª. Maria da Penha Costa Vasconcellos - FSP/USP

São Paulo

2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica.Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...
Aos amores da minha vida: meu marido,Isaac; meus filhos, Anna Beatriz, Helen e Luiz Eduardo e a Minha Mãe,Maria Beatriz.
Pelo apoio e compreensão nos momentos mais difíceis nessa caminhada.

Também a toda minha família cristã e não cristã, pela importância na minha vida...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha existência e por ter conseguido finalizar o mestrado...

Á Profª. Drª. Maria da Penha Costa Vasconcellos, neste tempo aprendi muito com você. Obrigada pela confiança, pelo estimulo nos momentos difíceis, pela paciência e sabedoria com que me conduziu na orientação desta pesquisa.

Á Profª. Drª. Cleide Lavieri Martins, pelo carinho , sugestões e reflexões, bem como pela participação no exame de qualificação e na banca de avaliação deste estudo.

Á Drª. Kátia Cibelle Machado Pirotta, pelas sugestões e participação na banca de avaliação desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno , pelo carinho, sugestões e participação no exame de qualificação.

Á Coordenação Acadêmica do Curso Minter/ Dinter - FSP/USP–UFAC, pela dedicação e disponibilidade com que possibilitaram a realização desse mestrado.

Á Secretaria do Curso Minter/Dinter-FSP/USP e UFAC- pela disponibilidade, atenção e suporte na caminhada acadêmica.

Aos meus amigos Minter/Dinter , por todos os momentos que convivemos juntos, compartilhando alegrias e dificuldades.

Ao Auxiliar de Pesquisa Marcio Campos Alves, pela grande contribuição no trabalho de campo desta pesquisa.

***As equipes de Saúde da Família I,II,III e* IV** , pela atenção e colaboração na realização deste estudo.

Aos meus amigos e dirigentes congregacionais Izaias e Jesuíta , pela ajuda em vários momentos e pelas orações.

Resumo

CHAGAS, H.M.A.Quando a porta de entrada não resolve: análise das Unidades de Saúde da Família no município de Rio Branco, Acre entre os anos de 2008 e 2009**.** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Considerando que o Programa Saúde da Família- PSF , apresenta atualmente uma importância estratégica para o Ministério da Saúde e municípios que o implantam, sendo de grande alcance assistencial e social junto à população assistida e com dividendos políticos da política pública de saúde, nacional e internacionalmente, surgiu o interesse de investigação , sobre como vem sendo organizado o PSF no município de Rio Branco-Acre. Com o objetivo de conhecer e compreender a realidade de algumas unidades do Programa de Saúde da Família do município de Rio Branco – Acre, desenvolveu-se este estudo no sentido de contribuir na reflexão sobre uma das estruturas tão complexa, como as demais, que é "a porta de entrada" na atenção básica, do sistema de saúde brasileiro. A experiência de campo deste estudo se concentrou em um Segmento de Saúde localizado na Região da Baixada do Sol, tendo como Unidade de Referência o Centro de Saúde Augusto Hidalgo de Lima, a pesquisa foi realizada em quatro Unidades de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de perspectiva etnográfica que teve como técnicas de coleta de dados a observação participante e o grupo focal ; a análise do material possibilitou as seguintes categorias: a organização do processo de trabalho; o acolhimento na sala de espera ; a referência e contra-referência; a oferta dos serviços *versus* necessidades da população e a legitimação do PSF como porta de entrada no sistema.Observou-se durante a pesquisa de campo que a comunidade não identifica a Unidade de Saúde da Família como um serviço capaz de resolver seus problemas de saúde , fato que leva à procura por outros serviços. Dentre as fragilidades encontradas , podemos citar:o acesso as Unidades de Saúde da Família (USF) ; o acolhimento nas USF; recursos humanos; aspectos gerenciais e organizacionais.Os resultados mostram que o trabalho das equipes do PSF no Município de Rio Branco, é centrado no médico e no atendimento curativo, o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população da sua área de abrangência.

Palavras-Chave: Atenção Básica ; processo de trabalho; organização do trabalho.

Abstract

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13

CAPÍTULO I

1.1. O ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO:A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA 18

1.2. O PSF NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO 23

1.2.1. O Programa Saúde da Família e o Acolhimento 27

1.3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE 30

1.4. PROCESSO DE TRABALHO DO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA 33

1.4.1.Atribuições dos Profissionais do PSF 36

1.5. O SISTEMA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO 41

CAPÍTULO II: PERCURSO METODOLÓGICO 52

2.1. LOCAL DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO 52

2.2. ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTEMPLADA NO ESTUDO 57

2.3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO 57

2.3.1.O Trabalho de Campo 60

2.3.2. Procedimentos de Análise 62

2.4.QUESTÃO ÉTICA 62

CAPÍTULO III:CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DO PSF DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO ANALISADAS NA PESQUISA 63

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO SEGMENTO DO CENTRO DE SAÚDE AUGUSTO HIDALGO DE LIMA 67

3.2. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOA VISTA SOBRAL 69

3.3. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PLÁCIDO DE CASTRO 74

3.4. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SALGADO FILHO 79

3.5. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA GLÓRIA PISTA 84

3.6. SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA ESTUDADAS 88

CAPÍTULO IV - O COTIDIANO DAS UNIDADES DO PSF INDICAM QUANDO A PORTA DE ENTRADA NÃO RESOLVE 95

4.1. A DESORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E O PROCESSO DE TRABALHO 95

4.2. O ACOLHIMENTO NA SALA DE ESPERA 109

4.3. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA 114

4.4. OFERTA DOS SERVIÇOS *VERSUS* NECESSIDADES DA POPULAÇÃO 117

4.5. LEGITIMAÇÃO DO PSF OU A PORTA DE ENTRADA ESTÁ EM OUTRO LUGAR? 123

CAPITULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS 129

6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 132

7-ANEXOS 144

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Unidades e /ou Serviços de Saúde de Referência pertencentes à Rede Estadual (SESACRE), ano de 2008 45

Quadro 2 - Relação das Regionais/ Centros de Saúde e suas Unidades de Saúde da Família (USF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de Referência no Município de Rio Branco-Acre, 2009 56

Quadro 3 - Articulação do Saúde da Família e os Serviços de Referência no Município de Rio Branco – Acre 65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução da implantação da estratégia Saúde da Família no Município – Rio Branco/AC, no período: janeiro de 1998 a março de 2009 44

Tabela 2 - Indicadores Gerais de Saúde do Município de Rio Branco-Acre, referente ao período do ano de 2004 a 2008 46

Tabela 3 - Principais Indicadores do Pacto Pela Saúde quanto ao fortalecimento da Atenção Básica do município de Rio Branco-Acre, no período de 2004 a 2008 46

Tabela 4 - Número de famílias cadastradas por Agente Comunitário de Saúde, nº de visitas domiciliares e a média mensal de visitas da Unidade de Saúde da Família Boa Vista Sobral, no Município de Rio Branco-Acre, referente ao 1º trimestre de 2009 73

Tabela 5 - Número de famílias cadastradas por Agente Comunitário de Saúde, nº de visitas domiciliares e a média mensal de visitas da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro no Município de Rio Branco-Acre, referente ao 1º trimestre de 2009 79

Tabela 6 - Produtividade Ambulatorial: quantidade produzida por Unidade de Saúde da Família segundo procedimento, referente ao período de janeiro a abril de 2009 90

Tabela 7 - Situação das crianças de 4 meses a 2 anos de idade acompanhadas pelas 04 unidades de saúde da família do estudo, Rio Branco-Acre, 1º trimestre de 2009 91

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –Coeficiente de mortalidade pós neonatal , no município de Rio Branco, 2004 a novembro de 2008 47

FIGURA 2 –Coeficiente de Mortalidade Neonatal , no Município de Rio Branco, 2004 a novembro de 2008. 47

FIGURA 3 – Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral,no município de Rio Branco,2004 a novembro de 2008. 48

FIGURA 4 –Taxa de internação por Diabetes Mellitus e suas complicações, no município de Rio Branco, 2004 a novembro de 2008. 49

FIGURA 5-Taxa de mortalidade materna, no município de Rio Branco, 2004 a novembro de 2008. 49

FIGURA 6 - Proporção de Abandono do tratamento de Tuberculose no município de Rio Branco, 2004 a 2008 50

FIGURA 7 - Cobertura da primeira consulta programática no município de Rio Branco, 2004 a novembro de 2008 50

FIGURA 8 - Mapa do Estado do Acre e localização do Município de Rio Branco 53

FIGURA 9 - Distribuição geográfica dos equipamentos municipais de saúde do Segmento do Centro de Saúde Augusto Hidalgo de lima em Rio Branco- Acre. 58

FIGURA 10 – Fluxograma da Rede Assistencial de Saúde do Município de Rio Branco-Acre, 2008. 66

FIGURA 11 – Mapa do território da Unidade de Saúde da Família Boa Vista Sobral 70

FIGURA 12 – Foto da Sala de espera e de pré-consulta da Unidade de Saúde da Família de Boa Vista Sobral. 71

FIGURA 13 – Mapa do território da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro. 76

FIGURA 14 - Fotos dos Tipos de Cartazes nas paredes da sala de espera da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro. 77

FIGURA 15 – Fotos da Sala de espera, sala de pré-consulta e parte interna da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro. 77

FIGURA 16 – Mapa do território da Unidade de Saúde da Família Salgado Filho. 80

FIGURA17 - Fotos da Parte da frente da Unidade de Saúde da Família Salgado Filho e a disposição dos cartazes nas paredes 82

FIGURA 18 – Mapa do território da Unidade de Saúde da Família Glória Pista I. 86

FIGURA 19–Fotos da Sala de espera, sala de pré-consulta e localização dos cartazes no módulo de Saúde da Família Glória Pista I. 84

FIGURA 20 – Fotos da Sala da Pré-consulta, espaço de reuniões e de atividades educativas, no corredor interno vários murais, mapas das microáreas desatualizados e informativos da Unidade de Saúde da Família Glória Pista I. 85

FIGURA 21 - Fluxograma de Atendimento nas Unidades de Saúde da Família

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

ABS- Atenção Básica em Saúde
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
CIBs - Comissões Intergestores Bipartite
CAA/DAB - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
CONAS-Conselho Nacional de Saúde
DST – Doença sexualmente Transmissível
ESF – Equipe de Saúde da Família
IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS- Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
SAS/DAB - Secretaria de Atenção a Saúde do Departamento de Atenção Básica
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS- Sistemas Locais de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD – Técnico de Higiene Dental
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica.Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...
Aos amores da minha vida: meu marido,Isaac;
meus filhos, Anna Beatriz, Helen e Luiz
Eduardo e a Minha Mãe,Maria Beatriz.
Pelo apoio e compreensão nos momentos mais
difíceis nessa caminhada.

Também a toda minha família cristã e não
cristã, pela importância na minha vida...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha existência e por ter conseguido finalizar o mestrado...

Á Profª. Drª. Maria da Penha Costa Vasconcellos, neste tempo aprendi muito com você. Obrigada pela confiança, pelo estimulo nos momentos difíceis, pela paciência e sabedoria com que me conduziu na orientação desta pesquisa.

Á Profª. Drª. Cleide Lavieri Martins, pelo carinho , sugestões e reflexões, bem como pela participação no exame de qualificação e na banca de avaliação deste estudo.

Á Drª. Kátia Cibelle Machado Pirotta, pelas sugestões e participação na banca de avaliação desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno , pelo carinho, sugestões e participação no exame de qualificação.

Á Coordenação Acadêmica do Curso Minter/ Dinter - FSP/USP–UFAC, pela dedicação e disponibilidade com que possibilitaram a realização desse mestrado.

Á Secretaria do Curso Minter/Dinter-FSP/USP e UFAC- pela disponibilidade, atenção e suporte na caminhada acadêmica.

Aos meus amigos Minter/Dinter , por todos os momentos que convivemos juntos, compartilhando alegrias e dificuldades.

Ao Auxiliar de Pesquisa Marcio Campos Alves, pela grande contribuição no trabalho de campo desta pesquisa.

***As equipes de Saúde da Família I,II,III e* IV** , pela atenção e colaboração na realização deste estudo.

Aos meus amigos e dirigentes congregacionais Izaias e Jesuíta , pela ajuda em vários momentos e pelas orações.

Resumo

CHAGAS, H.M.A.Quando a porta de entrada não resolve: análise das Unidades de Saúde da Família no município de Rio Branco, Acre entre os anos de 2008 e 2009**.** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Considerando que o Programa Saúde da Família- PSF , apresenta atualmente uma importância estratégica para o Ministério da Saúde e municípios que o implantam, sendo de grande alcance assistencial e social junto à população assistida e com dividendos políticos da política pública de saúde, nacional e internacionalmente, surgiu o interesse de investigação , sobre como vem sendo organizado o PSF no município de Rio Branco-Acre. Com o objetivo de conhecer e compreender a realidade de algumas unidades do Programa de Saúde da Família do município de Rio Branco – Acre, desenvolveu-se este estudo no sentido de contribuir na reflexão sobre uma das estruturas tão complexa, como as demais, que é "a porta de entrada" na atenção básica, do sistema de saúde brasileiro. A experiência de campo deste estudo se concentrou em um Segmento de Saúde localizado na Região da Baixada do Sol, tendo como Unidade de Referência o Centro de Saúde Augusto Hidalgo de Lima, a pesquisa foi realizada em quatro Unidades de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de perspectiva etnográfica que teve como técnicas de coleta de dados a observação participante e o grupo focal ; a análise do material possibilitou as seguintes categorias: a organização do processo de trabalho; o acolhimento na sala de espera ; a referência e contra-referência; a oferta dos serviços *versus* necessidades da população e a legitimação do PSF como porta de entrada no sistema.Observou-se durante a pesquisa de campo que a comunidade não identifica a Unidade de Saúde da Família como um serviço capaz de resolver seus problemas de saúde , fato que leva à procura por outros serviços. Dentre as fragilidades encontradas , podemos citar:o acesso as Unidades de Saúde da Família (USF) ; o acolhimento nas USF; recursos humanos; aspectos gerenciais e organizacionais.Os resultados mostram que o trabalho das equipes do PSF no Município de Rio Branco, é centrado no médico e no atendimento curativo, o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população da sua área de abrangência.

Palavras-Chave: Atenção Básica ; processo de trabalho; organização do trabalho.

ABSTRACT

CHAGAS, H.M.A. When the entrance does not solve: Health Units of Family in the city of Rio Branco-Ac between 2008 and 2009. [Master's dissertation]. São Paulo: USP's Faculty of Public Health.2009.

Considering Health Program of Family – HPF shows an important strategy to Health Department and municipality that introduces it nowadays being of large assistantial and social reach in the surved population and with politics number of health public nationally and internationally, it appeared the interesting in investigation about – HPF and how it has been organized in the city of Rio Branco-Ac. Aiming to know and to understand the reality of some units of Rio Branco's Health Program of Family, it was developed this essay searching to contribute with reflection around one of the so complex structures that is "entrance" in basic attention of brazilian health system. The experience of this study concentrated in a pratical health segment located in the region known as "Baixada do Sol", using as reference the health center Augusto Hidalgo de Lima, being the searching carried out in four health centers of family. The work presents qualitative ethnography perspective that used collect technique of data, the participant observation and focal group. The analysis of material turns possible the following categories: the work process of organization, reception in the waiting room, the reference and against reference, the offer of services versus people's necessities and HPF's legitimization as entrance in the system. It was realized along realm search that community does not identify the health unity of family as a capable service of solving its health problems, fact that shows running to other services. Among founded vulnerabilities it can quote access to health unity of family – (HUF), reception in HUF, human resource, manageable and organizational aspects. Results show that group work of Rio Branco's HPF is concentrated in the doctor's figure and cure attendance. The professionals' work maintain characteristics of compartmentalization with production of prescribed tasks without collective planning relative to people necessities and its area of study.
Key words; Basic attention; work process; organization of the work.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13

CAPÍTULO I

1.1. O ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO:A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA 18

1.2. O PSF NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO 23

1.2.1. O Programa Saúde da Família e o Acolhimento 27

1.3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE 30

1.4. PROCESSO DE TRABALHO DO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA 33

1.4.1.Atribuições dos Profissionais do PSF 36

1.5. O SISTEMA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO 41

CAPÍTULO II: PERCURSO METODOLÓGICO 52

2.1. LOCAL DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO 52

2.2. ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTEMPLADA NO ESTUDO 57

2.3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO 57

2.3.1.O Trabalho de Campo 60

2.3.2. Procedimentos de Análise 62

2.4.QUESTÃO ÉTICA 62

CAPÍTULO III:CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DO PSF DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO ANALISADAS NA PESQUISA 63

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO SEGMENTO DO CENTRO DE SAÚDE AUGUSTO HIDALGO DE LIMA 67

3.2. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOA VISTA SOBRAL 69

3.3. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PLÁCIDO DE CASTRO 74

3.4. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SALGADO FILHO 79

3.5. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA GLÓRIA PISTA 84

3.6. SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA ESTUDADAS 88

CAPÍTULO IV - O COTIDIANO DAS UNIDADES DO PSF INDICAM QUANDO A PORTA DE ENTRADA NÃO RESOLVE 95

4.1. A DESORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E O PROCESSO DE TRABALHO 95

4.2. O ACOLHIMENTO NA SALA DE ESPERA 109

4.3. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA 114

4.4. OFERTA DOS SERVIÇOS *VERSUS* NECESSIDADES DA POPULAÇÃO 117

4.5. LEGITIMAÇÃO DO PSF OU A PORTA DE ENTRADA ESTÁ EM OUTRO LUGAR? 123

CAPITULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS 129

6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 132

7-ANEXOS 144

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Unidades e /ou Serviços de Saúde de Referência pertencentes à Rede Estadual (SESACRE), ano de 2008 45

Quadro 2 - Relação das Regionais/ Centros de Saúde e suas Unidades de Saúde da Família (USF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de Referência no Município de Rio Branco-Acre, 2009 56

Quadro 3 - Articulação do Saúde da Família e os Serviços de Referência no Município de Rio Branco – Acre 65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução da implantação da estratégia Saúde da Família no Município – Rio Branco/AC, no período: janeiro de 1998 a março de 2009 44

Tabela 2 - Indicadores Gerais de Saúde do Município de Rio Branco-Acre, referente ao período do ano de 2004 a 2008 46

Tabela 3 - Principais Indicadores do Pacto Pela Saúde quanto ao fortalecimento da Atenção Básica do município de Rio Branco-Acre, no período de 2004 a 2008 46

Tabela 4 - Número de famílias cadastradas por Agente Comunitário de Saúde, nº de visitas domiciliares e a média mensal de visitas da Unidade de Saúde da Família Boa Vista Sobral, no Município de Rio Branco-Acre, referente ao 1º trimestre de 2009 73

Tabela 5 - Número de famílias cadastradas por Agente Comunitário de Saúde, nº de visitas domiciliares e a média mensal de visitas da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro no Município de Rio Branco-Acre, referente ao 1º trimestre de 2009 79

Tabela 6 - Produtividade Ambulatorial: quantidade produzida por Unidade de Saúde da Família segundo procedimento, referente ao período de janeiro a abril de 2009 90

Tabela 7 - Situação das crianças de 4 meses a 2 anos de idade acompanhadas pelas 04 unidades de saúde da família do estudo, Rio Branco-Acre, 1º trimestre de 2009 91

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –Coeficiente de mortalidade pós neonatal , no município de Rio Branco, 2004 a novembro de 2008 47

FIGURA 2 –Coeficiente de Mortalidade Neonatal , no Município de Rio Branco, 2004 a novembro de 2008. 47

FIGURA 3 – Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral,no município de Rio Branco,2004 a novembro de 2008. 48

FIGURA 4 –Taxa de internação por Diabetes Mellitus e suas complicações, no município de Rio Branco, 2004 a novembro de 2008. 49

FIGURA 5-Taxa de mortalidade materna, no município de Rio Branco, 2004 a novembro de 2008. 49

FIGURA 6 - Proporção de Abandono do tratamento de Tuberculose no município de Rio Branco, 2004 a 2008 50

FIGURA 7 - Cobertura da primeira consulta programática no município de Rio Branco, 2004 a novembro de 2008 50

FIGURA 8 - Mapa do Estado do Acre e localização do Município de Rio Branco 53

FIGURA 9 - Distribuição geográfica dos equipamentos municipais de saúde do Segmento do Centro de Saúde Augusto Hidalgo de lima em Rio Branco- Acre. 58

FIGURA 10 – Fluxograma da Rede Assistencial de Saúde do Município de Rio Branco-Acre, 2008. 66

FIGURA 11 – Mapa do território da Unidade de Saúde da Família Boa Vista Sobral 70

FIGURA 12 – Foto da Sala de espera e de pré-consulta da Unidade de Saúde da Família de Boa Vista Sobral. 71

FIGURA 13 – Mapa do território da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro. 76

FIGURA 14 - Fotos dos Tipos de Cartazes nas paredes da sala de espera da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro. 77

FIGURA 15 – Fotos da Sala de espera, sala de pré-consulta e parte interna da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro. 77

FIGURA 16 – Mapa do território da Unidade de Saúde da Família Salgado Filho. 80

FIGURA17 - Fotos da Parte da frente da Unidade de Saúde da Família Salgado Filho e a disposição dos cartazes nas paredes 82

FIGURA 18 – Mapa do território da Unidade de Saúde da Família Glória Pista I. 86

FIGURA 19–Fotos da Sala de espera, sala de pré-consulta e localização dos cartazes no módulo de Saúde da Família Glória Pista I. 84

FIGURA 20 – Fotos da Sala da Pré-consulta, espaço de reuniões e de atividades educativas, no corredor interno vários murais, mapas das microáreas desatualizados e informativos da Unidade de Saúde da Família Glória Pista I. 85

FIGURA 21 - Fluxograma de Atendimento nas Unidades de Saúde da Família

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

ABS- Atenção Básica em Saúde
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
CIBs - Comissões Intergestores Bipartite
CAA/DAB - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
CONAS-Conselho Nacional de Saúde
DST – Doença sexualmente Transmissível
ESF – Equipe de Saúde da Família
IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS- Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
SAS/DAB - Secretaria de Atenção a Saúde do Departamento de Atenção Básica
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS- Sistemas Locais de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD – Técnico de Higiene Dental
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

INTRODUÇÃO

O Serviço de Saúde no Brasil sofreu e sofre influências políticas e sociais ao longo desses anos que está em construção, uma vez que a evolução histórica das políticas de saúde está associada à evolução política, social e econômica do país, obedecendo ao avanço do capitalismo na determinação da política do estado brasileiro. Podemos afirmar que a saúde nunca é prioridade, de fato, tanto na solução dos grandes problemas como na alocação de recursos financeiros. Somente quando determinadas endemias ou epidemias se apresentam como importantes, em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo capitalista proposto, é que a saúde passa a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo.

A lógica é que as ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais de regiões socioeconômicas importantes dentro da estrutura social vigente. E, preferencialmente, tais ações têm sido direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização, portanto, a conquista dos direitos a saúde tem sido frequentemente resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação da sociedade brasileira do que de fato iniciativa do Estado.

As transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira promovem mudanças no sistema de saúde ao longo da história das políticas de saúde: o modelo sanitarista campanhista (do início do século XX até 1945), o período de 1945 a 1960 (considerado como de transição), o modelo médico assistencial privatista (na década de 80) e o modelo atual: o Sistema Único de Saúde. Podemos identificar que através do processo constituinte, na década de 1980, e respectiva mudança Constitucional de 1988, o movimento sanitário apresenta a proposta de viabilidade de um novo sistema de saúde no Brasil. De forma que possibilite repensar sua organização jurídica e a universalização de acesso da população brasileira a assistência e proteção à saúde, institucionalmente compartilhado entre os poderes municipais, estaduais e federais. Isso através da proposta de: descentralização, articulada à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema, por meio da

extensão de cobertura a setores até então descobertos, como os trabalhadores rurais e a população marginalizada que não contribuía diretamente com a Previdência Social e defendia também a racionalização dos gastos com saúde. O movimento sanitário criticava o modelo hospitalocêntrico e propunha a ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público.

Em março de 1986, ocorreu um evento político-sanitário importante: a VIII Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS). Na conferência destacaram-se os seguintes elementos: conceito ampliado de saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, Sistema Único de Saúde, participação popular, constituição e ampliação do orçamento. Nesse momento foram lançadas as bases doutrinárias de um novo Sistema de Saúde.

Essa conferência teve desdobramentos imediatos em um conjunto de trabalhos técnicos e políticos que serviram de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 e consequentemente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS introduziu princípios que representam um grande avanço na assistência a saúde no Brasil: universalização, descentralização, equidade e reorientação dos serviços de saúde, obedecendo à lógica da regionalização, da integralidade e da hierarquização.

> A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem social e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que: "A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".
>
> O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:
>
> "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
>
> I. Descentralização , com direção única em cada esfera de governo;
>
> II.Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
>
> III.Participação da comunidade.
>
> Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes".

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social,

especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar na qual a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

O processo de implantação desse novo sistema iniciou em 1990 após a criação da legislação, inicialmente as Leis Orgânicas da Saúde (as leis 8080 e 8142) e, posteriormente, das Normas Operacionais Básicas (NOB) que regulamentaram o SUS. Recentemente, em 2006, deu-se o Pacto pela Saúde **(**um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo inter-federativo), que articula o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde define e normatiza a Política Nacional da Atenção Básica e introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estende a discussão da Saúde para além dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para Estados e municípios de forma compartilhada.

O SUS garante que todos os cidadãos tenham direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema e que este acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica.

A atenção básica como porta de entrada encontra referência na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006), publicação do Ministério da Saúde, na qual o primeiro princípio assegurado a todos os cidadãos refere que o acesso aos sistemas de saúde "deve ser ordenado e organizado". Sendo que o primeiro item deste princípio estabelece que esse acesso deve se dá **"**prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia**"**. Mas, é bom lembrar que os usuários se utilizam de várias estratégias para acessar os serviços de saúde de que necessitam, muitas vezes, sem levar em consideração ou desconhecendo as normatizações do modo de organização do sistema.

Em 1994, foram implantadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), em municípios no Nordeste, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de responder como porta de entrada para o sistema de saúde. Através da atenção primaria, visando a reversão do modelo assistencial vigente e reorganizando a prática assistencial

em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital.

Segundo dados do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde do Departamento de Atenção Básica (SAS/DAB) os resultados desse empreendimento, alcançados em 2007, foram: 27.324 Equipes de Saúde da Família implantadas num total de 5.125 Municípios, cobrindo 46,6% da população brasileira, o que corresponde cerca de 87,7 milhões de pessoas; as Equipes de Saúde Bucal implantadas foram de 15,7 mil num total de 4,3 mil municípios com uma cobertura populacional de 40,9%, o que corresponde cerca de 77,0 milhões de pessoas; 211 mil Agentes Comunitários de Saúde em um total de 5,3 mil com cobertura de 56,8% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 107,0 milhões de pessoas.

O Investimento, em 2007, na estratégia Saúde da Família foi no valor de R$ 4.064,00 milhões (FONTE: SAS/DAB/MS).

Considerando que o PSF, apresenta atualmente uma importância estratégica para o Ministério da Saúde e municípios que o implantam, sendo de grande alcance assistencial e social junto à população assistida e com dividendos políticos da política pública de saúde, nacional e internacionalmente, surgiu o interesse de investigação apresentado sobre como vem sendo organizado o PSF no município de Rio Branco-Acre.

As perguntas iniciais que dirigiram nossa pesquisa foram: Como estão sendo acompanhadas e treinadas as equipes do PSF neste município, uma vez que de fato eles são os sujeitos que operam o sistema identificado como “porta de entrada ao SUS”? Quais as principais demandas/necessidades, queixas, dúvidas de quem procura o PSF nesse município? Como habitualmente os profissionais costumam lidar com essas questões? Existem condutas padronizadas, informações, encaminhamentos por parte dos profissionais alocados no PSF? Existem condições físicas adequadas para a realização das atividades? Que tipo de suporte de insumos e terapêuticos a equipe que vai ao domicílio dispõe?

Com o objetivo de conhecer e compreender a realidade de algumas unidades do PSF do município de Rio Branco – Acre, desenvolvemos nosso trabalho no sentido de

contribuir na reflexão sobre uma das estruturas tão complexa, como as demais, que é " a porta de entrada" na atenção básica, do sistema de saúde brasileiro.

Para facilitar a compreensão do texto, este trabalho está estruturado em 5 capítulos. No primeiro capítulo encontra-se o referencial teórico, no qual se faz uma abordagem que envolve desde aspectos relativos ao sistema de saúde brasileiro, algumas características da Atenção Básica e o papel do PSF como porta de entrada no sistema de saúde brasileiro e do Município de Rio Branco, passando por ponderações sobre o acolhimento, processo de trabalho em saúde e o processo de trabalho no saúde da família.

No segundo capítulo, apresentam-se os caminhos percorridos para se chegar aos resultados, isto é, o percurso metodológico adotado no estudo.

No terceiro capítulo estão as caracterizações das Unidades do PSF do município de Rio Branco analisadas na pesquisa**.**

No quarto capítulo são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, momento no qual se fazem diálogos reflexivos entre as diferentes fontes referenciais teóricas, mencionadas no primeiro capítulo e os resultados encontrados.

Por fim, no último capítulo, apresentam-se as considerações finais consistindo estas, basicamente, em sugestões associadas aos achados da pesquisa.

CAPÍTULO I

1.1 O ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA

A Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a partir da Conferência Internacional sobre cuidados primários a saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, define a Atenção Primária essencial à saúde. Esta baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias nas comunidades por um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, com um espírito de autoconfiança e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Fundo das Nações Unidas, 1979).

O conceito de Atenção Primária, amplamente divulgado no Brasil, na década de 80, passa a ser adotado pelo Ministério da Saúde como Atenção Básica.

O Pacto pela Saúde (2006) ao definir a Política Nacional, caracteriza a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do

cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Conforme documento do Governo Federal (BRASIL, 2007, p.11), a Atenção Básica tem como fundamentos:

> - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
> - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
> - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
> - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
> - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
> - Estimular a participação popular e o controle social.
>
> Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestores Bipartite - CIBs.

SILVA (2007) afirma que " o SUS ao ser instituído estabelece que a assistência aos usuários do sistema público de saúde passa a ser organizada em dois blocos, sendo um relativo à atenção básica, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar".

Segundo WEILLER (2008)," o Sistema de Saúde do Brasil organiza a atenção a saúde em "níveis de atenção", uma vez que compreende que esta deva ser integral e sua

efetivação ocorre em distintos momentos (níveis) que garantem o acesso dos usuários à integralidade da assistência.Como principal nível de atenção destaca-se a Atenção Básica que é , por sua vez, entendida como porta de entrada do usuário nos serviços de saúde sem, no entanto, deixar de ser complexa".

O acesso dos serviços de saúde deve ser realizado prioritariamente a partir da Unidade Básica, que tem uma resolutividade de 80% dos problemas de saúde e se não resolvidos são encaminhados aos serviços de maior complexidade tecnológica. Na saúde a expressão complexidade indica a plenitude no ser humano com seus múltiplos sistemas e aparelhos para manter seu equilíbrio.

Para MERHY (1997, p.224), "a Política de Saúde estabelecida a partir da 8ª CNS e garantida pela CF 1988, traz uma proposta de rede básica mais complexa, pois esta teria de ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o lugar de integralidade das ações individuais e coletivas de saúde. Ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança no sentido das práticas. Deste modo, a rede básica teria de ser "inventada" tecnologicamente e não simplesmente agregando experiências já acumuladas".

> CAMPOS (2007,p.6) "comenta que a Atenção Básica à Saúde (ABS) deveria se constituir em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde (não a única, o Pronto-socorro é outra porta possível e necessária, por exemplo) (...). Afirma ainda que:
>
> Nas configurações que o SUS vem adquirindo colocam-se para a ABS pelo menos três funções importantes:
>
> - Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade: os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso a ABS nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema. A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade possível (...)
>
> - Clínica ampliada: (...) há grande complexidade nas intervenções na rede básica. O complexo se define em termos de número de variáveis envolvidas em um dado processo, nesse sentido é necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também necessário encarar os riscos subjetivos e sociais (...) . A construção do caso clínico pode ser efetivada em vários encontros ao longo do tempo, com isso, ao mesmo tempo, aumentar-se-á a confiança entre profissionais e usuários. Assim, a clínica deverá ser ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso - 'cada caso é

> um caso' - sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos (diretrizes clínicas, programas, etc);
>
> - Saúde Coletiva: ainda será necessário que a rede básica realize procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde no seu território. Busca ativa de doentes, vacinas, educação, medidas para melhorar a qualidade de vida, projetos intersetoriais, tudo isso vem sendo recomendado amplamente pela bibliografia da área e contribui, com certeza, para a resolução e prevenção de inúmeros problemas de saúde. Observa-se que, na prática, essas funções se entrelaçam, a integralidade e a efetividade do cuidado dependerão da possibilidade e da capacidade de cada Equipe combinar modos de intervenção de cada um desses campos na proporção exigida pelo caso.
>
> A composição dessas três funções não é uma tarefa simples. É frequente se observar desvios que diminuem a capacidade da rede, em alguns casos, há redes que se voltam somente para a prevenção de riscos e ações comunitárias deixando toda a resolutividade clínica para a rede de urgência e hospitalar. Em outros, observa-se uma ABS transformada em pronto atendimento clínico de baixa qualidade. Nenhuma dessas alternativas garante o papel resolutivo que a ABS deve sustentar. A capacidade de a rede básica resolver 80% dos problemas de saúde dependerá tanto de investimentos, quanto da adoção de um modelo organizacional adequado e que permita o cumprimento dessas três funções.

CAMPOS (2007, p.7) argumenta ainda que para a ABS ter a capacidade acima citada deve seguir algumas diretrizes como:

> - Trabalho em Equipe Interdisciplinar: (...) a fragmentação da atenção básica em diversas especialidades ou profissões, que não buscam formas integradas para a atuação, tem se demonstrando como sendo um modelo inadequado (...);
>
> - Responsabilidade Sanitária por um Território e Construção de Vínculo entre Equipe e Usuários: com objetivo de definir-se a responsabilidade sanitária de modo claro, recomenda-se que cada Equipe de Saúde da Família bem como outras com função de Apoio Matricial tenham a seu encargo o cuidado à saúde de um conjunto de pessoas que vivem em um mesmo território. A Equipe deve conhecer os condicionantes de saúde dessa região, bem como identificar risco e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas, desenvolvendo projetos singulares de intervenção(...);
>
> - Abordagem do Sujeito, da Família e do seu Contexto, a busca da Integralidade em ABS: cada Equipe deve contar com meios para resolver problemas de saúde valendo-se de ações clínicas, de promoção e prevenção e, até mesmo, de reabilitação e alívio do sofrimento (...);
>
> - Reformulação do saber e da prática tradicional em saúde: Recomenda-se uma reformulação e ampliação do saber clínico, com a incorporação de conceitos e de ferramentas originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros

> campos do conhecimento que permitam aos trabalhadores de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando o social e o subjetivo. Além disso, fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistemas de rede. Para isso é fundamental a instituição de programas de educação permanente, com cursos e discussão de casos, de consensos clínicos, que tornem possível esse trajeto.(...);
>
> - Articular a ABS em uma rede de serviços que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde. A ABS necessita de uma ligação dinâmica e de apoio com outras redes, a saber, de urgência, hospitalar, de centros especializados, de saúde coletiva, de desenvolvimento social, etc.

O CONAS (BRASIL, 2003) reconhece que a "ABS ainda não constitui a porta de entrada principal aos serviços de saúde, perdendo este papel para os ambulatórios especializados de Média Complexidade e para os serviços de urgência (pronto-socorros). E que houve um fortalecimento da rede pública dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principalmente, os de Atenção Básica, através do aumento de cobertura dos serviços , com ênfase no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF)".

Contudo, a ABS pouco avançou na ampliação do tipo de ações ofertadas em cada UBS , na qualidade, no volume , na continuidade das ações e nos resultados à população, não alcançando o parâmetro universal de resolução de 80% dos problemas de saúde demandados neste nível. É imprescindível a resolutividade do sistema a partir dos serviços de Atenção Básica, como um espaço estratégico e privilegiado de porta de entrada .

A estruturação da AB deve contemplar: Rede de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com suas equipes atuando nas próprias unidades e nas comunidades, com adscrição da clientela; ações intersetoriais, de promoção da saúde, planejadas e executadas de forma articulada desde o nível das pequenas comunidades e das famílias, até o nível de Governos Municipais, Estaduais e Nacional; ações setoriais , de proteção específica a segmentos da população (idosos,trabalhadores,gestantes,crianças e outros); ações de diagnóstico e tratamento precoces; atendimento de urgências de baixa complexidade; ações de cuidados básicos a doentes crônicos; referências para serviços de média e alta complexidade.

Nossa hipótese é de que a implantação da ABS no Brasil está longe de cumprir o que está idealizado em recomendações, textos teóricos e normatizações. Há problemas

na qualidade, na resolutividade, na cobertura, na integração ao sistema hospitalar e de especialidades, na política de pessoal (RH) entre outros, dificultando a sua efetivação como porta de entrada no sistema.

O Programa Saúde da Família é a principal proposta do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica no Brasil. Trabalha principalmente a diretriz de vinculação de clientela a uma equipe de saúde e opera centrado no conhecimento da vigilância à saúde, instrumentalizado pela epidemiologia. Tem por referência no contexto do cuidado à população uma certa divisão territorial, em micro-áreas, no sentido de otimizar seu trabalho de promoção e prevenção à saúde.

1.2. O PSF NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O Ministério da Saúde assume, desde a Constituição de 1988, o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados.

"Nessa proposta, o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e demandas de saúde de todos os seus munícipes, contando com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, de acordo com o previsto na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997)". Essa estratégia de descentralização objetiva facilitar o acesso dos indivíduos e possibilitar uma gerência de saúde mais adequada ao contexto da população atendida, oferecendo serviços de melhor qualidade. No âmbito dessas mudanças, várias políticas municipais têm se organizado a partir do Programa de Saúde da Família (PSF), proposta que se insere no nível da atenção básica e que persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A estratégia Saúde da Família (ESF) traz um movimento que permite reorientar as práticas nas unidades básicas de saúde, através de um projeto legitimado

nacionalmente, compatível com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, reafirmando a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade e resgatando elementos importantes de alternativas de modelos; como as propostas de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e em Defesa da Vida.

Essa estratégia exige, dos profissionais que nela atuam habilidades, atributos e recursos bastante diversificados. Dessa forma, requer, como pressuposto operacional duas perspectivas: a primeira diz respeito à intervenção externa, a partir da apropriação do território, da orientação por problemas e de atividades inter-setoriais; a segunda, de natureza interna ao processo de trabalho, exige o trabalho em equipe (cooperativo), a construção de vínculos entre usuários e profissionais e a co-responsabilidade sanitária, possibilitando a construção de um modelo mais efetivo,ético e humanizado.

Portanto, faz-se necessário à incorporação de tecnologias "leves" ao "novo" processo de trabalho, apostando no diagnóstico sensível à subjetividade, às relações de afeto, aos códigos familiares subliminares, ao acolhimento, ao vínculo e à responsabilização, ampliando a pauta técnica para a pauta ética, baseada em solidariedade, humanização e cidadania.

Questionamentos quanto a ser um programa ou estratégia compõem uma das controvérsias envolvendo o PSF. Lançado como programa em 1994, foi catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde (MS). A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e normatizado; de outro lado, reivindica a posição de "estratégia" por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo.

As equipes de saúde da família, formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e auxiliar ou técnico de higiene dental, têm como objetivos

centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade às necessidades de saúde da população adstrita, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social.

MERHY (1997, p.71-72) coloca que:

> (...) justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram "um dos grandes nós críticos" das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, "que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos". Uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional é que, no Brasil, a participação popular não é para a avaliação do grau de satisfação com a atenção, para a cooperação ou extensão comunitária, para a organização de programas de educação para a saúde ou consultiva. No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso a denominação controle social dada à participação da sociedade no SUS. Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde.

Essa proposta constitui um importante desafio, já que se propõe a uma ruptura com o modelo assistencial atual e à construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética. Ademais, esse desafio está em curso em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática assistencial hegemônica, em que a ênfase sempre está voltada para um modelo de saúde centrado na figura do médico e no hospitalismo absoluto, ficando as ações preventivas a um segundo plano, com uma atenção primária ineficaz. A implicação mais séria desse modelo é o enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde; em particular, do próprio médico. Outro problema existente é a submissão dos demais profissionais da equipe à lógica dominante da ação médica: tal lógica empobrece consideravelmente o seu núcleo cuidador.

O trabalho no PSF pretende, segundo seus defensores, constituir-se em uma "estratégia estruturante" de um novo modelo assistencial em saúde. No entanto, os estudos sobre a realidade atual, mostram que existem tanto pontos positivos na proposta, em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, quantos problemas em relação a condições de trabalho. Além disso, verifica-se a persistência dessas características no trabalho em saúde e, também, no trabalho desenvolvido no PSF. Alguns estudos realizados com base na realidade cotidiana das equipes do PSF mostram essa prática como possuidora de um potencial positivo de mudança; outros, porém, mostram que existem grandes limitações para que isto ocorra.

> FRANCO E MERHY (1999,p.1) apontam como diversos problemas verificados na proposta do PSF, enquanto "estratégia de mudança do modelo assistencial", o seguinte:
>
> - As ações são mais de natureza "higienistas", do que "sanitaristas", não dando valor e importância suficientes a uma rede básica assistencial, integrada ao sistema de saúde;
>
> - Apesar do trabalho está direcionado para práticas multiprofissionais nada garante, nas estratégias do PSF, que haverá ruptura com a dinâmica médico centrada do modelo hegemônico atual, pois o programa não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência;
>
> - As visitas domiciliares, não devem ser vistas como novidade e exclusivas do PSF, porque é um recurso que deve ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que isto seja necessário. O fato de realizá-las não significa que o médico tenha abandonado sua prática "procedimento centrada" e nem mesmo que os trabalhos dos outros profissionais deixem de ser estruturados pelos atos e saberes médicos;
>
> - A organização e estruturação de serviços das unidades básicas de saúde, a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF, eliminando a possibilidade de atendimento a demanda espontânea;
>
> -Visitas domiciliares compulsória: não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares, sem que haja uma indicação explícita para elas, a exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde, como por exemplo, os agentes comunitários de saúde, que devem percorrer o território insistentemente. Outro aspecto, da visita domiciliar compulsória, diz respeito ao fato de que isto pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade;

- Custos/financiamento do programa: O PSF trabalha com a idéia de que altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando o trabalho diferenciado do médico e permitindo a sua "interiorização";

- O PSF mitifica o generalista, como se este profissional, ou melhor, esta "especialidade" médica conseguisse por si só implementar novas práticas de saúde junto à população.

- Em relação à escolha da família, como espaço estratégico de atuação, nem sempre o núcleo familiar tradicional está presente e nem sempre este é o espaço de relação predominante, ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco.

- Quanto à gestão do PSF, o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa, são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. Estas normas deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficando fora do sistema de financiamento das equipes de PSF.

FRANCO E MERHY (2003,p.122), ao fazerem uma análise do Programa de Saúde da Família (PSF) quanto as suas possibilidades e limites, a partir do processo e das tecnologias de trabalho em saúde, como território dos fazeres e, portanto, produtor do cuidado em saúde, concluíram que "(...)a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Pois para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma "tecnologias leves dependentes", mesmo que para a produção do cuidado seja necessário o uso das outras tecnologias. Portanto, a adesão ou a rejeição ao Programa de Saúde da Família, deve considerar que da forma como o PSF está estruturado pelo Ministério da Saúde, não lhe dá a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo para a mudança(...)"

1.2.1. O Programa Saúde da Família e O Acolhimento

"Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial

de cada um" (CAMPOS, 2003). O acolhimento se constitui em instrumento potente para a reorganização da Atenção à saúde no PSF**,** podendo aumentar a utilização da Equipe de Saúde da Família (ESF) como "porta de entrada", na medida que consiga influir positivamente no padrão de utilização dos serviços por parte dos indivíduos, e que também consiga influenciar em questões sócio-organizacionais do serviço.

Na unidade de saúde da família a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de ações que vão além da prática curativa.

Segundo a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), o acolhimento na saúde é a construção de uma nova postura dos profissionais e do serviço, que visa à ampliação do acesso com abordagem de risco e vulnerabilidade, como responsabilidade social, a construção de novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania. Tem como objetivos: Humanizar o atendimento, organizar o serviço, otimizar o atendimento, maior resolutividade, estabelecer fluxo de atendimento para a demanda espontânea, menor desgaste da equipe e união dos profissionais num objetivo comum, intensificar o trabalho em equipe, aumentar a satisfação da comunidade, compromisso com a construção de cidadania e autonomia da comunidade e fornecer elementos para o diagnóstico local .

> Para MERHY (2007,p.42),(...) o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:
> 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania(...) .

"O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço" (SCHIMITH,2004).

Para CARVALHO & CAMPOS (2000), acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo à melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos.

MATUMOTO (1988,p.21) "(...)explica que o acolhimento é determinado pela concepção de ser humano e de saúde/doença em que o trabalho se baseia. Conclui que o *porquê* acolher desvenda o modo como se efetiva a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e como os trabalhadores envolvidos *"se posicionam frente ao lema 'Saúde como direito de todos e de cidadania', através dos princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e acesso"(...)*.

Acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato. O trabalho vivo é o trabalho em ação, que está em processo de construção. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir (MERHY , 1997).

A prática de "Acolher" consiste em uma escuta qualificada que todos os funcionários das UBS devam realizar ouvindo as necessidades que levaram o usuário ao serviço, orientando ou encaminhando de acordo com a sua competência profissional. É desejável que o sentido de acolher ultrapasse as fronteiras da relação equipe/usuários e comece a permear as relações dentro da própria equipe, criando ambientes acolhedores em reuniões e no dia-a-dia do trabalho, estimulando seus membros a relatarem dificuldades que podem ser trabalhadas dentro da equipe ou não. Para que a proposta de acolhimento não seja descendente: instituição-equipe-usuário, mas que esteja presente nas várias relações oriundas do trabalho em saúde (MERHY, 1997).

1.3. PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O processo de trabalho em saúde também tem uma direcionalidade, que se materializa nas relações do homem com os outros e com a natureza, nas quais se fazem necessárias adaptações, transformações ou manutenções. Não é um processo igual, por exemplo, a uma indústria, pois tem uma especificidade na medida em que é um serviço, e que este serviço se realiza sobre pessoas e não sobre coisas ou objetos. E, mais ainda, com base numa inter-relação na qual o consumidor (usuário) contribui no processo de trabalho fornecendo informações acerca do que se passou com ele, de suas queixas, de sua história de vida, de sua doença, ou seja, há uma participação ativa dele durante a assistência; o que caracteriza um processo de profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta.

Segundo PIRES (2000) " (...) o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade".

Muitos autores definem que tecnologias também dizem respeito ao conhecimento aplicado à saúde e por considerarem que o trabalho em saúde é todo relacional e que ocorre sempre a partir do encontro entre sujeitos (trabalhador e usuário) individuais e coletivos, adotam três categorias para tipificar as tecnologias de trabalho em saúde: "(...) tecnologias duras (inscritas nas máquinas, instrumentos, normas, as quais já têm seus produtos programados a priori); tecnologias leve-duras (as do conhecimento técnico, que têm uma parte já estruturada, e ao mesmo tempo, ao aplicar este conhecimento, o trabalhador o faz do seu jeito, ou seja, esta é a parte leve, em que entra a interferência do profissional, que dá o seu tom singular); e as tecnologias leves (que dizem respeito às relações, e que se demonstram fundamentais na produção do cuidado). Fica evidente a importância dessas diversas tecnologias para o cuidado à saúde (...)" (MERHY, 1997,p.121) .

O processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando na hegemonia do trabalho vivo, nos revela um mundo rico, dinâmico, criativo, não-estruturado e com grande possibilidade inventiva. O trabalho vivo, como dispositivo de formação de

fluxos-conectivos, possibilita uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde. Mas ao mesmo tempo, abre linhas de fuga e trabalha com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde.

A organização da rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) é extremamente normatizada, como exemplo podemos citar, o Programa Saúde da Família que possui diretrizes normatizadas. Quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de alguns procedimentos, isto impõe um constrangimento aos trabalhadores no objetivo de produzir o cuidado, ou seja, isto aprisiona o seu trabalho vivo, o que impede relações positivas com os usuários. Porém, (...)"como o trabalho vivo é autogovernável, há uma grande possibilidade dos trabalhadores estabelecerem de forma criativa relações com outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde, com a rede social existente e principalmente com os usuários. É de certa forma comum trabalhadores que, por atuarem assim, tornam-se "inadaptados" aos serviços e começam a transitar em diferentes equipes e unidades, fazendo vínculos e rupturas, como se fossem perseguidos por um fantasma que tenta enquadrá-los sob certa conduta para o trabalho. Esse fantasma é a instituição da norma sob a qual o trabalho vivo perde sua potência resolutiva (...) (FRANCO, 2006).

> Também segundo FRANCO (2006,p.472):
>
> (...) Os trabalhadores da saúde em atividade, através do trabalho vivo em ato, fazem rizoma, operando com base em fortes conexões entre si, onde a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa. Há um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades, e é a partir desta configuração do trabalho, como um amálgama, que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado. Pelo fato de os trabalhadores de saúde em atividade abrir espaços de fala e de escuta entre si, estes espaços relacionais vão mediando seu processo de trabalho. Revelam para nós que

> "estabelecer relações" é um saber intrínseco à atividade laboral. É como se não existisse uma auto-suficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários. A rede que se forma e as ações assistenciais fazem com que uns encontrem potência em outros – o processo produtivo é altamente relacional. As relações se dão a partir de pactuações que ocorrem entre as equipes de saúde, que podem ser explícitas ou não, e são resultado de tensões e conflitos que se produzem no ato de constituição da gestão do cuidado ou podem se formar a partir de acordos constituídos harmoniosamente; o fato é que não há um pressuposto de como o pacto relacional é dado. Admitimos a idéia de que os fluxos-conectivos nas relações que operam a micropolítica do processo de trabalho podem se dar até mesmo sem um pacto, mas apenas por fluxos de alta densidade capazes de operar vias comunicacionais na dimensão do simbólico e subjetivo, e não necessariamente verbais e cognitivas. Essa alta densidade relacional se organiza como intrínseca à micropolítica do processo produtivo da saúde, sendo, portanto constitutiva do mesmo. Na composição técnica do trabalho, uma menor densidade de tecnologias duras, associada a uma maior presença das tecnologias mais relacionais, abre inúmeros espaços relacionais que são dados pelos atos de fala, escuta, olhares e toque, em que os sentidos operam junto com os saberes. Isso sem dúvida impacta o grau de resolutividade das ações assistenciais e de cuidado .

O processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa, que integraliza a ação e complementa o processo de produção; e uma direcionalidade técnica, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias. A organização e a divisão do processo de trabalho definem-se pelo objetivo final que se quer atingir. Nesse sentido, o modelo de atenção centrada na concepção médico-curativa tem por finalidade a produção da cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos. Já um modelo assistencial produtor de saúde deve tomar por base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade.

1.4. PROCESSO DE TRABALHO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 2006, a Portaria nº648 GM/MS, cita que " ...são características do processo de trabalho no PSF:

> I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
>
> II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
>
> III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
>
> IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
>
> V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
>
> VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
>
> VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
>
> VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
>
> IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (...)

Para que ocorra uma mudança efetiva a partir da estratégia saúde da família é necessário repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde, os profissionais das Equipes de Saúde da Família, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência, se observarem o cotidiano dessas pessoas.

Com base no Guia Prático do PSF publicado pelo Ministério da Saúde em 2001, as atribuições fundamentais dos profissionais da USF são as seguintes: Planejamento de ações; Saúde, Promoção e Vigilância; Trabalho interdisciplinar em equipe e Abordagem integral da família:

Planejamento das ações: Capacidade para diagnosticar a realidade local. Esse é o primeiro ponto. Nesse diagnóstico, é importante estar atento também aos aspectos positivos da comunidade, ao potencial que as pessoas têm para resolver seus problemas, inclusive os de saúde. Em seguida, é preciso elaborar e avaliar planos de trabalho que produzam o impacto apropriado sobre as condições sanitárias da população, famílias e indivíduos da área abrangida pela USF. A equipe deve:

– conhecer os fatores determinantes do processo saúde doença do indivíduo, das famílias e da comunidade;

– estabelecer prioridades entre problemas detectados e traçar estratégias para sua superação;

– conhecer o perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência;

– garantir estoque regular de todos os insumos para as estratégias e funcionamento da USF.

Saúde, Promoção e Vigilância à saúde: É fundamental, nesta atribuição, entender a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia. Busca-se, nesta atribuição, compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores (intersetorialidade) e a participação social. Essa é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, são sujeitos (e não apenas pacientes) capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto individual como coletivamente. Os profissionais devem:

– conhecer os fatores (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais) que determinam a qualidade de vida da comunidade adstrita;

– entrar em articulação com outros setores da sociedade e movimentos sociais organizados, integrando ações para a qualidade de vida da comunidade;

– estimular a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações da USF;

– articular, com a rede institucional local, ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população.

Trabalho interdisciplinar em equipe: Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de desenvolver
diferentes disciplinas. A ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos

> diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva. A equipe deve:
> – conhecer e analisar o trabalho de toda a equipe, verificando as atribuições específicas e do grupo, na USF, no domicílio e na comunidade;
> – compartilhar conhecimentos e informações para o desenvolvimento de trabalho em equipe;
> – participar da formação e do treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade.
>
> *Abordagem integral da família:* Entende-se, por essa atribuição, a abordagem integral da pessoa, vendo-a em seu contexto socioeconômico e cultural, com ética, compromisso e respeito. Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento. As ações dos profissionais da USF devem entender a família em seu espaço social, compreendendo-o como rico em ações interligadas (interações) e em conflitos. A construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, com intervenções diretas na saúde de seus membros. Ao profissional de saúde que entra na dinâmica daquela vida familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele núcleo de pessoas, intervindo de forma mais participativa e construtiva. A equipe deve:
>
> – compreender a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises;
> – identificar a relação da família com a comunidade;
> – identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os preceitos legais e éticos existentes.

O trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho. A troca de informações continuada, que leva as boas avaliações e propostas de conduta, deve ocorrer através das reuniões das equipes, como parte da rotina do trabalho do PSF para facilitar a comunicação, troca de experiências, expectativas, melhorar convivência e avaliação quantitativa.

1.4.1. Atribuições dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde(BRASIL,2006,p.121) , os profissionais das ESF possuem atribuições comuns e específicas, assim descritas:

> *Atribuições Comuns a todos os Profissionais*:
> I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
> II - realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
> III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
> IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
> V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
> VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
> VII - responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
> VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
> IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
> X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde;
> XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
> XII - participar das atividades de educação permanente; e
> XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.
>
> *São Atribuições Específicas:*

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adstrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS – na prevenção e no controle da malária e da dengue:

Controle da malária em zona urbana:

a) realizar ações de educação em saúde e de mobilização social;

b) orientar o uso de medidas de proteção individual e coletiva;

c) mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;

d) identificar sintomas da malária e encaminhar o paciente à unidade de saúde para diagnóstico e tratamento;

e) promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento, ressaltando a importância de sua conclusão;

f) investigar a existência de casos na comunidade, a partir de sintomático;

g) preencher e encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde a ficha de notificação dos casos ocorridos.

No controle da dengue:

a) atuar junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença – seus sintomas e riscos – e o agente transmissor;
b) informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue na casa ou redondezas;
c) vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquito transmissor da dengue;
d) orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do Aedes aegypti;
e) promover reuniões com a comunidade para mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue;
f) comunicar ao instrutor supervisor do Pacs/PSF a existência de criadouros de larvas e ou mosquitos transmissor da dengue, que dependam de tratamento químico, da interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;
g) encaminhar os casos suspeitos de dengue à unidade de saúde mais próxima, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde;

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.
Do Enfermeiro:
I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.
II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.
III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em

todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e.

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

VIII - compete ao médico acompanhar a execução dos Protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto;

IX - na eventualidade da revisão dos Protocolos ou da criação de novos Protocolos, os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem e outros Conselhos, quando necessário, deverão participar também da sua elaboração.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):
I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
VI - organizar a agenda clínica;
VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Geralmente, há uma dificuldade de interação entre o médico, o enfermeiro, o odontólogo e o pessoal de nível técnico, já que cada um teve uma formação segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, desconhecendo os potenciais que existe em cada componente da equipe. Esta falta de integração e comunicação entre os profissionais tem, certamente, a sua origem na graduação, pois cada profissional se forma sem interagir com outros profissionais da saúde, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum.

1.5. O SISTEMA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – SEMSA, foi criada através da Lei nº. 770 de 26 de dezembro de 1988. Segundo (KLEIN, 2005):

> Sobre a efetivação, na prestação de serviços da secretaria de saúde de Rio Branco, logo após a sua criação, não foi encontrado registro de nenhuma informação. Somente a reforma da Lei Orgânica do Município, de 03 de abril de 1990, que seguiu à reforma constitucional de 1988 voltou a tratar da saúde municipal. Na seção II, os artigos 117 até 127 expressam o seguinte: "A saúde é dever do poder público. O município promoverá condições de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer. Cabe ao município organizar, planejar e gerir a saúde. Também cabe organizar a rede do Sistema Único de Saúde e os distritos sanitários. É vedado ao município o uso de recursos públicos em instituições privadas. Deve haver uma convocação anual do Conselho Municipal de Saúde." (Acre. Diário Oficial, 30/04/1990)
>
> Durante um período considerável a Prefeitura de Rio Branco tratou os assuntos da saúde municipal com iniciativas legais. Em 08 de outubro de 1991 foi criado o Conselho Municipal de Saúde pela Lei nº. 964. A ata da primeira reunião do novo conselho, em 05 de dezembro do referido ano, indica que o município estava empenhado em atender as questões legais na implantação da sua organização. Não há indicação nos registros de nenhum serviço prestado. (Rio Branco. Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde, 05/12/1991).
>
> Na continuidade da legislação municipal foi criado o fundo municipal de saúde pela Lei nº. 966, de 11 de outubro de 1991. Seu objetivo era dar condições financeiras e de gerenciamento dos recursos destinados às ações de saúde da secretaria municipal. Os planos de aplicação do fundo seriam submetidos ao Conselho Municipal de Saúde e deveriam observar as diretrizes orçamentárias. (Acre. Diário Oficial, 16/10/1991)
>
> Considerando os registros do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco, o município estava empenhado apenas em iniciativas legais no campo da saúde e iniciava as discussões para a municipalização dos serviços, contudo não são encontradas propostas práticas de encaminhamentos. (Rio Branco. Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde, 27/12/1991). Novas mudanças normativas aconteceram em 3 de junho de 1992 com a Lei nº. 1.028 que promoveu a reestruturação organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, estabelecendo sua competência e atribuições. Foram criados novos departamentos e chefias onde foram incluídos 25 cargos de diretores e chefes. As competências e atribuições incluíam planejamento, programação, controle a avaliação das ações. Cada departamento e divisão tinham suas atribuições minuciosamente detalhadas. (Id.,10/06/1992)

Em 1993, a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – SEMSA implantou o primeiro programa: O Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, seguido da reativação do canil municipal e foi construído um centro de saúde municipal, inicialmente essa unidade oferecia consultas de enfermagem, pré-natal e vacinação. No final de 1995 A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco firmou um convênio com o Ministério da Saúde para implantar no ano seguinte cinco equipes de saúde da família.

A ampliação dos serviços de Rio Branco foi gradativa com a construção de unidades próprias do município. Em 1996, tinham sido construídas e estavam em funcionamento cinco unidades de saúde da família, o Centro de Zoonoses, e foi ampliada a atenção à saúde escolar com a implantação de uma clínica odontológica. Essas unidades e serviços então existentes receberam acréscimos com a conclusão do Centro de Saúde Cláudia Vitorino inaugurado em 30 de outubro de 1995, com o convênio com a República de Cuba. A nova unidade funcionava como um sistema de referência e contra referência com as unidades de saúde da família gerenciadas pelo município.

O convênio entre o município de Rio Branco e o Ministério da Saúde Pública de Cuba foi assinado em 08/10/1995. Nele estava previsto o assessoramento e cooperação técnica para implementar programas de saúde pública. O ministério cubano cedeu um especialista em higiene e epidemiologia e três especialistas em medicina da comunidade e família. O pagamento desses profissionais, seus alojamentos e deslocamentos cabiam ao município de Rio Branco. Em 1996,o número de módulos de saúde da família foi acrescido para seis, com as respectivas equipes profissionais. Também foram completadas seis equipes do programa de agentes comunitários com um enfermeiro e 30 agentes cada.

Nos anos de 2000 e 2001 as principais atividades da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco foram: suprimento de fundos para as unidades e programas de

saúde; implantação e início das atividades dos departamentos de controle e avaliação, bem como o de administração de pessoal; com recursos do governo federal foram realizadas ações de combate à dengue e adquirida uma unidade médico-odontológica móvel; manutenção das unidades básicas de saúde com insumos para os serviços e reparos na estrutura física; foram desenvolvidas ações de saúde nas unidades básicas, programas e projetos, tais como vigilância epidemiológica, PACS, PSF, odonto família, saúde escolar e outros; revisão do plano de cargos, carreiras e salários; intensificação e melhorias nos programas PACS, SISVAN e Materno Infantil; intensificação das ações de controle das zoonoses.

Atualmente, o Modelo de atenção à saúde no município de Rio Branco é fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde. O Município, no Termo de Compromisso de Gestão – Pacto pela Saúde, assinado em 2007, tem a responsabilidade sanitária de garantir a atenção à saúde na rede básica , com ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A rede está organizada em 13 segmentos de saúde, cada segmento possui um Centro de Saúde que funciona como referência para as Equipes de Saúde da Família em sua área de abrangência. Das 56 Unidades de Saúde da Família (USF) existentes, 53 equipes são de gestão municipal e 03 são de gestão estadual, destas 37 unidades municipais e as três estaduais , funcionam com equipes completas (médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde – ACS) e as outras 16 unidades atendem com enfermeiro auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Possui ainda 20 equipes de Saúde Bucal (cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico de higiene dental), 04 são na área rural e 02 unidades móveis de saúde na comunidade para atendimento à população rural. Dispõe de 01 Centro de Apoio e Diagnóstico (CAD), oferecendo serviços de laboratório, análises clínicas e serviço de ultrassonografia em ginecologia/obstetrícia; Assistência Farmacêutica e dispõe ainda de ações desenvolvidas através dos Programas de Atenção ao Idoso, Controle do Tabagismo, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, DST/AIDS, Saúde Mental , Leishmaniose, Tuberculose, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase e Controle e Erradicação da Raiva, Controle de Endemias, Educação em

Saúde e Mobilização Social. As Ações de Vigilância em Saúde são desenvolvidas em toda rede, em fase da descentralização das ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária para os segmentos de saúde.

Na Tabela 1, observa-se a evolução da implantação do Programa de saúde da Família em Rio Branco, no período de 1998 a 2009.

Tabela 1 - Evolução da implantação da estratégia Saúde da Família no Município – Rio Branco/AC, no período: janeiro de 1998 a março de 2009.

ANO	Nº de ACS cadastra-dos	% de cobertura populacio-nal ACS	Nº de ESF implanta-das	% de cobertura populacio-nal da SF	Nº de ESB implanta-das	% de cobertura populaci-nal da SB	População
1998	187	44,73	6	8,61	-	-	240.389
1999	294	70,32	6	8,61	-	-	240.389
2000	344	76,21	25	33,23	-	-	259.537
2001	333	73,24	29	38,27	3	7,92	261.430
2002	332	73,02	29	38,27	3	7,92	261.430
2003	337	72,37	32	41,23	7	10,31	267.740
2004	450	94,00	48	60,16	14	35,09	275.271
2005	312	65,17	40	50,13	17	42,61	275.271
2006	362	67,20	40	44,55	21	46,78	309.731
2007	445	80,43	39	42,29	20	43,38	318.127
2008	441	79,71	39	42,29	21	45,55	318.127
2009	442	84,32	37	42,35	21	48,08	301.398

FONTE: *MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB/2009*

As especialidades básicas, que é de responsabilidade do município, são realizadas nos centros de saúde e nas Unidades de Saúde da Família. E as ações/atividades que pertencem a média e alta complexidade são referenciadas às unidades de saúde pertencentes ao estado, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Unidades e /ou Serviços de Saúde de Referência pertencentes à Rede Estadual (SESACRE), ano de 2008.

Descrição	Quantidade
Hospitais Gerais	3
Hospitais Especializados	3
Laboratório Central de Saúde Pública	1
Centro de Hemoterapia e Hematologia	1
Centro de Reabilitação	2
Pronto-Socorro	1
Clínica Especializada	1

Fonte:DAS/SEMSA /RB/2008

A Central de Regulação do Sistema Municipal, que é uma forma de facilitar o acesso com qualidade às ações de saúde com integralidade, equidade e otimização dos recursos, avançou na definição de cotas para consultas especializadas. No primeiro momento foram definidas através do critério populacional e disponibilizadas para os 13 segmentos de saúde, proporcionando a agilidade no acesso do usuário ao serviço de saúde especializado. No ano de 2008 foram estabelecidas como piloto as consultas especializadas da Fundhacre, posteriormente serão estendidas para as demais unidades de consultas ambulatoriais especializadas, exames e demais ações de saúde.

Apresentaremos a seguir alguns indicadores do Pacto pela Saúde do município de Rio Branco, conforme o Relatório Anual de Gestão 2008.

Tabela 2: Indicadores Gerais de Saúde do Município de Rio Branco-Acre, referente ao período do ano de 2004 a 2008.

INDICADORES	2004	20005	2006	2007	2008
Coeficiente de Mortalidade Infantil	21,86	20,55	16,74	21,39	16,83
Coeficiente de Mortalidade Neonatal	14,74	12,49	11,54	14,59	11,08
Coeficiente de Mortalidade Pós-neonatal	6,77	7,82	5,76	6,80	5,75
Taxa de Mortalidade Materna	27,68	21,02	21,26	42,50	43,16
Proporção de portadores de Hipertensão Arterial Cadastrados	48,13	55,68	59,21	69,37	64,01
Proporção de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados	38,45	42,82	44,90	52,98	49,63
Proporção de abandono de tratamento de Tuberculose	11,17	4,83	5,41	4,7	8,99
Coeficiente de prevalência de Hanseniase	4,94	2,91	2,36	2,7	2,60
Coeficiente de Detecção de casos novos de Hanseníase	4,47	5,53	5,60	3,8	4,14

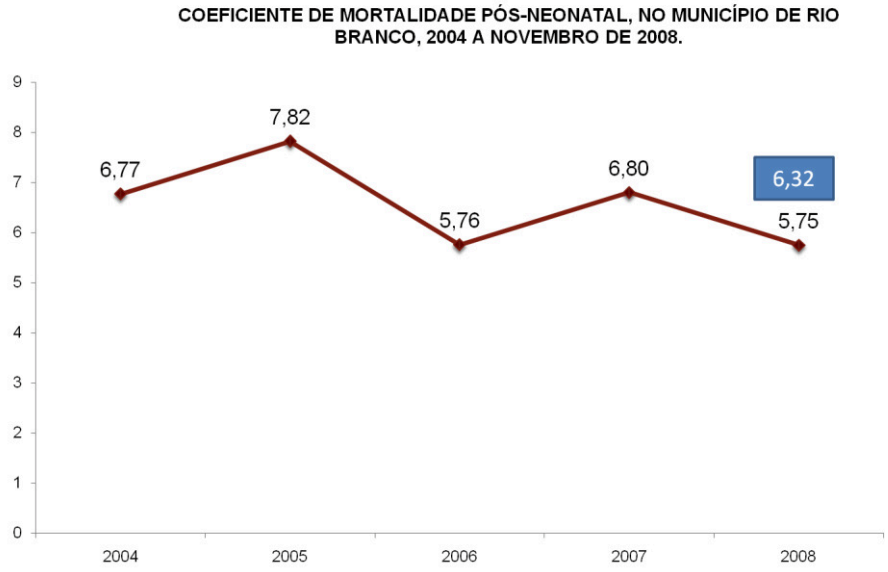
Fonte:DRCA/SEMSA/RB/2008

Tabela 3 – Principais Indicadores do Pacto Pela Saúde quanto ao fortalecimento da Atenção Básica do município de Rio Branco-Acre, no período de 2004 a 2008.

Indicadores	2004	2005	2006	2007	2008
Proporção da população cadastrada PSF	25,94	35,60	36,76	32,27	51,48
Cobertura da primeira consulta odontológica Programática	7,5	7,13	7,28	5,34	4,69
Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	35,90	42,90	39,99	31,32	23,92
Taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações na população de 30 anos e mais	23,81	25,49	19,26	17,02	16,58
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	1,07	1,07	1,07	1,05	1,11
Proporção de nascidos-vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal	70,00	77,32	79,24	75,81	81,76
Percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade	8,27	8,19	8,22	7,71	6,71
Média mensal de visitas domiciliares por família realizada por agente comunitário de saúde	0,30	0,27	0,54	0,46	0,55
Média anual da ação coletiva escovação supervisionada	-	5,00	4,45	4,24	5,16

Fonte:DRCA/SEMSA/RB/2008

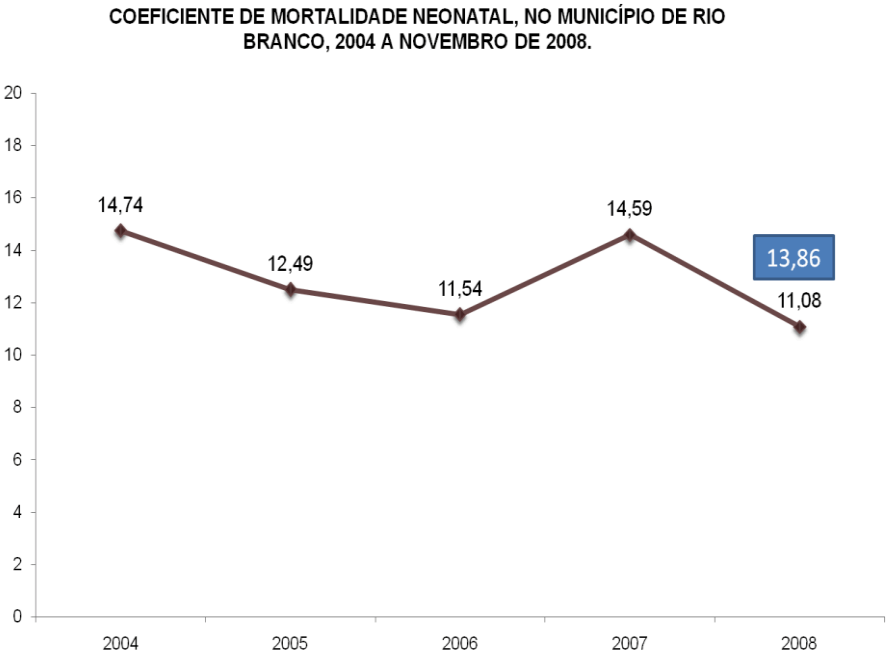
Figura 01



Fonte: SIM/SINASC
(nº de óbitos na idade de 28 a 364 dias por 1.000 nascidos vivos)

5

Figura 2



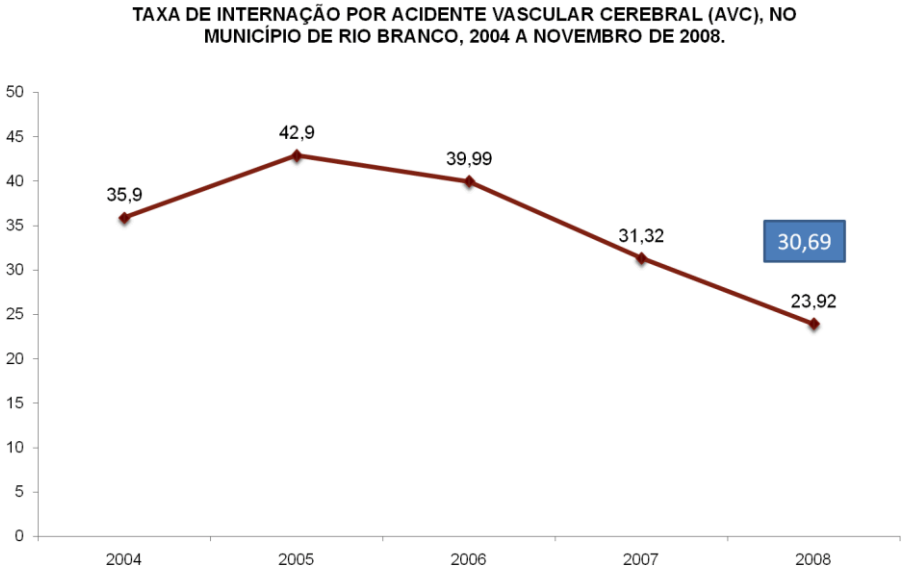
Fonte. SIM/SINASC
(nº de óbitos de menores de 28 dias, por 1.000 nascidos vivos)

6

A taxa de mortalidade infantil geral, neonatal e pós-neonatal aponta positivamente a redução. Reflete de maneira geral, a melhoria do acesso e dos serviços ofertados para atenção a saúde da população materna e infantil. Segundo os parâmetros do Ministério da Saúde, o município alcançou uma taxa considerada baixa (>20), na ordem de 16,83% para cada 1.000 nascidos vivos.

Outro indicador relevante para saúde materno-infantil é a cobertura do pré-natal, a qual registra 81,76% dos nascidos vivos, as mães fizeram quatro ou mais consultas de pré-natal.

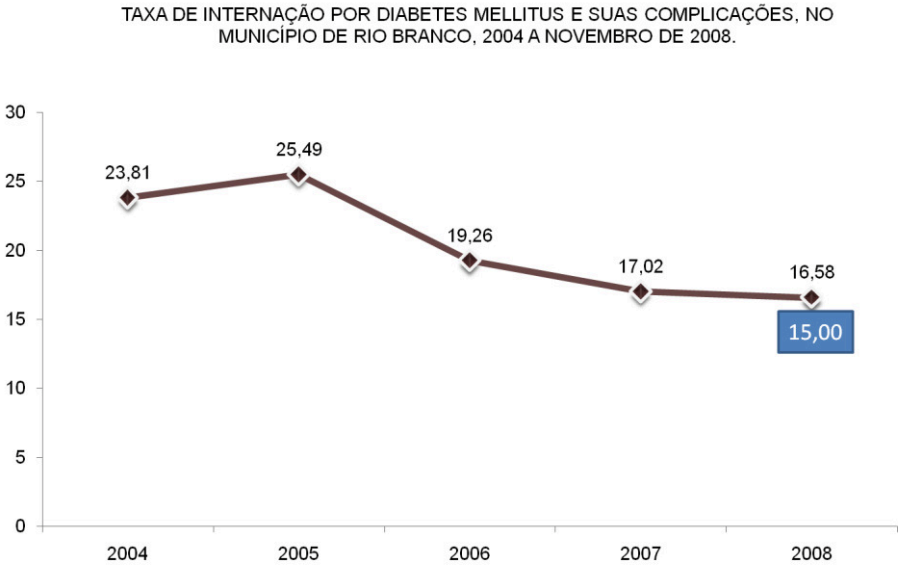
Figura 3



Fonte: SIH/IBGE
(nº de internação por AVC na pop. de 40 anos e mais/pop. de 40 anos e mais x 10.000)

16

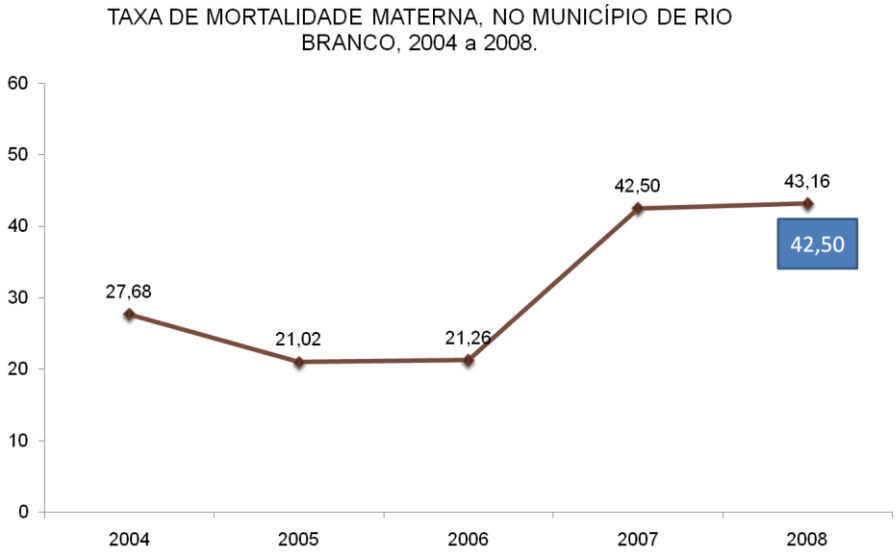
Figura 4



Fonte: SIH/IBGE
(nº de internação por complicações do diabetes mellitus na pop. de 30 anos e mais/pop. de 30 anos e mais x 10.000) 17

O número de internações por acidente vascular cerebral e complicações por diabetes tem reduzido, apontando positivamente as ações de prevenção e controle diagnóstico da saúde da população portadora da hipertensão e diabetes.

Figura 5



Fonte: SIM/SINASC/SEMSA
(nº de óbitos por causas maternas por 100.000 nascidos vivos).

26

Figura 6

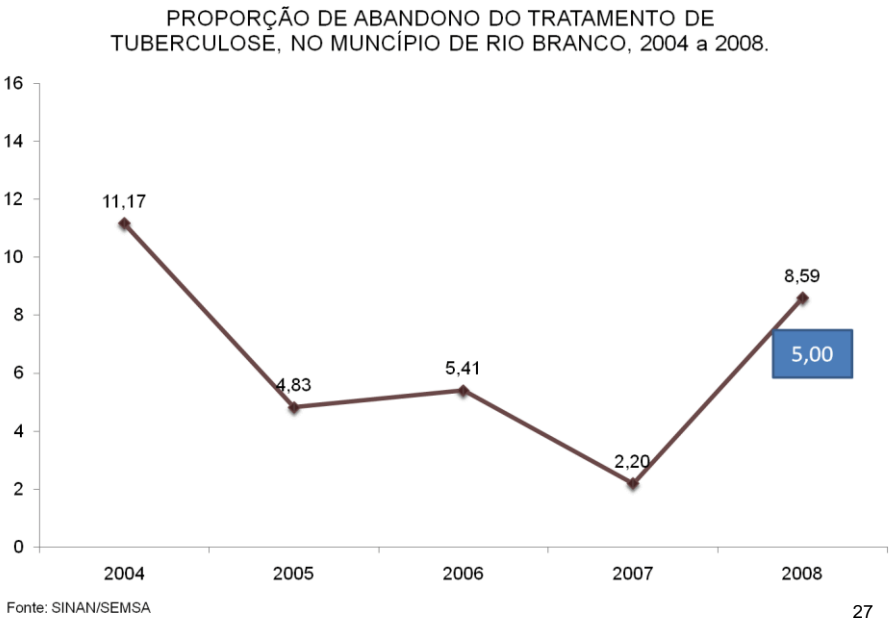
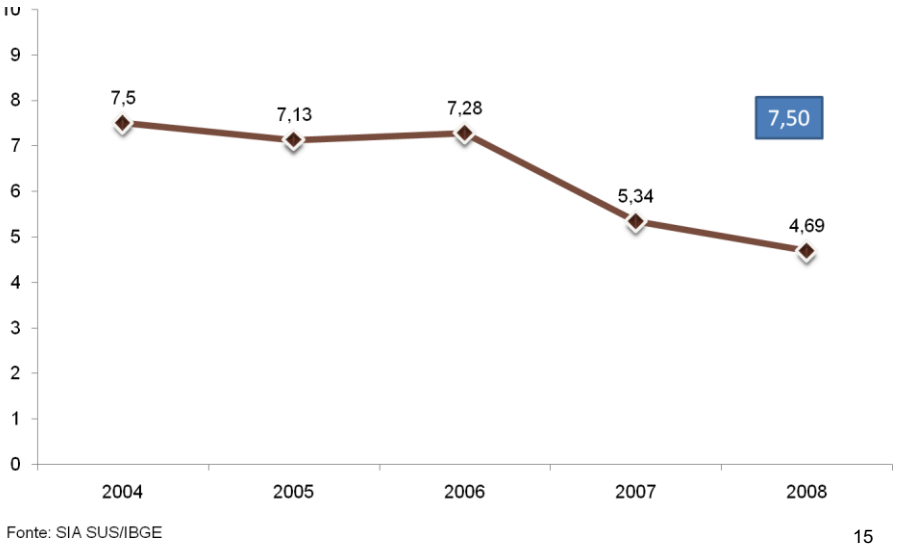


Figura 7 -



Observa-se também que alguns indicadores não reduziram e não conseguiram alcançar os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde como, por exemplo: a taxa de mortalidade materna; a proporção de abandono de tratamento de tuberculose; Média mensal de visitas domiciliares por família realizada por agente comunitário de saúde; Média anual da ação coletiva escovação supervisionada; Cobertura da primeira consulta odontológica Programática e outros.

O Relatório de Gestão (2008) cita que "apesar do avanço dos indicadores em relação às metas estabelecidas alguns obstáculos ocorreram na efetivação das ações planejadas e executadas no decorrer do exercício, como: a deficiência das estruturas físicas nas unidades , materiais educativos e apoio logístico insuficiente, inexistência de política de manutenção na rede, morosidade no desempenho dos recursos financeiros previstos nos projetos formulados pelas as áreas diversas de responsabilidade do Departamento da Atenção Básica (DAS), tanto na aquisição de materiais e equipamentos, quanta na contratação de Recursos Humanos para efetivar ações especificas em conformidade com os planos de ações e metas dos projetos e de forma acentuada a rotatividade de profissionais na rede.

Cabe então uma pergunta: os serviços de atenção básica, como estão atualmente organizados no município de Rio Branco, atendem a demanda dos usuários e se caracterizam como porta de entrada no sistema de saúde local? Os usuários são acolhidos no momento em que demandam o serviço de saúde nas unidades de saúde da família? Como ocorre o processo de trabalho nas equipes de saúde da família?

Assim, esta pesquisa tem por objetivo analisar o processo de trabalho das equipes de saúde da família, como instrumento na reorientação do modelo assistencial, através das percepções e das práticas dos profissionais no acolhimento e nas visitas domiciliares.

CAPITULO II: PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. LOCAL DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO

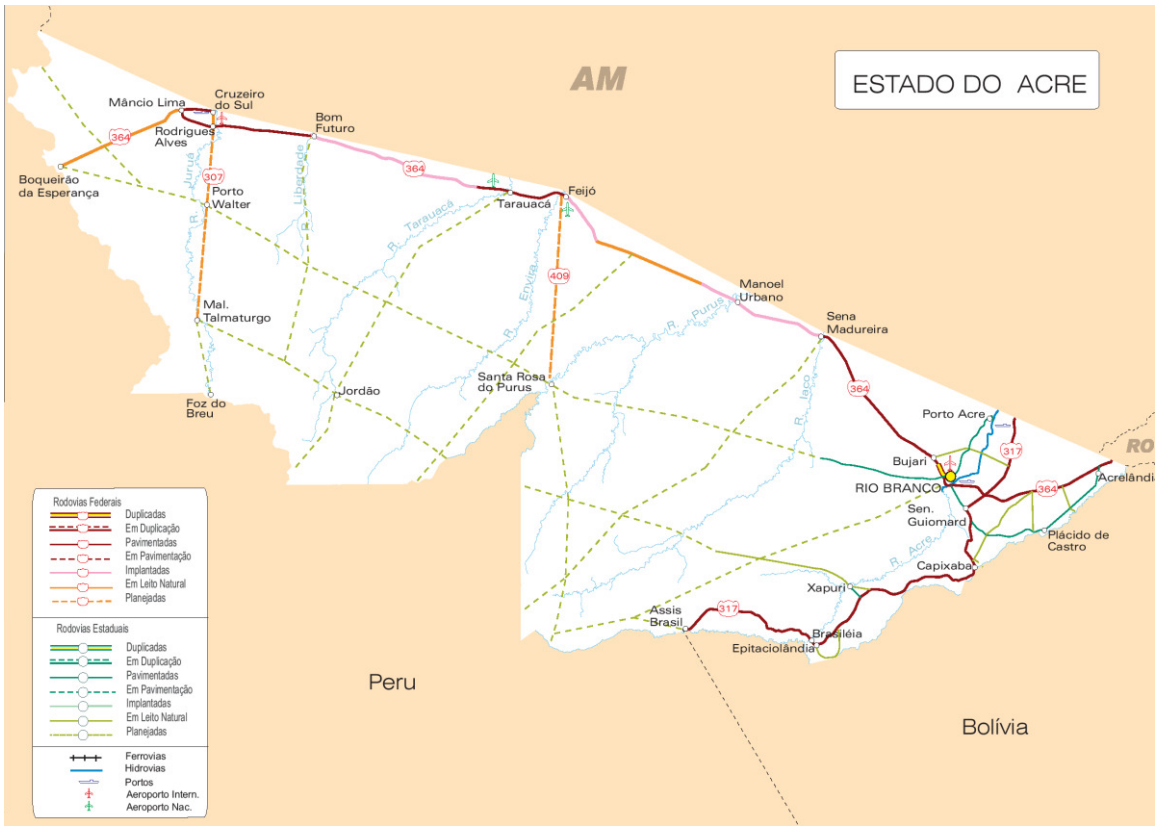
O Estudo foi desenvolvido no Município de Rio Branco, capital do estado do Acre-Brasil **(Figura 08)**. Rio Branco tem uma unidade territorial de 9.223 km² e com uma densidade demográfica de 33,14 hab/ km², se localiza a 9°58'29'' sul e a 67°48'36'' oeste, numa altitude de 153 metros acima do nível do mar. A cidade é cortada pelo rio Acre, que divide a cidade em duas partes denominadas: Primeiro e Segundo Distritos. O município localiza-se na microrregião de Rio Branco, mesorregião do Vale do Acre. Limita-se ao norte com os municípios de Bujari e Porto Acre e com o Amazonas, ao sul com os municípios de Xapuri e Capixaba, a leste com o município de Senador Guiomard e a oeste com o município de Sena Madureira.

O Acesso ao município de Rio Branco ocorre da seguinte forma: Por terra – BR 364 faz a ligação com a cidade de Porto Velho, e corta o Estado de Leste a Oeste, no sentido Rio Branco/Cruzeiro do Sul, findando a capa asfáltica em Sena Madureira; BR-317, que corta o Vale do Acre de Norte a Sul tem asfaltamento parcial no trecho Rio Branco/Xapuri/Brasiléia, através de rodovias estaduais asfaltadas possui ligação com os municípios de Senador Guiomard, Plácido de Castro, Porto Acre e Bujari, com os demais municípios a ligação terrestre ocorre apenas durante 4 meses do ano, no período de estiagem. Por Ar: nos meses chuvosos, duração de 8 meses, a ligação aérea, mesmo considerando os custos elevados, ocupa lugar de destaque, apresentando-se como principal meio de transporte para maioria das localidades do interior do Estado, sendo utilizadas, pelas empresas de taxi aéreo, aeronaves de pequeno e médio porte. Existe ainda uma empresa que opera, principalmente, na região com aeronaves de porte maior, operando no Estado com linhas intermunicipais e interestaduais.

Rio Branco tem importância singular como pólo econômico por situar-se na parte ocidental da Amazônia e numa região de tríplice fronteira, tendo relações econômicas e culturais com os países vizinhos: Peru e Bolívia.

Devido ao processo migratório interno, intensificado a partir dos anos setenta, Rio Branco concentra, hoje, quase metade da população do Estado. É o município mais populoso com 301.398 habitantes (estimativa 2008/IBGE). Atualmente 93% da população reside na zona urbana, enquanto 7% está na zona rural.

Figura 8 - Mapa do Estado do Acre e localização do Município de Rio Branco.



Fonte: http://www.seiam.ac.gov.br/municipios.php/ 2007

"O desmatamento promovido pelas madeireiras e a transformação dos seringais em fazendas levaram ao êxodo milhares de famílias que há décadas habitavam a floresta, dela dependendo para obter o seu sustento. Esse novo fluxo migratório campo-cidade promoveu uma verdadeira explosão das cidades acreanas, em especial de Rio Branco que por sua condição de capital atraia a maioria dos seringueiros, castanheiros e ribeirinhos expulsos de suas colocações em todo o estado do Acre. Teve início então a pratica das "invasões", nome regional usado para designar terrenos públicos ou privados que eram invadidos por trabalhadores para construção de moradias, dando origem a novos bairros populares sem nenhuma infra-estrutura básica. Mesmo as tentativas oficiais de reverter à

política de atração dos investidores "paulistas" para o Acre se revelaram insuficientes para deter o processo de migração do campo e o inchamento das cidades. Diante desse contexto, não é de estranhar que o quadro geral das cidades acreanas e de Rio Branco, em especial, tenha sido de degradação das condições de vida em todos os setores. Neste período Rio Branco não cresceu, explodiu. Se ao longo de 90 anos de sua história as dinâmicas geradas na cidade tinham dado origem a pouco mais de uma dezena de bairros, entre 1970 e 1999, esse número iria passar de 150 bairros. Novos bairros originados de invasões desordenadas sem a mínima infraestrutura de água, saneamento, luz, acesso, além de, por vezes, estar situados em locais alagáveis ou impróprios, como nas novas áreas ocupadas no 2º Distrito (Cidade Nova, Taquari, Santa Terezinha, etc.), ou mesmo a partir de loteamentos clandestinos e conjuntos residenciais mal projetados e/ou implantados.

Uma realidade, enfim, que estabeleceu enormes desafios a serem enfrentados para a recuperação da qualidade de vida dos cidadãos de Rio Branco. Desde 1999, estão sendo realizadas diversas intervenções na malha urbana de Rio Branco, especialmente nas vias estruturantes, que estão modificando e melhorando os fluxos internos da cidade, bem como, o acesso aos bairros mais distantes do centro e a revitalização do centro mais antigo da cidade parecem apontar o início de um novo período da história da formação urbana de Rio Branco". (NEVES[*]).

EDUCAÇÃO

Segundo dados do Ministério da Educação e Cultura (MEC), os alunos das primeiras e quarta séries da capital acreana estão acima da média nacional em rendimento escolar. Os números mostram que 67% de todas as crianças deixaram a primeira série totalmente alfabetizadas. Com base no MEC, das 70 escolas do Município, 45 obtiveram índices de aproveitamento entre 70% e 100%. Os dados são resultado de prova realizada por 6,2 mil alunos da rede pública municipal de ensino. A média nacional é de 54%.

[*] NEVES,M.V. **Síntes da evolução urbana em Rio Branco**.Rio Branco:Biblioteca da Floresta, [s.d.] . Disponível em : http://www.bibliotecadafloresta.ac.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=113:sese-da-evolu-urbana-de-rio-branco&catid=47:marcos-vinicius&Itemid=84. Acesso em: 12 jun. 2009.

Conforme dados da Prefeitura em 2005, a rede pública Municipal atendia 13 mil crianças do ensino infantil e fundamental. Em 2010 este número saltou para 42 mil alunos, o que representou um aumento de mais de 30% na quantidade de vagas oferecidas. embora tendo significativo avanço na cobertura da escolarização da população entre 7 e 14 anos, ela ainda está aquém de garantir esse direito básico às crianças.

SANEAMENTO BÁSICO

O serviço de recolhimento de lixo é considerado insuficiente. A Secretaria do Meio Ambiente – SEMEIA (2005) estima que 10% de todos os resíduos gerados não são coletados e ainda, são queimados. Esse quadro é responsável por vários impactos como, a proliferação de vetores de doenças, a contaminação das águas superficiais e subterrâneas.

Rio Branco dispõem de dois sistemas de abastecimento de água, denominados 1º e 2º Distritos, abastecidos respectivamente, a partir das Estações de Tratamento da Água - ETA's Sobral e Judia, com índice de atendimento da ordem de 80% da população urbana (SAERB, 2000).

O Sistema de Esgotamento Sanitário ainda é muito carente e atende apenas cerca de 30% da comunidade, num total de 13.149 economias (SAERB, 2000), através de aproximadamente 180 km de redes coletoras, coletoras-tronco e emissários, que lançam os efluentes em fundos de vale, igarapés e no rio Acre "in natura".

SITUAÇÃO DE SAÚDE

Em toda a cidade, há hoje 70 Unidades Básicas de Saúde, 14 Centros de Saúde (com as 04 especialidades básicas) que compõem e definem os segmentos de saúde e 56 Unidades de Saúde da Família **(Quadro 2**); 01 Hospital Regional de Urgência e Emergência; 01 Hospital Regional de Média e Alta complexidade; 01 Maternidade Regional; 1 Hospital da Criança também Regional; 01 Hospital Regional de Doença Mental; 01 CAPS Estadual; 02 Unidades de Pronto Atendimento da Rede Privada; 01 Hospital Geral Filantrópico conveniado com o SUS. Existe ainda, 01 Centro Municipal de Apoio e Diagnóstico, 01 Laboratório Central Estadual de Saúde Pública e 01 Centro de Hemoterapia e Hematologia Estadual.

Quadro 2 – Relação das Regionais/ Centros de Saúde e suas Unidades de Saúde da Família (USF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)de Referência no Município de Rio Branco-Acre, 2009.

REGIONAL	SEGMENTO SAÚDE	CENTRO DE SAÚDE	USF / PACS
I	1	CS Eduardo Asmar	Triângulo Velho/ Quinze I Quinze II
I	2	CS Dr. Mário Maia	Cidade Nova I Cidade Nova II
II	3	CS Ary Rodrigues	Seis de Agosto I Seis de Agosto II Cadeia Velha I Cadeia Velha II Baixada da Habitasa Base
III	4	CS Placas	Chico Mendes I PACS
III	5	CS São Francisco	Adalberto Aragão Vitória I Vitória II Jardim Eldorado Chico Mendes II PACS
IV	6	CS Barral y Barral	Preventório
IV	7	CS Vila Ivonete	PACS
IV	8	Centro de Formação Profissional Tucumã	Mocinha Magalhães Jardim Primavera Ruy Lino Nímio Isfran
V	9	CS Gentil Perdomo	PACS
V	10	CS Drª. Rosangela Pimentel	Novo Calafate Portal da Amazônia PACS
VI	11	Centro de Saúde Augusto Hidalgo de Lima	Boa Vista/ sobral, Airton Sena I e II, Glória Pista I e II, Boa União, Bahia Nova Plácido de Castro, João Paulo, Floresta Sul, Salgado Filho e PACS
VII	12	CS Souza Araújo	Santa Cecília Belo Jardim Rural
VII	13	CS Claudia Vitorino	Benfica, Vila Acre, Vila da Amizade, Amapá, Belo Jardim I, II e III, Mauri Sérgio I e II, Santa Inês I e II, Areal I e II, Comara , Triangulo Novo ,Taquari I, II e III

Fonte: DRCA/SEMSA/2009

2.2.ÁREA DE ABRANGÊNCIA CONTEMPLADA NO ESTUDO

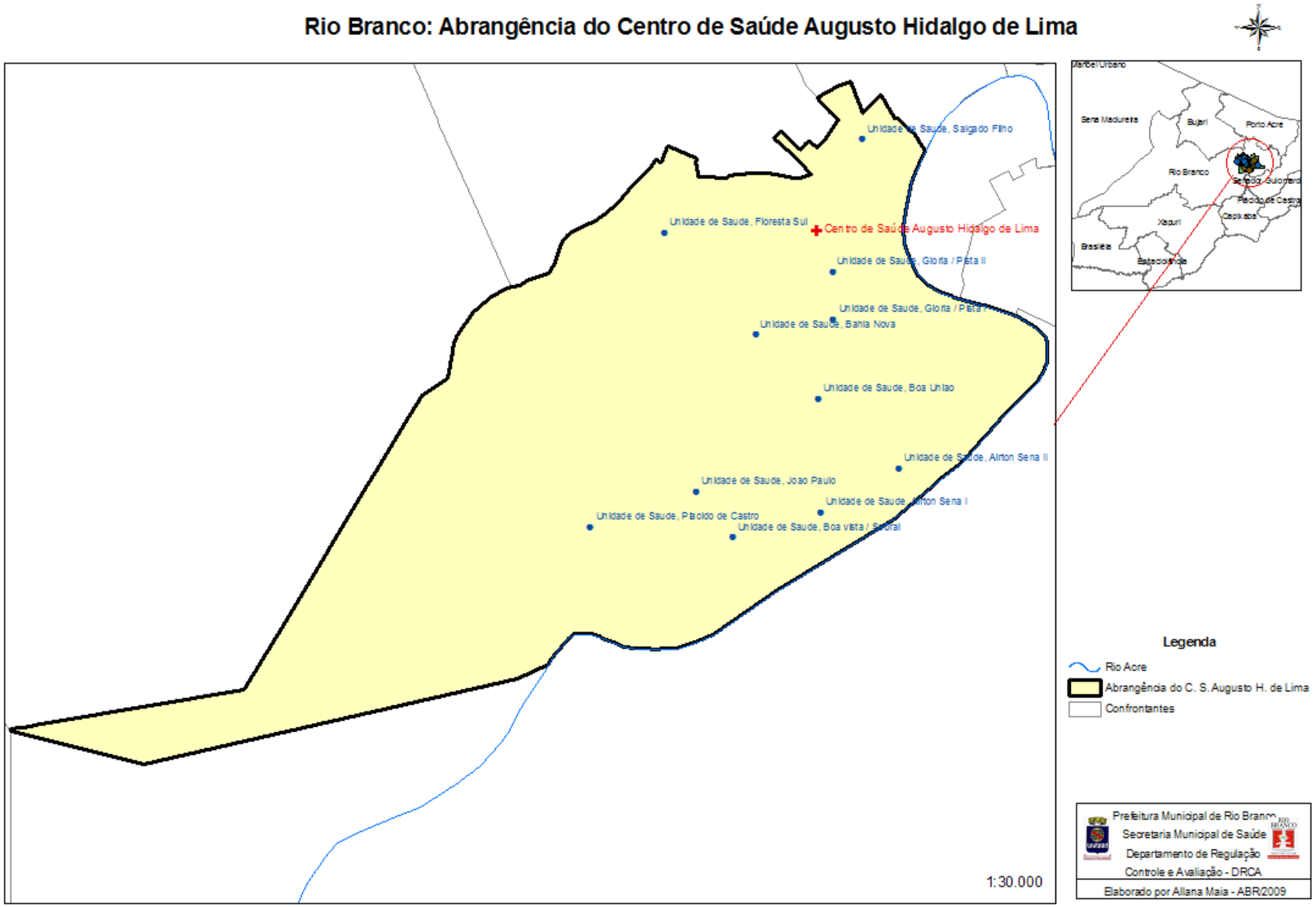
A experiência de campo deste estudo se concentrou em um Segmento de Saúde localizado na Região da Baixada do Sol, tendo como Unidade de Referência o Centro de Saúde Augusto Hidalgo de Lima, num total de onze equipes de saúde da família **(Figura 9) ,** destas apenas oito possui equipe de saúde bucal .O número de famílias cadastradas no PSF nesse segmento é de 7.000 famílias, perfazendo o total de 28.000 pessoas, o que corresponde a 56% dos moradores do local (segmento).

A pesquisa foi realizada em quatro Unidades de Saúde da Família: Boa Vista/sobral, Plácido de Castro, Glória Pista I e Salgado Filho todas possuem equipes de saúde Bucal. Portanto, as equipes possuem as seguintes categorias profissionais: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário, Agentes Comunitários de Saúde. Todos esses profissionais foram os sujeitos da pesquisa.

2.3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Este estudo foi desenvolvido no enquadre da abordagem qualitativa em uma perspectiva etnográfica. Segundo Victora et al(2000): Cada tipo de metodologia traz consigo um conjunto de pressupostos sobre a realidade, bem como um instrumental, composto por uma série de conceitos, pelo treinamento do olhar e por técnicas de observação da realidade e que na metodologia qualitativa . Parte-se do reconhecimento de que o mundo real só existe de fato, na medida em que nós tomamos parte dele e ele faz sentido para nós. E que a sociedade é constituída de uma multiplicidade de processos sociais que atuam simultaneamente, em temporalidades diferenciadas, compondo uma totalidade. Com relação às forças que atuam na realidade social, pressupõe-se que as sociedades se movimentam a partir de forças da ação individual e grupal, com uma predominância da ação grupal sobre a individual. É somente a partir desses pressupostos que podemos reconhecer e então recortar alguns micro processos e partir para investigá-los.

Figura 9 - Distribuição geográfica dos equipamentos municipais de saúde do Segmento do Centro de Saúde Augusto Hidalgo de Lima em Rio Branco- Acre.



> VICTORA et al (2000,p.37) dão as características básicas sobre os *métodos qualitativos*:
> (...) São úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre, permitindo a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo, sendo capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento e possibilitar a explicação de comportamentos;
> (...)As pesquisas são formuladas para fornecerem uma visão de dentro do grupo pesquisado. Trabalha-se com um elevado número de questões e busca-se estudar sempre um grupo pequeno de pessoas, escolhido de acordo com critérios definidos previamente conforme os objetivos do estudo;
> (...)Possibilita à compreensão da forma de vida das pessoas, as técnicas utilizadas permitem o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações não esperadas porque não seguem necessariamente um roteiro fechado;

Podemos afirmar que a pesquisa qualitativa se preocupa mais com o processo do que com o produto, sendo os dados descritivos, em que o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção pelo pesquisador.

A presente pesquisa se caracteriza mais especificamente como sendo de *perspectiva etnográfica*.

> "O método etnográfico é um conjunto de concepções e procedimentos utilizados tradicionalmente pela Antropologia para fins de conhecimento científico da realidade social (...). A abordagem etnográfica se constrói tomando como base a ideia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam(...). Partindo do princípio de que as regras que norteiam os comportamentos humanos não estão explícitas, o trabalho do pesquisador deve ser o de examinar detalhadamente os diversos aspectos da vida dos diferentes grupos sociais. Por isso, o trabalho de campo intensivo com observações *in loco* que nos conduz ao ponto de vista do sujeito investigado é importante; somente essa abordagem permite a construção do conhecimento baseado no confronto entre as nossas hipóteses e as nossas observações. O método etnográfico de pesquisa possibilita ao investigador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo as relações entre fenômenos específicos e uma determinada visão de mundo(...)" (VICTORA et all, 2000, p.53-54).

Para o desenvolvimento da presente pesquisa utilizou-se duas técnicas de coleta de dados: a observação participante e o grupo focal.

> Segundo VICTORA et all (2000,p.62-63):
>
> - Observação participante: Observar na pesquisa qualitativa, significa "examinar" com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo(...). É uma técnica que traz uma dualidade que se traduz na necessidade do pesquisador estar, ao mesmo tempo, distante e próximo do objeto de observação, ou seja, dentro e fora do evento observado. É necessário ainda, saber medir os efeitos da presença do observador na própria observação, o que é provavelmente o procedimento mais difícil e importante envolvido nesta técnica (...)
>
> - Grupo Focal: é uma entrevista em grupo (uma família, um grupo de amigo, entre outros) que é bastante comum em antropologia e que o fundamental, para o sucesso da técnica, é que exista um foco, isto é, um tópico a ser explorado(...)

As técnicas de registro de dados utilizadas foram: diário de campo nas observações e gravações nos grupos focais.

2.3.1. O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi realizado pela pesquisadora e por um auxiliar de pesquisa. Este passou por um período de treinamento acerca do objeto da investigação, do quadro teórico metodológico, principalmente das técnicas de coletas e registros das informações.

O contato com o Gestor municipal, com a Coordenação do Segmento de Saúde Augusto Hidalgo de Lima e com as Equipes de Saúde da Família, foi feito pela pesquisadora. No primeiro contato com as Equipes o auxiliar sempre acompanhava a pesquisadora, era agendada uma reunião com toda a equipe para o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, assim como a autorização do consentimento informado para a participação na pesquisa.

Após a realização desta primeira reunião, as observações iniciavam-se e eram registradas em um diário (caderno) de campo, num momento posterior seria efetuado o registro detalhado informatizado, em que as seções de observações de cada equipe tinham um arquivo próprio.

Foram realizadas várias horas de observações registrando a dinâmica do trabalho das equipes, tanto na unidade, durante o acolhimento da comunidade que procurava o serviço, quanto durante a realização das visitas domiciliares pelos profissionais.

O tempo e o número de dias e/ou horas de observação em cada serviço não foram definidos antecipadamente, pois se optou por encerrá-las quando detectado pela pesquisadora, que os eventos observados começavam a se repetir.

As observações foram realizadas em quatro Unidades de Saúde da Família: Unidade de Saúde da Família Boa Vista/Sobral; Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro; Unidade de Saúde da Família Salgado Filho; Unidade de Saúde da Família Glória Pista I, que serão identificadas na discussão e resultados como USF 1, USF 2, USF3 e USF 4, respectivamente.

Após o período de observação iniciava-se a segunda etapa da coleta de dados, o Grupo Focal por Equipe de Saúde da Família (ESF), que era dividida em três fases: convite a todos os profissionais da equipe com marcação de data, hora e local, preparação do encontro (elaboração do roteiro com questões abertas com definição do foco a ser explorado **(anexo 1),** gravador, organização do local); o dia do encontro com a realização das entrevistas em grupo e a transcrição das fitas.

Foram realizados quatro Grupos Focais, com a presença das seguintes categorias profissionais: 2 médicos, 3 Dentistas, 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, 4 Auxiliares de consultório dentário e 24 Agentes comunitários de Saúde.
Apesar de todos terem sido convidados, faltaram 02 médicos durante a realização do Grupo Focal de suas respectivas unidades.

Na análise do material empírico, os entrevistados serão identificados pelo respectivo número da Unidade de Saúde da Família e pelas letras correspondentes a cada profissão: médico – M; dentista- D; enfermeiro-E; técnico enfermagem- TE; auxiliar de Consultório dentário – ACD e agentes comunitários de saúde- ACS .

O trabalho de campo ocorreu no período entre agosto de 2008 e maio de 2009. Ressaltamos a receptividade e a colaboração dos profissionais de saúde envolvidos no estudo, para com a pesquisadora e o auxiliar de campo.

2.3.2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

O Procedimento adotado para a análise do material inicia-se com uma leitura e releitura de cada registro do diário de campo e das entrevistas dos grupos focais, até dominar o todo. Nesse processo foi elaborado um quadro síntese, ou seja, um esquema provisório de interpretação de cada relato a luz do referencial teórico.

Após essa leitura, procedemos a uma leitura horizontal do conjunto dos relatos e entrevistas por unidade e equipes de saúde da família, o que nos permitiu identificar núcleos temáticos ou categoria empíricas, que foram analisadas com base nas categorias de análise, formuladas no quadro teórico.

Foram identificadas as seguintes categorias:

- A desorganização do serviço e o processo de trabalho;
- O acolhimento na sala de espera;
- A referência e contra-referência;
- A oferta dos serviços *versus* necessidades da população;
- A legitimação do psf ou a porta de entrada está em outro lugar?

Assim, todos aqueles relatos e observações que traziam elementos ao necessário esclarecimento sobre quaisquer das dimensões das categorias analisadas neste estudo foram reunidos.

2.4. QUESTÃO ÉTICA

Foram realizados todos os procedimentos e normas estabelecidas para desenvolvimento de pesquisa, em observância às diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS, 1996)- TCLE (**Anexo 2**), submetendo o projeto da pesquisa ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Acre – UFAC **(anexo 3**) e posteriormente foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética da FSP/USP, conforme parecer (**Anexo 4).**

CAPITULO III - CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DO PSF DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO ANALISADAS NA PESQUISA

A Prefeitura Municipal de Rio Branco – Acre define em "Lei Orgânica Municipal" que:

As ações e os serviços de saúde realizados no Município integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde no âmbito do Município, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - comando único exercido pela Secretaria Municipal de Saúde ou equivalente;
II - integridade na prestação das ações de saúde;
III - organização de distritos sanitários com locação de recursos técnicos e práticos de saúde adequadas à realidade epidemiológica local.

E que os limites dos distritos sanitários referidos no inciso III constarão do Plano Diretor de Saúde e serão fixados segundo os seguintes critérios:

I - área geográfica de abrangência;
II - adscrição de clientela;
III - resolutividade de serviços à disposição da população.

A rede municipal está organizada em 13 segmentos (denominação local correspondente a um distrito sanitário de saúde), cada segmento possui um Centro de Saúde que funciona como referência para as Equipes de Saúde da Família em sua área de abrangência, num total de 56 Unidades de Saúde da Família (USF).

Ao expandir a implantação do PSF, através do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família- PROESF (2003 a 2008), a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, estabelece as seguintes diretrizes sobre o modelo de Atenção e Gestão do Sistema de Saúde Local:

- Quanto a Estrutura Física: foi definido que cada Equipe de Saúde da Família – ESF terá uma Unidade de Saúde da Família, por considerar satisfatório para a execução não só das diretrizes do programa como também para facilitar o trabalho dos profissionais por estar mais próximo da comunidade com mais qualidade nas ações por eles desenvolvidas;

- Quanto ao trabalho das equipes: as equipes não deverão apenas examinar e medicar o paciente, mas também orientá-lo sobre como transformar sua moradia em um lugar mais saudável. Em uma cidade como Rio Branco, onde a maior parte das áreas de periferia não possui rede de esgoto, nem água encanada, essa é uma tarefa fundamental;

- Quanto ao gerenciamento das unidades de saúde da Família: as unidades serão gerenciadas pelo (a) coordenador (a) do Segmento correspondente a sua área territorial. Os Coordenadores de segmentos estão subordinados hierarquicamente ao Departamento de Atenção a Saúde e será Assessorado pela Gerencia de Saúde Comunitária;

- As ESF terão responsabilidades em relação às ações de saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal, ao controle da tuberculose, da hipertensão e da diabetes, e à eliminação da hanseníase, de acordo com as prioridades definidas para a atenção básica e as outras levantadas pelo diagnóstico da realidade local (endemias, por exemplo);

- As equipes de saúde da família participarão da programação dos centros de saúde da área de abrangência a qual pertence, para assegurar a cobertura dos serviços de especialidade básica assim como a organização da referência e contra-referência, visando à efetividade dos serviços e satisfação da clientela;

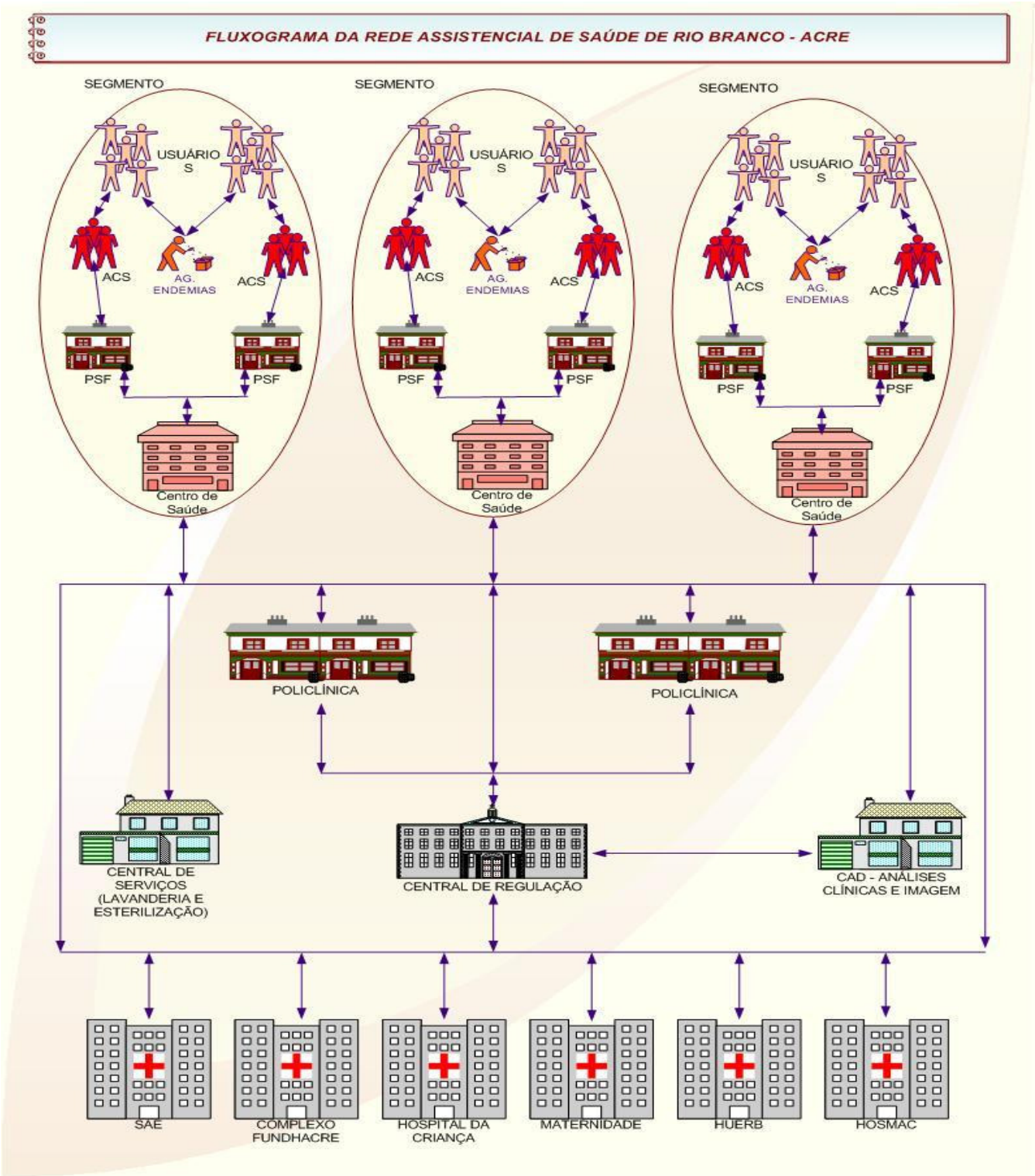
- A articulação com os níveis de atenção - o Sistema de Referência e Contra-referência: As Equipes de Saúde da Família têm a responsabilidade de resolver 85% dos problemas apresentados pela comunidade adscrita; os problemas não resolvidos deverão ser encaminhados para unidades de maior complexidade, e acompanhados pela equipe conforme descrição no quadro a seguir:

Quadro 3 - Articulação do Saúde da Família e os Serviços de Referência no Município de Rio Branco – Acre.

ÁREA DE ATENÇÃO	SERVIÇO DE REFERÊNCIA
Saúde da Mulher	CECON – Centro Estadual de Oncologia; Maternidade Bárbara Heliodora (MBH) e Hospital Santa Juliana (HPSJ – Hospital filantrópico) para atendimento das gestantes de risco;
Saúde da Criança	Hospital da Criança
Saúde do Adolescente	Fundação Hospital do Estado do Acre – FUNDHACRE
Saúde do Idoso	Hospital do Idoso – SISTEMA FUNDHACRE
Portadores de transtornos Mentais	Hospital de Saúde Mental do Acre – HOSMAC
Portadores de Hipertensão	Fundação Hospital do Estado do Acre – FUNDHACRE
Portadores de Diabetes Mellitus	Fundação Hospital do Estado do Acre – FUNDHACRE
Portadores de Tuberculose	Serviço de Atenção Especializada – SAE
Portadores de Hanseníase	Serviço de Atenção Especializada – SAE
Portadores de DST/AIDS	Serviço de Atenção Especializada – SAE
Urgência e Emergência	Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco- HUERB
Apoio Diagnóstico Terapêutico	Centro Municipal de Apoio e Diagnóstico – CAD LACEN – Laboratório Central FUNDHACRE

PROESF /SEMSA/2003

Figura 10 – Fluxograma da Rede Assistencial de Saúde do Município de Rio Branco-Acre, 2008.



Fonte: DRCA/SEMSA 2008

- Os pacientes serão encaminhados para os Serviços de Referencia e/ou de maior complexidade através de um encaminhamento por escrito (formulário específico) da Equipe de Saúde da Família para o serviço correspondente ou através do agendamento pelo Centro de Saúde de Referência.

– Na área de recursos humanos: contratar os profissionais que vão compor as ESF através de concurso público com atenção redobrada aos seguintes itens:

A) capacitação, ou seja, os treinamentos necessários para que sejam reorientadas as ações e práticas de acordo com as áreas prioritárias da atenção básica e o diagnóstico da realidade local;

B) supervisão e acompanhamento permanente nos aspectos técnicos e gerenciais para garantir o suporte necessário para superar os problemas que forem surgindo durante o desenvolvimento dos trabalhos.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO SEGMENTO DO CENTRO DE SAÚDE AUGUSTO HIDALGO DE LIMA

Este segmento tem como unidade básica de referência o Centro de Saúde Augusto Hidalgo de Lima, situado a Rua Tião Natureza nº 270, Bairro Palheiral. Este Segmento faz parte da Regional VI (a Prefeitura de Rio Branco, dividiu as áreas urbanas em sete Regionais). É formado por 16 bairros, com uma população de 50.000 pessoas, com uma média de renda mensal de 3,1 a 4,5 salários mínimos, tem 15 Associações de Bairros, 17 Escolas de Ensino Fundamental, 4 creches, 2 unidades de segurança pública, 1 Centro de Inclusão Social, 1 Centro Cultural, 1 Complexo poli esportivo, 1 Teatro Comunitário (Barracão do Matias). Possui beneficiários do Programa Bolsa Família: famílias em situação de pobreza cadastradas nesta regional é de 1.061 representando em 17% do total de 6.237 cadastradas e famílias de extrema pobreza é de 2.150 em um total de 11.163 famílias cadastradas.

De um modo geral, as Unidades de Saúde da Família do Segmento do Centro de Saúde Augusto Hidalgo de Lima, apresentam uma composição de equipe profissional compatível com aquela estabelecida pelo Ministério da Saúde, isto é, 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e uma média de 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No total são 11 equipes de Saúde da Família, e em oito USF há equipe de saúde bucal. As equipes de Saúde Bucal estão enquadradas na modalidade 1 (1 cirurgião dentista e 1 Auxiliar de Consultório Dentário). Todas as equipes de saúde bucal estão integradas a duas equipes de saúde da família, responsabilizando-se pela população total vinculada a estas ESF.

Em muitas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Rio Branco, o Médico está integrado em duas Unidades, ou seja, ele é cadastrado em uma unidade com uma carga horária de 40 horas, mas essas horas são divididas para atendimento nas duas USF, 4 h por unidade. Das 4 unidades estudadas, 2 apresentam essa característica.

Quanto ao horário de funcionamento das unidades, oficialmente é de 7h às 12h e das 14h às 17h. O acompanhamento, supervisão, monitoramento e avaliação dos trabalhos desenvolvidos no PSF são realizados pela coordenação do segmento, apoiada pelas Gerências Operacionais: de Atenção à Saúde, Saúde Comunitária, de Vigilância à Saúde e de Gestão de Pessoas. As atividades desenvolvidas pelos profissionais consistem naquelas já estabelecidas pelos manuais do Ministério da Saúde. Sendo que, a partir das especificidades locais, algumas ações são priorizadas, enquanto outras são realizadas de modo mais esporádico. Assim, segundo relatórios das oficinas de avaliações realizadas pelo Departamento de Regulação, Controle e Avaliação (DRCA) da SEMSA 2008, todas as unidades do Segmento de Saúde do Centro de Saúde do Hidalgo, as ações realizadas pelas equipes do PSF (que caracterizam oferta) são as seguintes: Atendimento clínico individual (médico, odontológico e do/a enfermeiro/a); atendimento em grupo; visitas domiciliares; curativos; imunização; aplicação de injeções; nebulização; fornecimento de Medicação; reuniões educativas com a comunidade; pré-natal; consulta puerperal; citologia oncótica (exame preventivo de câncer de colo uterino); triagens (para a demanda espontânea); reuniões internas administrativas; consolidação mensal dos relatórios de atendimentos diários.

3.2. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOA VISTA SOBRAL

Localizada na Rua Liberdade, nº. 179 – Bairro Sobral, a unidade foi implantada em 2001. A unidade funciona em um imóvel alugado (uma residência com ambientes internos adaptados com divisórias), com horário de atendimento de segunda a sexta-feira, no horário das 7h até as 12h e de 14h até as 17h. O total de famílias cadastradas na unidade, em 2009, é de 892 famílias correspondente a 3.835 pessoas**. (Figura 11)**

A estrutura física da unidade é composta por:

1 pequena varanda;
1 sala de espera (recepção)- onde funciona também a pré-consulta;
1 farmácia;
1 sala de vacina;
1 sala para consulta individual;
1 consultório odontológico;
1 sala de curativo;
2 banheiros (sendo 1 para os usuários e outro para os profissionais); e
1 copa.

A sala de espera, improvisada na varanda da casa, tem um jogo de três cadeiras conjugadas, um banco de madeira para 6 pessoas , uma balança adulta , uma balança pediátrica,2 armários de aço de duas portas que separa a sala de espera da sala de pré-consulta.A sala de pré-consulta tem uma mesa com uma cadeira para a recepcionista e outra para o cliente, 3 armários de arquivos de aço, onde ficam os prontuários das famílias cadastradas, enumerados e organizados por microáreas dos ACS, tendo caixas para arquivar por ordem alfabética os prontuários dos usuários não cadastrados na unidade, que recebem uma denominação local de “fora de área – FA”. No mesmo espaço da pré-consulta funciona também a copa **(Figura 12).**

Na parede e nos armários tem cartazes sobre amamentação, como prevenir contra a tuberculose, leptospirose, tabagismo, direitos sexuais e reprodutivos.

FIGURA 11

N
W
E
S
Unidade de Saúde da Família
Boa Vista/Sobral
MA 01
Nº de Famílias 120
MA 02
Nº de Famílias 145
MA 03
Nº de Famílias 140
MA 04
Nº de Famílias 145
MA 05
Nº de Famílias 139
MA 06
Nº de Famílias 140
Estrada da Sobral
Rua Raimundo H. de Melo
Rua Teotônio Vilela
Rua Giocondo
Rua João Gomes
Rua Campo Novo
Rua Liberdade
Rua João Amâncio
Rua Carlos Alberto Lopes
Rua Areal do Amapa
Rua dos Operários
Rua Nabor Júnior
Rua Major Guilter
Rua Beija-Flor
Tv Beija-Flor
Rua do Futuro
Rua São José
Rua Santo Antonio
Rua da Torre
Estação de
Tratamento de Água
Rio Acre
PREFEITURA MUNICIPAL DE
RIO BRANCO/SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE
RIO
BRANCO
AQUI É MEU LUGAR
DRCA
DRCA
Departamento de Regulação
Controle e Avaliação
Chefe da Divisão de Avaliação
Ana Cristina M.S. Carvalho
Criação e Execução
Paulo Renato Noronha Dantas
Legenda
Escola
USF- Boa Vista / Sobral
Igreja
Terreno Baldio
Residências
Apartamentos
Comércios
Sanacre
Limitação de Áreas
SEG 07 Área 031 Total de Famílias 829

Figura 12 –Foto da Sala de espera e de pré-consulta da Unidade de Saúde da Família de Boa Vista Sobral

As atividades desenvolvidas são: atendimento clínico individual (médico odontológico e do/a enfermeiro/a); visitas domiciliares; curativos; imunização; aplicação de injeções; nebulização; fornecimento de Medicação; Pré-natal; consulta puerperal; exame preventivo de câncer de colo uterino; triagens (para a demanda espontânea).

Durante o período das observações de campo a sala de vacina e o consultório odontológico não estavam funcionando, pois estava ocorrendo um problema na rede elétrica. Por isso, as atividades de vacinação e atendimento clínico odontológico estavam suspensas.

Os materiais educativos disponíveis observados são poucos e abordam os seguintes temas: controle da Dengue, controle da Tuberculose, exame preventivo do câncer do colo uterino e de mama e DSTs – AIDS.

A unidade não possui um painel de informações contendo: Horário de atendimento da unidade de saúde; mapa da área de abrangência e relação de ruas; Relação nominal de profissionais e respectivos setores e horários de trabalho; Relação de serviços oferecidos, com especificação dos dias e horários (coleta de exames

laboratoriais, grupos, etc.), além daqueles serviços que funcionam em período integral (vacinas, coleta de papanicolau, etc.); data/horário/local de atividades coletivas e reuniões com a comunidade; mapa da área de abrangência e relação de ruas de todos os ACS, identificando nominalmente os profissionais de referência; dados de produção: informações e indicadores de saúde.

A equipe de saúde tem a seguinte composição profissional: 1 médico, 1enfermeiro, 1 técnico de enfermagem (TE), 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário (ACD), 01 auxiliar de serviços gerais e 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses profissionais, atualmente, a unidade conta com uma recepcionista (uma ACS que por motivo de doença foi determinada a exercer essa nova função), os quais participam integralmente de todas as atividades da unidade, todos os profissionais são contratados pela prefeitura com carga horária semanal de 40 horas, exceto a médica que atende em duas unidades, ou seja, ela tem que cumprir 20h semanais por unidade.

O Médico atende apenas em um período, às vezes pelo período matutino, às vezes pelo verpertino, pois também atende em outra USF do Segmento.

A equipe de saúde bucal, além dessa unidade, cobre a área da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro, comportando-lhe, portanto, a responsabilidade pela saúde de um total de 6.991 pessoas, o que, de início, já demonstra a incapacidade desta equipe de atender a todas as demandas advindas dos dois territórios.A organização interna do processo de trabalho dos profissionais, conforme as anotações de campo deste estudo ajustam-se às condições de espaço físico e de disponibilidade de recursos humanos na unidade. Isto em algumas ocasiões pode se constituir em tarefa bastante difícil, quando, por exemplo, os profissionais não cumprem horários ou faltam e quando os serviços de rotina não estão disponíveis.

As consultas de enfermagem são agendadas pelo próprio enfermeiro e pela recepcionista. O agendamento das consultas médicas é realizado pela recepcionista de um dia para o outro, em que o número de vagas é 12 para as famílias adstritas, 2 para fora de área e 2 para emergência. As consultas odontológicas são agendadas pelos ACS, sendo que alguns “encaixes” são realizados pela equipe de saúde bucal quando há uma necessidade “mais urgente” identificada por qualquer dos profissionais. São 10 vagas

para o tratamento bucal dito “tratamento completado” (o dentista só abre nova vaga quando completa o tratamento de todas as necessidades do usuário). E diariamente tem 02 vagas para casos de emergência.

Os agentes comunitários de saúde realizam suas atividades, na maioria das vezes, nos domicílios, visto que, entre suas atribuições específicas, estão os contatos diários com os usuários em seus domicílios para orientações e acompanhamento às famílias. Entretanto, nos dias em que há consultas médicas, os ACS fazem um rodízio na unidade para auxiliar o médico na organização dos pacientes e na definição das prioridades.

As visitas domiciliares as famílias, ocorrem com uma frequência mínima de uma vez ao mês. Esta pode ser maior se na família houver uma pessoa que requeira atenção especial, como idoso acamado, criança desnutrida, os portadores de diabetes, hipertensão arterial ou outro tipo de doença crônica.

As informações dos relatórios do Sistema de Informação em Atenção Básica, referente ao primeiro trimestre de 2009, em relação às visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS são as seguintes:

Tabela 4- Número de famílias cadastradas por Agente Comunitário de Saúde, nº de visitas domiciliares e a média mensal de visitas da Unidade de Saúde da Família Boa Vista Sobral, no Município de Rio Branco-Acre, 1º trimestre de 2009.

ACS	Nº FAMÍLIAS CADASTRADAS	VISITAS JAN	VISITAS FEV	VISITAS MARÇO	MÉDIA VISITAS
1	134	220	50	80	116,66
2	157	48	197	171	138,66
3	147	121	103	-	74,66
4	163	40	89	86	71,66
5	165	66	191	149	135,33
6	126	80	112	98	96,66
TOTAL	**892**	**575**	**742**	**584**	**633,66**

SIAB/SEMSA/1ºTRIMESTRE 2009

Observou-se que a média de visitas por agente, no trimestre, não atinge o esperado, uma vez que o ACS tem que visitar as famílias de seu território (micro área), pelo menos uma vez por mês por domicilio. Podemos sugerir que isto acontece devido: a falta de compromisso dos profissionais, a falta de uma supervisão ou o despreparo de alguns profissionais para desenvolver suas atribuições. Outro aspecto importante a ser considerado é que há um número relevante de pessoas na área adstrita que necessitaria de mais de uma visita mensal, no caso, por exemplo: são 81 hipertensos cadastrados na área e precisariam de maior assistência.

Este fato se comprovou quando na etapa da observação de campo das Visitas Domiciliares, tivemos muita dificuldade, perdemos muito tempo e algumas vezes tivemos que agendar com os ACS para podermos registrar as visitas domiciliares, se estas ocorressem de forma rotineira não teríamos enfrentado tal obstáculo.

3.3. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PLÁCIDO DE CASTRO

Localizada na Rua Iolanda Lima, nº 484, no Bairro Plácido de Castro, a unidade foi implantada em 2001, o imóvel é alugado, o horário de funcionamento é todos os dias,de segunda a sexta-feira, no horário das 7h até as 12h e de 14h até as 17h. Segundo o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), o total de famílias cadastradas na unidade, em 2009, é de 734 famílias perfazendo um total de 3.156 pessoas **(Figura 13).**No módulo Plácido de Castro, as salas são limpas e arejadas, a pintura é nova, pois foi recém reformado. A estrutura física da unidade é composta por: 1 sala de espera(recepção – que funciona na varanda); 1 sala de pré consulta; 1 farmácia; 1 sala de vacina, 1 consultório de enfermagem; 1 consultório médico; 1 sala de curativos (desativada); 2 banheiros (sendo 1 para os usuários e outro para os profissionais) e 1 copa.

Os serviços disponíveis nesta unidade, conforme observações e relato dos profissionais são:

- Consulta médica;
- Consulta de enfermagem;
- Agendamento odontológico (o consultório é na outra USF);
- Visitas domiciliares;
- Imunização;

- Aplicação de injeções;
- Nebulizações;
- Fornecimento de medicações;
- Pré-natal;
- Coleta de exame preventivo de câncer do colo do útero;
- Reuniões educativas com a comunidade;
- Consulta puerperal;
- Triagens (para a demanda espontânea);
- Reuniões internas administrativas;
- Acompanhamento das famílias inscritas no "bolsa família";
- Consolidação mensal dos relatórios de atendimentos diários.

Na sala de espera (na varanda da casa) tem 2 bancos de 5 lugares, uma mesa com 3 cadeiras, cartazes na parede abordando temas como: ouvidoria municipal, DST's/AIDS, vacinação e Dengue **(Figuras 14 e 15).**

A unidade não possui painéis informativos sobre o horário de atendimento, os serviços disponíveis, relação dos profissionais com seus respectivos horários; data/horário/local de atividades coletivas e reuniões com a comunidade; mapa da área de abrangência e relação de ruas de cada ACS, identificando nominalmente os profissionais de referência.

Encontramos apenas alguns avisos na sala de espera:

Atenção!
A liberação de qualquer medicamento da farmácia será realizada mediante receita onde devera constar; assinatura, profissão e número de registro no conselho de classe do profissional responsável.

Aviso:

O paciente que agendar consulta médica deverá está presente no ato da pré-consulta, caso contrário perderá a vez.

Atenção! *Todas as segundas-feiras atendimento médico preferencial para idosos, hipertensos e diabéticos***.**

FIGURA 13

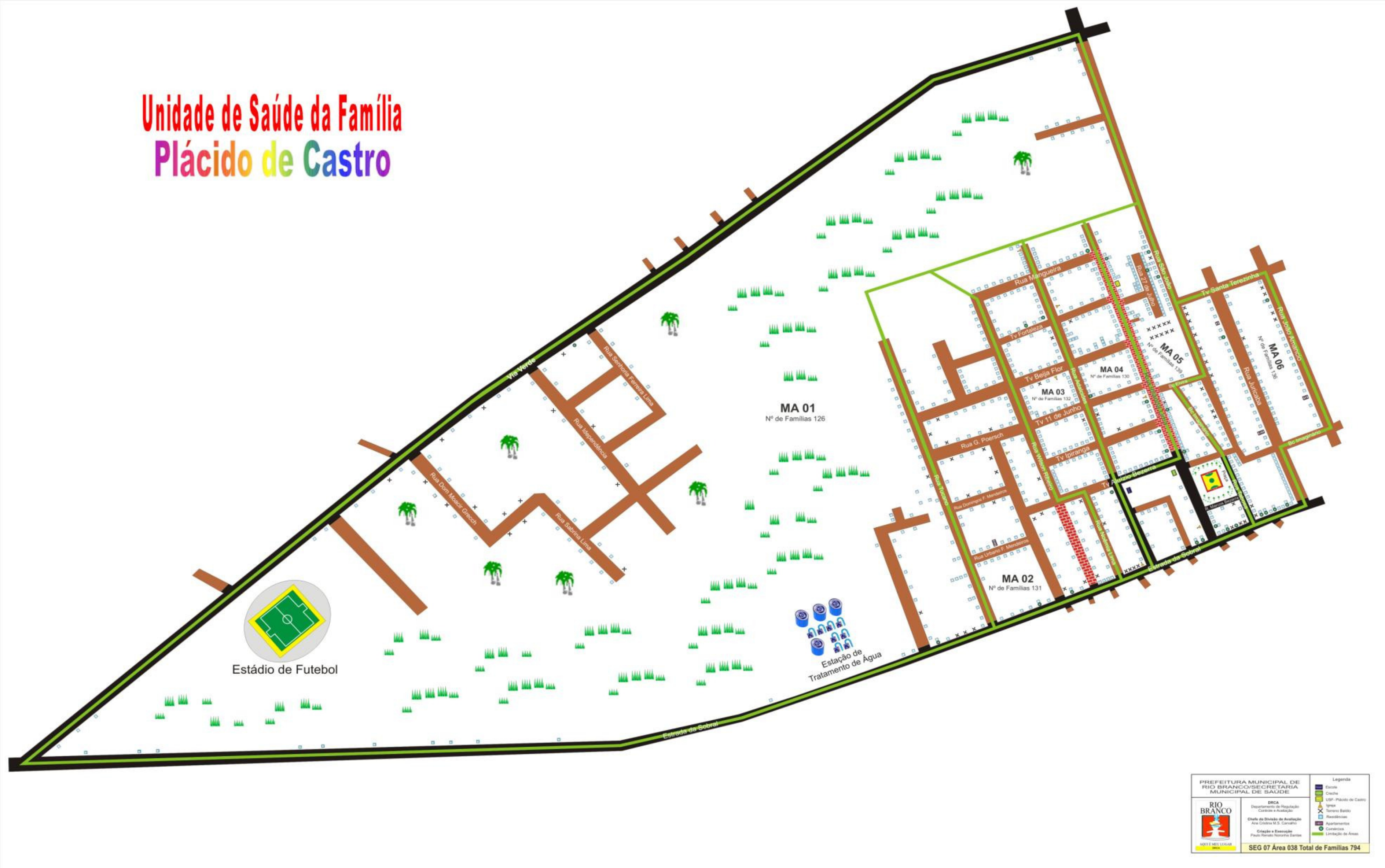

Unidade de Saúde da Família
Plácido de Castro
MA 01
Nº de Famílias 126
MA 02
Nº de Famílias 131
MA 03
Nº de Famílias 132
MA 04
Nº de Famílias 130
MA 05
Nº de Famílias 139
MA 06
Nº de Famílias 136
Estádio de Futebol
Estação de Tratamento de Água
Via Verde
Estrada da Sobral
Rua Independência
Rua Sabrina Lima
Rua Dom Moacir Grecch
Rua Senhorinha Ferreira Lima
Rua Mangueira
Rua G. Poersch
Rua Wilson Ribeiro
Tv Beija Flor
Tv 11 de Junho
Tv Ipiranga
Tv Fortaleza
Tv Santa Terezinha
Rua João Amâncio
Rua Juncaba
Rua São João
Rua 27 de Julho
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RIO BRANCO
AQUI É MEU LUGAR
DRCA
Departamento de Regulação Controle e Avaliação
Chefe da Divisão de Avaliação
Ana Cristina M.S. Carvalho
Criação e Execução
Paulo Renato Noronha Dantas
Legenda
Escola
Creche
USF - Plácido de Castro
Igreja
Terreno Baldio
Residências
Apartamentos
Comércios
Limitação de Áreas
SEG 07 Área 038 Total de Familias 794

Figura 14-Fotos dos Tipos de Cartazes nas paredes da sala de espera da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro.

Figura 15 – Fotos da Sala de espera, sala de pré-consulta e parte interna da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro

A equipe de saúde tem a seguinte composição profissional: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem (TE), 1 auxiliar administrativo, 6 agentes comunitários de saúde (ACS) 1 auxiliar de serviços gerais. A Equipe de Saúde Bucal cadastrada na USF Boa Vista Sobral atende a demanda desta unidade.O médico atende um período apenas , pois em outro período atende no Centro de Saúde de Referência.

O atendimento na unidade começa pela recepção, seja para a demanda agendada, seja para a demanda espontânea. Ao receber o usuário, a recepcionista informa-se sobre sua necessidade. Se estiver agendado para o médico ou enfermeira, ela separa e organiza os prontuários por ordem de chegada enquanto o usuário aguarda o início do atendimento na sala de espera. Se a demanda é espontânea para médico ou enfermeira, a recepcionista encaminha o usuário para a triagem com o técnico de enfermagem, que vai proceder aos encaminhamentos necessários. Se for para o atendimento com o Técnico de Enfermagem ela também controla o atendimento.

Os agentes comunitários de saúde realizam suas atividades, na maioria das vezes, fora do espaço físico da unidade, visto que, entre suas atribuições específicas, estão as visitas domiciliares. Mas em alguns momentos exercem atividade na unidade. Dentro da USF suas atividades são basicamente: entregar medicamentos, organizar os prontuários e separá-los para os profissionais quando há atendimento aos usuários de suas respectivas áreas e receber os usuários quando estes os procuram para marcar consultas (geralmente no início e no fim do expediente).

Segundo dados do SIAB (Sistema de Informação em Atenção Básica) referentes ao primeiro trimestre de 2009, a Unidade Plácido de Castro apresentou as seguintes quantidades de visitas domiciliares:

Tabela 5 - Número de famílias cadastradas por Agente Comunitário de Saúde, nº de visitas domiciliares e a média mensal de visitas da Unidade de Saúde da Família Plácido de Castro no Município de Rio Branco-Acre, 1º trimestre de 2009.

ACS	Nº FAMÍLIAS CADASTRADAS	VISITAS JAN	VISITAS FEV	VISITAS MARÇO	MÉDIA VISITAS
1	136	40	-	130	56,6
2	131	160	142	176	159,3
3	90	176	140	136	150,6
4	146	180	69	114	121,0
5	99	100	100	153	117,6
6	132	176	112	142	143,3
TOTAL	**734**	**832**	**563**	**1414**	**748,4**

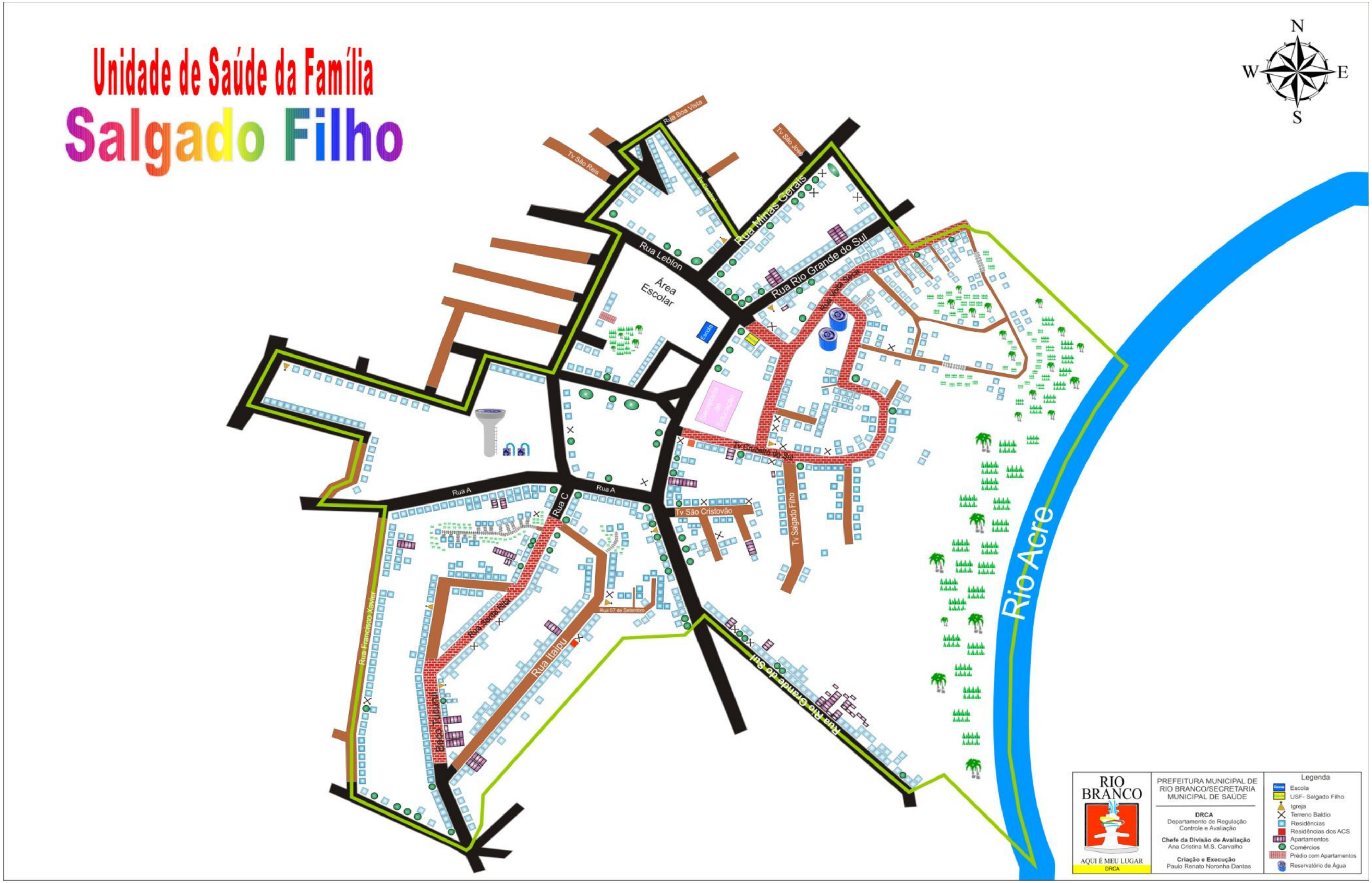
SIAB/SEMSA/1ºTRIMESTRE 2009

A média de visitas realizadas por dia pelos ACS varia de 2,6 a 7,8. Ou seja, nenhum ACS cumpre a quantidade mínima estabelecida que é de 08 visitas diária por família e se considerarmos que na área há domicílios que necessitariam de mais de uma visita por mês, como no caso dos hipertensos (106 cadastrados), diabéticos (24 cadastrados), comprova-se que as visitas domiciliares estão bem abaixo do esperado.

3.4. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SALGADO FILHO

Localizada na Rua Leblon, n.º 47, Bairro Volta Seca, a unidade foi implantada em 2004, o imóvel é alugado. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, no horário das 7h até as 12h e de 14h até as 17h. Segundo o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), o total de famílias cadastradas na unidade, em 2009, é de 726 famílias perfazendo um total de 3.121 pessoas **(Figura 16).**

FIGURA 16


Unidade de Saúde da Família
Salgado Filho
N
S
W
E
Rua Boa Vista
Tv São Reis
Tv São José
Rua Minas Gerais
Rua Lebion
Área Escolar
Rua Rio Grande do Sul
Escola
Rua A
Rua C
Tv Cruzeiro do Sul
Tv São Cristovão
Tv Salgado Filho
Rua 07 de Setembro
Rua Itaipu
Rua Francisco Xavier
Rua Rio Grande do Sul
Rio Acre
RIO BRANCO
AQUI É MEU LUGAR
DRCA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DRCA
Departamento de Regulação Controle e Avaliação
Chefe da Divisão de Avaliação
Ana Cristina M.S. Carvalho
Criação e Execução
Paulo Renato Noronha Dantas
Legenda
Escola
USF- Salgado Filho
Igreja
Terreno Baldio
Residências
Residências dos ACS
Apartamentos
Comércios
Prédio com Apartamentos
Reservatório de Água

A estrutura física da unidade é composta por: 1 sala de espera (recepção); 1 sala de pré consulta; 1 farmácia; 1 sala de vacina, 1 consultório de atendimento individual (utilizada pela médica e enfermeira); 1 consultório odontológico, 1 sala de almoxarifado ; 2 banheiros (sendo 1 para os usuários e outro para os profissionais) e 1 copa.

Os espaços dos corredores são utilizados como sala de espera para os atendimentos, tem 3 jogos de cadeiras conjugadas e 1 bebedouro. Tem cartazes educativos na parede da frente da Unidade e nos corredores e todas as portas das salas tem identificação.

A Unidade possui o seguinte cronograma no mural da sala de administração:

2 ª feira:

Consulta médica/atendimento em geral/consulta de enfermagem /consulta odontológica/ orientações diversas/ e atendimentos de farmácia, a verificação de PA, nebulização e outros;

3ª feira:

Consulta médica para idosos, hipertensos e diabéticos/consulta de enfermagem/consulta odontológica/orientações diversas e atendimentos de farmácia, nebulização/ verificação de PA e outros.

4ª feira:

Consulta médica para criança / e consulta de enfermagem (controle de crianças) /consulta odontológica/orientações diversas e atendimentos de farmácia, verificação de PA, nebulização e outros.

5ª feira: Consulta médica /consulta de enfermagem – resultado de PCCU e pré-natal/consulta odontológica/orientações diversas/e atendimento de farmácia, verificação de PA, nebulização e outras.

6ª feira: Consulta de enfermagem – coleta de PCCU / consulta odontológica / orientações diversas/ e atendimentos de farmácia, verificações de PA, nebulização e outros.

OBS.: Para melhor atendimento, solicitamos em toda consulta a apresentação da:

- ⇨ Carteira de identidade (para os adultos);
- ⇨ Carteira de vacina (para crianças) e ou;
- ⇨ Cartão da família.

ATENÇÃO: Não temos sala de curativo.

O aviso de não ter consulta médica está “direto” na recepção:

-

AVISO
Hoje não haverá consulta médica.
À direção

Figura 17- Fotos da Parte da frente da Unidade de Saúde da Família Salgado Filho e a disposição dos cartazes nas paredes.

Conforme se pode observar no quadro de aviso, a maioria das atividades da equipe situasse no campo da assistência, sendo poucas as atividades nas quais as ações educativas em grupo e de promoção à saúde estão incluídas.

Apesar de ter um mural com a lista de atividades e serviços disponíveis na unidade, não estão especificados os horários e a relação nominal dos profissionais responsáveis pelos setores e serviços.

Tem 1(uma) equipe de saúde com os seguintes profissionais: 1 médica, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem (TE), 1 Dentista, 1 Auxiliar de Consultório Dentário- ACD, 6 agentes comunitários de saúde (ACS) e 1 auxiliar de serviços gerais. A Equipe de Saúde Bucal atende a demanda de outra unidade.

As consultas de enfermagem são agendadas pela enfermeira ou técnica de enfermagem, embora algumas consultas de pré-natal e PCCU sejam agendadas pelos ACS. O agendamento das consultas médicas é feito pela técnica ou ACS (que estiver no trabalho interno da unidade) por demanda espontânea e por ordem de chegada. As consultas odontológicas são agendadas pelos ACS conforme as vagas determinadas pelo CD e ACD.

Ao receber o usuário, a técnica de enfermagem ou ACS, ouvi sua necessidade e encaminha para o setor responsável, se for para marcação de consultas médica ou de enfermagem, a técnica agenda, separa o prontuário, faz a pré-consulta e organiza por ordem de chegada e acompanha todo o processo de atendimento. Se a demanda agendada é para o dentista, ela encaminha o usuário direto para a equipe de saúde bucal, que vai organizar os prontuários segundo a ordem de chegada dos usuários. Se a demanda é espontânea para o dentista, o usuário também é encaminhado para a triagem com a Auxiliar de Consultório Dentário, que procederá aos encaminhamentos necessários.

As visitas domiciliares estão irregulares, com o número bem abaixo do esperado, a média de visitas/ dia por ACS, apresenta os seguintes resultados no primeiro trimestre de 2009, segundo o SIAB/SEMSA /2009:

- ACS 1 - janeiro = 5,7 fevereiro = 0 março= 0
- ACS 2 - janeiro = 6,0 fevereiro = 0 março= 5,1
- ACS 2 - janeiro = 4,6 fevereiro = 0 março= 6,8
- ACS 2 - janeiro = 5,5 fevereiro = 0 março= 4,6
- ACS 2 - janeiro = 5,9 fevereiro = 0 março= 4,7
- ACS 2 - janeiro = 6,5 fevereiro = 0 março= 5,0

O número de visitas esperado é no mínimo 08 (oito) visitas domiciliares por dia, ou seja, o ACS deve visitar as famílias de seu território (micro área) pelo menos 01 (uma) vez ao mês e naquelas famílias com crianças desnutridas, de baixo peso ao nascer, com idosos acamados, com hipertensos e diabéticos, o ACS deve visitar mais de 01 vez ao mês.

3.5. UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA GLÓRIA PISTA I

Localizada na Rua F, nº 14 - Bairro Bahia Velha, a unidade foi implantada em 2001, o imóvel é alugado e adaptado. A unidade funciona todos os dias, de segunda a sexta-feira, no horário das 7h até as 12h e de 14h até as 17h. O total de famílias cadastradas na unidade em 2009 é de 845 famílias correspondente a 3.633 pessoas **(Figura18).**

A estrutura física da unidade é composta por:

1 sala de espera (recepção);

1 sala de pré-consulta;

1 fármácia;

1 sala de vacina;

1 consultório médico;

1 consultório de enfermagem;

1 consultório odontológico;

1 sala de curativo;

2 banheiros (sendo 1 para os usuários e outro para os profissionais); e

1 copa.

Figura 19 –Fotos da Sala de espera, sala de pré-consulta e localização dos cartazes no módulo de Saúde da Família Glória Pista I

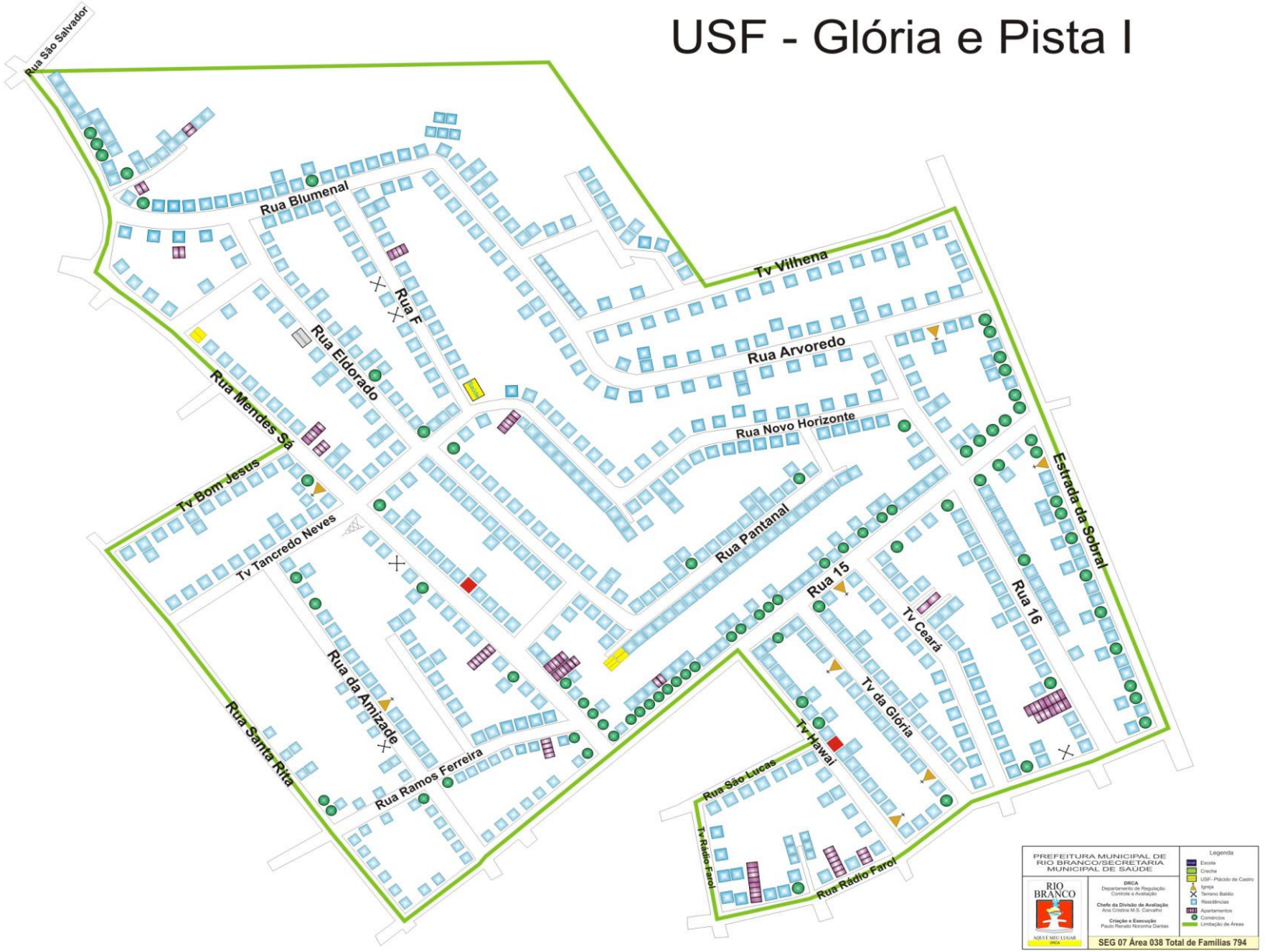
Figura 20 – Fotos da Sala da Pré-consulta, espaço de reuniões e de atividades educativas, no corredor interno vários murais, mapas das microáreas desatualizados e informativos da Unidade de Saúde da Família Glória Pista I**.**

Na sala de espera tem um banco para 5 pessoas e 1 jogo de cadeiras de três assentos. Na sala da pré-consulta tem 1balança adulta e 1 pediátrica, uma mesa com 2 cadeiras, 3 arquivos de aço com 4 gavetas para arquivo dos prontuários das famílias por microáreas dos ACS e tem 1 bebedouro.

A Unidade possui murais que ficam na parte interna (no corredor de acesso as salas) que contém apenas avisos internos de reuniões e o mapeamento da área com as microáreas delimitadas por ACS e com os respectivos nomes dos mesmos (desatualizado). Não tem informações sobre os serviços e nem as especificações dos dias, horários das atividades por setores e profissionais.

A equipe de saúde tem a seguinte composição profissional: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem (TE), 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário (ACD), 1 recepcionista (ACS que por motivo de doença foi remanejada pela gestão para realizar serviços administrativos), 6 agentes comunitários de saúde (ACS) e 1 auxiliar de serviços gerais.Todos os profissionais são contratados pela prefeitura com carga horária semanal de 40 horas, exceto o médico que atende em duas unidades, ou seja, tem que cumprir 20 h semanais por unidade.

FIGURA 18


USF - Glória e Pista I
Rua São Salvador
Rua Blumenal
Rua F
Rua Eldorado
Rua Mendes Sá
Tv Vilhena
Rua Arvoredo
Rua Novo Horizonte
Tv Bom Jesus
Tv Tancredo Neves
Rua Pantanal
Rua 15
Tv Ceará
Rua 16
Estrada da Sobral
Rua da Amizade
Rua Santa Rita
Rua Ramos Ferreira
Tv da Glória
Tv Havaí
Rua São Lucas
Tv Rádio Farol
Rua Rádio Farol
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RIO BRANCO
AQUI É MEU LUGAR
DRCA
Departamento de Regulação Controle e Avaliação
Chefe da Divisão de Avaliação
Ana Cristina M.S. Carvalho
Criação e Execução
Paulo Renato Noronha Dantas
Legenda
Escola
Creche
USF- Plácido de Castro
Igreja
Terreno Baldio
Residências
Apartamentos
Comércios
Limitação de Áreas
SEG 07 Área 038 Total de Famílias 794

A equipe de saúde bucal, além dessa equipe, cobre a área da Unidade de Saúde da Família Glória Pista II, comportando-lhe, portanto, a responsabilidade pela saúde de um total de 6.896 pessoas, o que, de início, já demonstra a incapacidade desta equipe de atender a todas as demandas advindas dos dois territórios.

O atendimento na unidade começa pela recepção, seja para a demanda agendada, seja para a demanda espontânea. Ao receber o usuário, a recepcionista informa-se sobre sua necessidade. Se estiver agendado para o médico ou enfermeira, ela separa e organiza os prontuários por ordem de chegada enquanto o usuário aguarda o início do atendimento na sala de espera. Se a demanda é espontânea para médico ou enfermeira, a recepcionista encaminha o usuário para a triagem com a técnica de enfermagem, que vai dá os encaminhamentos necessários. Se for para o atendimento com o Técnico de Enfermagem ela também controla o atendimento. Se a demanda agendada é para o dentista, ela encaminha o usuário direto para a equipe de saúde bucal, que vai organizar os prontuários segundo a ordem de chegada dos usuários. Se a demanda é espontânea para o dentista, o usuário também é encaminhado para a triagem com a Auxiliar de Consultório Dentário, que procederá aos encaminhamentos necessários. A recepcionista também auxilia a Técnica de Enfermagem na pré – consulta , com verificação de medidas (peso, altura) e verificação de Pressão Arterial.

Segundo dados do SIAB durante o 1º TRIMESTRE/ 2009 o número de visitas domiciliares por mês realizadas por ACS , foram:

- **ACS 1** - janeiro = 4,8 fevereiro = 3,6 março= 4,2
- **ACS 2** - janeiro = 2,3 fevereiro = 5,0 março= 4,5
- **ACS 3** - janeiro = 2,6 fevereiro = 4,0 março= 3,8
- **ACS 4** - janeiro = 0 fevereiro = 4,5 março= 2,9
- **ACS 5** - janeiro = 3,5 fevereiro = 4,4 março= 2,4
- **ACS 6** - janeiro = 1,1 fevereiro = 2,6 março= 3,5

Como a principal atribuição dos ACS é estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe através das visitas domiciliares,

esta unidade está aquém do esperado, pois os ACS não estão realizando o mínimo de 08 visitas diárias por mês.

3.6. SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA ESTUDADAS

De modo geral as quatro unidades estudadas apresentam a mesma composição de equipe profissional (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde). Em 3 unidades há uma recepcionista que auxilia nos trabalhos administrativos e de acolhimento das pessoas. Em todas as unidades há equipe de saúde bucal, sendo que apenas em 3 unidades tem o consultório odontológico. A unidade Plácido de Castro é atendida pela Equipe de Saúde Bucal do Boa Vista Sobral, o que dificulta o acesso da população a esse serviço, pois além do número reduzido de vagas a distância de uma unidade para outra chega a ser de 2 km. Na percepção da enfermeira da USF Plácido de Castro, um fator que prejudica a comunidade é que, na unidade que tem consultório a ESB atende maior número de pessoas do seu próprio território:

"eu acho que não deveria ter uma equipe de saúde bucal para duas USF, acho que isso prejudica muito, eu já trabalhei em uma outra unidade em que o consultório odontológico era na equipe do módulo que eu trabalhava e era totalmente diferente, a interação, o coleguismo muito mais do que a distância que ele tem conosco, que era com a outra USF, então a gente ver que enquanto ele atendia cem, na equipe que ele atua, que tem consultório odontológico, ele atendia a metade, da outra comunidade , eu acho isso uma falha e quando vem vagas pra meninas (ACS) é sempre em pequenas quantidades ..." (Enfª USF 2)

As 03 ESB durante o período da pesquisa realizaram trabalhos educativos nas Escolas de Ensino Fundamental em suas áreas de abrangência. Com atividades de Aplicação de flúor, palestras e escovações.

Das quatro unidades, em apenas 01 USF o médico tem suas 40 horas a disposição, mas mesmo assim observou-se o não cumprimento da carga horária. Os médicos atendem por agendamento de 15 a 16 fichas diárias que após o término das

consultas se ausentam das unidades, o que dificulta o vínculo com a comunidade e com a equipe. E o mais grave, é que os médicos adéquam o horário de atendimento conforme sua disponibilidade de tempo e não para atender as necessidades dos usuários.

A médica da USF 3 (de 40 horas) relata que sua ausência nas atividades de prevenção e promoção ocorre devido a sua desmotivação e descontentamento com a Gestão e Coordenação do Segmento:

> *"...agora eu acho que em toda equipe tem que ter alguém que mande, para coordenar o serviço, aqui eu já estou já com o meu limite extrapolando porque eu sofri pra caramba, porque eu comi o pão que o diabo amassou então,trabalhava fim de semana todinho pra fazer com dedicação porque eu tinha amor por PSF, eu adorava aquilo então com o passar do tempo a gente vai perdendo aquilo que gosta, então primeiro começa com certas coisas que ta faltando aqui na unidade, a gente perde o entrosamento com a equipe, eu tinha um grupo maravilhoso de adolescente, der repente eu sai de férias com o tempo desapareceu foi desaparecendo não sei quantos, e aí isso foi me tirando o gosto eu não tenho mais gosto pelo PSF, e eu não aceito,*
> *porque o meu conceito é diferente, todo mundo tá levando as coisas debaixo de patada como quem diz vai. Entã,o por que que isso tem que acontecer, a única coisa que me leva, que eu fique aqui, é porque as pessoas precisam de atendimentos, só isso, venho faço os atendimentos, tem alguns momentos que eu chego assim meio irritada, porque eu já venho com uma carga, coisa que eu não gosto, mas em nenhum momento eu trato mal o paciente todo mundo sabe, então eu chego converso, e checo o que esta acontecendo pessoalmente**...(médica, USF 3)***

Das quatro unidades, apenas na USF 2 no primeiro trimestre de 2009 teve uma média de visitas domiciliares por ACS próxima ao esperado. Talvez, isto se explica pelo fato de que no período da pesquisa, os Agentes Comunitários iniciaram um curso técnico e todos se ausentam da unidade uma semana por mês. E que pela forma de organização dos trabalhos dos ACS na USF 2 eles tem alcançado um bom número de visitas, que conforme relato da enfermeira eles fazem mutirão por microárea, para cobertura das visitas domiciliares.

"...seria impossível, por exemplo, uma delas distribuir em duas semanas todo hipoclorito na área, e dá todas as orientações as pessoas da comunidade, pesar todas as crianças e fazer todas as atribuições que nos somos responsável, então, com base

*nisso a gente sentou e aí começou a se programar,a gente vai trabalhar em mutirão, vamos trabalhar todos ajudando um ao outro, todos nós vamos pra uma micro área fecha essa micro área, vai a outro micro área, fecha e assim por diante, e ai quando chegam às colegas e feito também desta forma, ai sim e que vamos sentar pra fazer o trabalho de inspeção depois que toda micro área tem feito todas suas atividades na comunidade**...(Enfª USF 2)”***

As atividades de supervisão e acompanhamento dos ACS estavam restritas apenas ao recebimento de relatórios mensais. Durante o período da pesquisa não foi registrado nenhuma atividade de supervisão de campo por parte dos enfermeiros.

Observou-se também um índice de absenteísmo muito grande dos profissionais (de médicos, enfermeiros, ACS, dentista, técnicos) justificado por motivo de doenças, grande número de atestado médico, como também férias ou licenças.

Segundo o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS –SIA/SUS os principais procedimentos realizados no Primeiro Trimestre de 2009 nas quatro unidades estudadas foram:

Tabela 6- Produtividade Ambulatorial: quantidade produzida por Unidade de Saúde da Família segundo procedimento, período de janeiro a abril de 2009.

PROCEDIMENTOS	USF1	USF2	USF3	USF4
ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇ EM GR. NA AB	51	77	58	141
PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	70	175	144	278
VISITA DOMICILIAR POR PROF. DE NÍVEL MÉDIO	6.236	8.444	4817	4.863
ADMINISTRAÇÃO DE MED. EM AB P/ PACIENTE	176	1.192	348	667
COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLOGICO	83	72	169	241
GLICEMIA CAPILAR	290	205	150	342
ATENDIMENTO DE URGENCIA EM AB	78	206	234	194
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	3.992	2.093	1.632	1.280
CONSULTA PRÉ-NATAL	133	214	231	219
CONSULTA PUERPERAL	11	30	7	26
CONSUL. DE PROF. DE NÍVEL SUPERIOR EM AB	783	1.957	732	2.335
CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIAMENTO	514	109	-	343
TERAPIA DE REHIDRATAÇÃO ORAL	6	262	-	159
CONSULTA P/ ACOMPANHAMENTO DE CRES. E DES.CÇ	208	462	37	-
CONS./ATENDIMENTO DOMICILIAR NA AB	80	268	74	136
ASSISTENCIA DOMICILIAR PROF. NÍVEL MÉDIO	24	243	-	280

Fonte: SIA/SUS/DRCA/SEMSA

Segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica, as unidades de saúde da família estudadas apresentaram no primeiro trimestre de 2009, os seguintes dados:

- Número de gestantes cadastradas e acompanhadas = 60;
- Nº gestantes com vacinas em dia = 56;
- Nº gestantes com idade menor de 20 anos = 18;
- Nº gestantes com pré-natal iniciado no 1ºTr. = 39;
- Nº Diabéticos cadastrados=138;
- Nº Hipertensos cadastrados=319;
- Nº Tuberculose = 1;

Nenhum caso de Hanseníase foi registrado no período.

Tabela 7 - Situação das crianças de 4 meses a 2 anos de idade acompanhadas pelas 04 unidades de saúde da família do estudo, Rio Branco-Acre, 1º trimestre de 2009**.**

VARIÁVEIS	USF B.VISTA	PLAC.CAST	SALG.FILHO	GLORIA PISTA
Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS	892	734	726	845
CÇ 4 meses	16	16	18	22
CÇ 4 m ALEITAMENTO EXCLUSIVO	11	11	18	18
CÇ 4 m ALEITAMENTO	5	5	-	4
CÇ 0-11 meses	41	40	36	59
CÇ 0 – 11 m COM VACINA EM DIA	36	39	36	39
CÇ 0 – 11 m PESADAS	14	38	36	43
CÇ 0 – 11 m DESNUTRIDA	1	-	-	-
CÇ 12 a 23 meses e 29 dias	40	43	20	30
CÇ 12 – 23 m 29 d com VACINA DIA	34	36	16	27
CÇ COM 2 ANOS COM DIARREIA	7	14	5	8
CÇ 2anos USANDO TRO	4	14	5	8
CÇ 2 ANOS COM IRA	1	21	2	15

Fonte: SIAB/DRCA/SEMSA/2009

O acompanhamento das ações está prioritariamente voltado para atenção da mulher, da criança e do controle dos hipertensos e diabéticos. Com exceção de duas unidades que apresentaram trabalhos diferenciados: a USF 2 observou-se atividades educativas com grupo de idosos e a USF 3 com grupos de adolescentes.

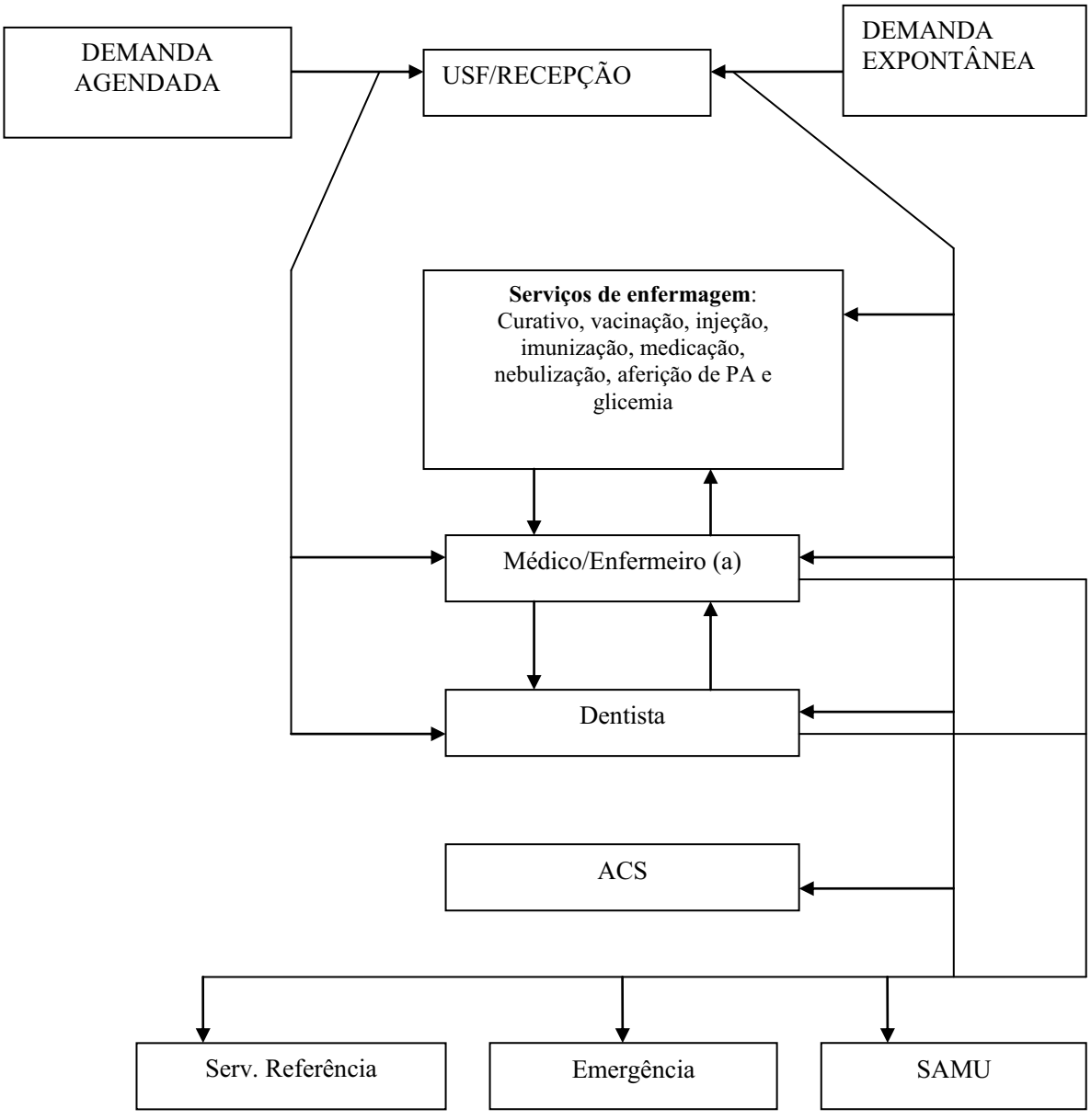
No caso das unidades de saúde da família deste estudo, identificou-se, por meio das observações de campo e entrevistas com os profissionais, a realização de todas essas ações, sendo os processos de trabalho estruturados muito frequentemente em função das

ações assistenciais, isto é, centrados em ações curativas e individuais, notadamente aquelas ações realizadas pelos médicos e enfermeiros.

Segundo observações e relato dos profissionais das unidades, o fluxo de atendimento nas unidades de saúde da família em estudo, se realiza conforme descrito na **figura 21**.

Todo o atendimento na unidade inicia-se pela recepção. Assim, ao chegar, o usuário dirige-se a recepcionista. Caso a demanda seja agendada, este o encaminha ao serviço médico/enfermeira e, ou, ao dentista. O atendimento pode ser finalizado na unidade ou o usuário pode ser encaminhado ao serviço de referência, à emergência ou ao SAMU, que, após o atendimento, deveria encaminhar o usuário de volta à unidade para o acompanhamento na atenção básica (isso não foi verificado). Caso a demanda seja espontânea, o usuário também pode ser encaminhado ao serviço médico/enfermeira e/ou, ao dentista. Além desses serviços, também pode ser encaminhado aos serviços técnicos de enfermagem e ao ACS. Assim, como também ocorre no caso da demanda agendada, o usuário pode ser encaminhado ao serviço de referência, à emergência ou ao SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), após avaliação clínica. Também ocorre um fluxo interno, no qual médicos, enfermeiras, dentista, auxiliar de enfermagem e ACS se referenciam mutuamente de acordo com a necessidade do usuário.

Figura 21- Fluxograma de Atendimento nas Unidades de Saúde da Família



Todas as unidades possuem número de famílias dentro dos limites estabelecidos, ou seja, até 1000 famílias por USF. As unidades pesquisadas possuem nas suas áreas de abrangência de 726 a 892 famílias por unidades. Quanta a localização geográfica das unidades dentro do limites territorial é satisfatória, pois as unidades estão próximas as moradias das famílias de suas áreas adscritas, o acesso geográfico passa a ser dificultado quando o usuário é referido para as Unidades e serviços de referencia. Das 4 unidades a mais distante do Centro de Saúde de referência do segmento é a USF Boa Vista Sobral que dista 5 km e só tem uma linha de ônibus disponível que passa próximo ao Centro de Saúde. Quando se refere às Unidades Estaduais a distância aumenta para mais de 10 km.

A dimensão geográfica do acesso consiste em uma condição fundamental para a efetiva utilização dos serviços de saúde pela população.

CAPÍTULO IV - O COTIDIANO DAS UNIDADES DO PSF INDICAM QUANDO A PORTA DE ENTRADA NÃO RESOLVE

4.1. A DESORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E O PROCESSO DE TRABALHO

Agentes comunitários de saúde e seu dia a dia

As equipes das Unidades de Saúde da Família estudadas organizam os processos de trabalho a partir das visitas domiciliares realizadas pelos ACS e pela procura espontânea dos usuários na unidade.

Os ACS das quatro unidades estudadas trabalham com uma base geográfica delimitada, ou seja, cada um tem sua microárea com o total de número de famílias que estão sob sua responsabilidade. Estas microáreas foram definidas pela equipe de mapeamento da SEMSA com a participação dos ACS.

Os ACS têm uma rotina de trabalho da seguinte forma:

- Cada ACS define quem e quando vão visitar, não existe um planejamento da equipe e nem orientação quanto às prioridades das visitas. Os enfermeiros coordenadores desconhecem a "rota" de visita diária dos agentes;
- A maioria dos agentes sai de sua casa direto para as visitas diárias, sem ir à unidade informar quais famílias serão ou foram visitadas, o que torna mais difícil o trabalho de monitoramento dos enfermeiros supervisores;
- Os contatos com as famílias, a partir das observações de campo e as entrevistas, podem afirmar que não são permanentes, dificultando o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social, mas quando realizam as visitas as principais atividades desenvolvidas no domicilio são: entrega de hipoclorito; ações educativas em relação à dengue; a higiene pessoal domiciliar e peridomiciliar; pesagem das crianças até 2 anos de idade; orientação às mães quanto a vacinação; amamentação; alimentação; como preparar o soro caseiro; incentivo às mulheres a fazerem o exame preventivo do colo de

útero (PCCU); busca ativa de grávidas; orientações da importância do pré-natal, cadastro e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos; alguns cuidados gerais as pessoas adultas e acompanhamento de idosos acamados e dependentes;

- Os cadastros das famílias só são atualizados quando solicitados pelo Departamento de Atenção a Saúde da SEMSA. Não há uma rotina em que as famílias das áreas sejam visitadas mensalmente, oportunizando-se a atualização da Ficha A (formulário de cadastro das famílias) do Sistema de Informação em Atenção Básica - SIAB;

- As únicas ações observadas quanto à integração entre a equipe e a população são algumas informações pontuais como: se tem médico na unidade, se há agendamento para dentista, que dia tem PCCU, se estão fazendo o acompanhamento da bolsa família. As orientações às famílias, quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, não faz parte da rotina de trabalho dos ACS. Pois todas as unidades não têm um cronograma de atividades definido em conjunto pelos membros da equipe e nem utilizam dados da análise da situação de saúde do território, adequando o tempo e o tipo de atividade a ser desenvolvida de acordo com o perfil encontrado.

- Agendamento para tratamento odontológico conforme vaga disponibilizada pela Equipe de Saúde Bucal, não tem um número de vagas determinadas por ACS;

- As ações realizadas quanto ao controle da dengue são: informar os moradores sobre a doença (sintomas, agente transmissor), a forma de evitar ou eliminar criadouros do mosquito, vistoria do domicilio para identificar locais de existências de larvas ou mosquito transmissor e encaminhar os casos suspeitos de dengue a Unidade de Saúde da Família. Essas e outras atividades também são desenvolvidas pelos agentes de endemias da Vigilância Ambiental do Município.

Portanto, as atividades dos ACS estão mais voltadas para a prevenção de doenças. Quanto às ações de promoção, apenas em duas unidades os profissionais citaram, durante as entrevistas, que são desenvolvidas ações educativas, tais como palestras e grupos operativos, para os adolescentes (USF 3), hipertensos e diabéticos (USF 2);

Vejamos a seguir alguns exemplos observados e/ou relatados quanto ao trabalho dos ACS:

"... a enfermeira comenta que todas as A.C.S deveriam vir a tarde também para trazerem os relatórios de visitas, que no caso são quatro visitas pela manhã e mais quatro a tarde, juntando oito visitas para cada A.C.S, e sentar para conversar e dizer como que tá, o que realmente esta acontecendo, as famílias estão precisando de alguma orientação, a mesma afirma que a médica não vem mais a tarde, pois nunca precisa visitar na área..." (Enfª USF3);

"...Entra uma moça de camiseta branca, perguntando quando e quem acompanha o peso e a vacina de seu filho (bebê), a recepcionista diz que é a agente de saúde A, a da sua rua, a mesma afirma que nunca a viu na sua rua e quando for amanhã virá pra conversar com a agente..." (Observação, USF 1)

Em todas as unidades estudadas os ACS desenvolvem atividades nas unidades, como: agendamento de consultas, controle dos atendimentos das consultas, organização dos prontuários, dispensação de medicação, pré-consulta dos usuários e medidas antropométricas das famílias beneficiárias do Programa Federal Bolsa Família. Os relatos abaixo exemplificam essas atividades:

".. .às 14h01min a A.C.S. entra e traz consigo a chave da farmácia, entra uma senhora de camisa marrom e solicita medicamentos, a A.C.S atende e entrega os remédios..." (observação USF 4);

"... a agente de saúde chega na unidade às 14h08min na unidade e auxilia a técnica de enfermagem na pré-consulta" (USF 1);

Todos os ACS durante a pesquisa estavam fazendo um Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde, durante uma semana por mês, nos demais dias eram realizadas atividades de dispersão no próprio território de trabalho, sendo

acompanhados pelo enfermeiro supervisor de sua unidade. A seguir veremos algumas observações sobre o referido curso:

"... Os ACS são contratados sem nem um teste de aptidão, se realmente vão gostar do que fazem no programa, o município até já observou isso e até implantou um curso técnico para aprenderem sobre realmente à função de cada um deles, mas mesmo assim, pergunto se estão gostando do curso e dizem que é uma bobagem, que os assuntos abordados já sabem, etc. Os A.C.S, da minha própria unidade... a enfermeira completa dizendo que tem um amigo enfermeiro e ele diz que é um dinheiro jogado fora, que o Brasil desperdiça com os A.C.S, e eu concordo plenamente com ele... (Enfª, USF 3);

"... Os ACS vêm de manhã faz a tarefinha da aula e a tarde vai pra aula ... a área fica descoberta... acho isso errado... isso desestimulou muito ... (Médica, USF 3);

Através dos relatos e das observações de campo podemos afirmar que a ausência dos ACS de sua área de atuação, devido à realização do curso técnico, tem interferido significativamente no desenvolvimento de suas atividades.

A equipe de enfermagem e sua rotina de trabalho

Há uma necessidade de assistência domiciliar pelo enfermeiro. Isso porque quem identifica os casos são os ACS, por não haver um planejamento considerando a especificidade profissional e intervenção para os casos necessários, buscando otimizar e integrar a atuação dos profissionais de nível superior da equipe como possibilidade de conhecer melhor os riscos associados e ampliar o vínculo com a comunidade.

Os momentos de encontro individual com os pacientes foram mais observados durante a coleta de exames citopatológicos e consulta de pré-natal. Em alguns períodos, o enfermeiro permanece na unidade e não atua diretamente em nenhuma das atividades em curso. Os enfermeiros realizam mais atividades administrativas do que de assistência

de enfermagem, ou seja, o potencial do enfermeiro não está sendo plenamente utilizado nos serviços de saúde.

As ações de supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS também não foram observadas. PEDUZZI & PALMA (2000) "apontam que práticas de supervisão externa sistemática são uma possibilidade no sentido de ampliar a gestão coletiva e o trabalho em equipe multiprofissional. MATUMOTO ET AL. (2005) constatam, por sua vez, que essa atividade também viabiliza reflexão sobre a divisão social e técnica do trabalho, permitindo "analisar os conflitos, os sentimentos de impotência, os mal entendidos, os não-ditos, os sentimentos de mal-estar presentes no processo de trabalho, não os tomando como naturais ou do campo de conflitos pessoais".

Não foi observada nenhuma atividade de supervisão de campo nas 4 unidades, apesar de, em vários momentos, os usuários externalizarem a insatisfação com o processo de trabalho dos ACS.

Mensalmente, os ACS preenchem um formulário contendo todas as visitas realizadas e entregam para o enfermeiro. Este consolida todas as informações de todos os ACS e envia para o Setor de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde. Este Setor agrupa as informações de todos os ACS por unidades e segmentos e realiza uma avaliação trimestral. Além disso, são realizadas oficinas de avaliação por Segmento de Saúde, com a presença de alguns profissionais e gerentes das Unidades de Saúde da Família. A partir das oficinas são priorizadas algumas ações e metas para melhoria de indicadores por segmento.

Os Técnicos de Enfermagem realizam visitas domiciliares apenas quando são solicitados pelos ACS para verificar uma pressão, fazer curativos ou outros procedimentos em pacientes que não podem se deslocar até o módulo de saúde (ou seja, a unidade de saúde da família).

As atividades desenvolvidas pelos Médicos

A assistência médica esta voltada principalmente para o diagnóstico, tratamento e reabilitação dos indivíduos doentes. Os médicos não participam de atividades de promoção (quando ocorrem, como por exemplo: grupos de idosos), de reuniões administrativas ou de avaliação das atividades e do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da USF.

A seguir, destacamos algumas falas dos demais profissionais, para exemplificar a forma de atuação dos médicos:

"... a médica, ela não faz visita domiciliar, ela não atende bem o paciente, ela não vem na unidade, ela vem quando quer, às vezes, agenda-se consulta, ela falta no dia..." (ACS 1 USF1);

O não cumprimento do horário de trabalho gera insatisfação, tanto para os usuários quanto para a equipe.

"... o médico, ele começou a comentar assim que não existe grupo, porque nós decidimos que teria uma palestra com idosos, uma atividade com idosos, antes que ele consultasse e, ele simplesmente chega, ele sabe das nossas atividades, atende aos idosos e já manda embora, então assim ele desfaz tudo que a gente tem planejado, durante dias construindo e em questão de segundos destruído... (Enfermeira, USF 2)

O médico não participa do planejamento das ações, como também não dá a devida importância para as atividades educativas de grupo realizadas pelos demais membros da equipe.

Além disso, foi observado que a demanda maior é para os atendimentos clínicos com os médicos, o que contribui para a falta de acesso a outros cuidados e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe. Podemos confirmar essa afirmação quando registramos a pouca movimentação na unidade quando o médico estava ausente, o que caracteriza que a organização do processo de trabalho das unidades estudadas está direcionada para a demanda clínica.

As Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Todas as Equipes de Saúde Bucal estudadas atendem a população de duas unidades, sendo que o consultório clínico é localizado apenas em uma dessas unidades. As ESB disponibiliza vagas por microáreas dos ACS, esses identificam as pessoas que precisam de tratamento odontológico e agendam com a ACD. A maioria das ações está voltada para os procedimentos clínicos e com poucas atividades de promoção à saúde bucal, como também não visitam as famílias nos domicílios. Quando realizam atividades de prevenção, fazem de forma totalmente desintegrada dos demais membros da equipe.

Durante as entrevistas alguns profissionais falam sobre a atuação da equipe de saúde bucal:

"Com relação ao trabalho em equipe eu acho que é falho, principalmente essa interação com a saúde bucal, eu acho que não tem uma interação muita boa não, porque a gente não se dá bem, é porque não veio ainda uma orientação não tem uma ajuda da gerência do segmento ou de outras pessoas, pra nos ajudar, pra dizer assim: olha tem que ser assim, o trabalho tem que ser assado, tem que ser cozido, tem que ser desse jeito..." (Enfermeiro USF 1)

"Em relação ao trabalho em equipe com os Agentes de Saúde, pelo menos eu tento conversar com eles, ver o que eles acham que alguma coisa que tem que mudar, vejo com eles em darem opinião em relação ao meu atendimento que poderia mudar alguma coisa pra melhor ou mudar de alguma... E realmente, em relação a equipe, a equipe de saúde bucal é um pouco separada do restante..."(CD USF 1)

"... o dentista também não planeja, ele vem aqui uma vez por semana, toda segunda à tarde, ele se reúne com as agentes de saúde, eu às vezes me intrometo um pouco e pergunto, eu posso participar da reunião, e vou lá e me meto também, mas nunca fui chamada, mas eu vejo que é uma falha,eu acho que não deviria ter uma equipe de saúde bucal para duas USF, acho que isso prejudica muito, eu já trabalhei em uma

outra unidade em que o consultório odontológico era na equipe do módulo que eu trabalhava e era totalmente diferente, a interação, o coleguismo muito mais do que a distância que ele tem conosco, então a gente ver que enquanto ele atendia cem, na equipe que ele atua que tem consultório odontológico, ele atendia a metade, da outra comunidade, então não tem interesse com a equipe que ele não esta atuando diretamente, eu acho isso uma falha e quando vem vagas pra meninas é sempre em pequenas quantidades..."(Enfermeira, USF 2)

"... muitos problemas pra comunidade, que não entende, que é um processo que é demorado, só um dentista na equipe pra atender duas populações diferentes, só aqui em média nós temos quase oito mil pessoas... então é insuficiente, porque quando vem, vem duas vagas pra urgências, que é pra extração, e duas vagas que é pra tratamento, e assim vai, assim a gente vai caminhando, eu apesar de não participar das reuniões, eu já falei, mas acho que cada equipe deveria ter sua própria equipe de saúde bucal..."(Enfermeira, USF).

Podemos afirmar que o trabalho das equipes de saúde bucal é extremamente independente das demais atividades da unidade e com um alto grau de autonomia.

> (...)Compreendemos que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes, e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos (...) (MISHIMA, 2001).

O processo de trabalho precisa ser estruturado no trabalho em equipe, o qual deve estabelecer um projeto comum em que o trabalho especializado de cada profissional se complemente e possam construir uma ação de interação entre os trabalhadores e usuários.

No entanto, observou-se nas unidades estudadas que não há uma responsabilidade coletiva e uma integração dos profissionais na organização do trabalho, ocorre uma fragmentação de ações e saberes, portanto, não existe um trabalho efetivo em equipe.

> (...) A prática do trabalho em equipe no PSF mostra que a realidade envolve conflitos, falta de capacitação, perfil inadequado, desinteresse e desmotivação. O desempenho profissional baseado em conhecimento técnicos de cada membro, necessita também que os integrantes da equipe tenha bom desempenho interpessoal, ou a habilidade de se relacionar com outras pessoas. Isso significa saber lidar com diferenças no campo profissional e pessoal. Um problema irá despertar nos membros reações diferentes no campo profissional e pessoal. A diferença está não só no médico, enfermeiro, ACS, dentista, etc., mas também na recepcionista, na auxiliar de limpeza, que participam da equipe(...) (ARAUJO, 2007).

Durante a realização da pesquisa apareceram situações de conflito entre os membros da equipe. Entre os itens encontrados temos: estilo de personalidade, forma de interagir com outro, em várias situações, péssimas condições de trabalho, conflitos internos, baixos salários, variedade de opiniões e posturas, situações difíceis ou que geram competição, baixa interação entre os membros da equipe, falta de supervisão sistemática por parte da coordenação municipal, grande rotatividade entre os profissionais da equipe. Vejamos alguns exemplos encontrados:

"... Uma das dificuldades que eu encontrei é... ficar claro, se tem mesmo de fato um coordenador e um supervisor, isso não fica claro para todo mundo, eu já passei em três módulos esse é o terceiro, e não sei quem de fato coordena..." (Enfº USF 1);

"... entra um médico fica um mês, dois meses, fica dez dias e saem, e quando vem ficam e não gostam de planejar, eles não sentam e o atual praticamente nem conversa com a gente e eu tava falando para os ACS que eu me sinto é mal..." (Enfª USF 2);

"... eu acho que a conduta do médico, não condiz com uma pessoa que seja membro da equipe, já que ele chega e se você não der boa tarde ele não fala com você, senta, atende e vai embora..." (Enfª USF 2);

"... a primeira vez que eu fiquei desestimulada foi quando uma das meninas me disse que eu não era a chefe dela, eu acho que numa unidade de saúde da família qualquer um da equipe pode coordenar... (Médica, USF 3);

"... a médica diz para a ACS que os agendamentos estão todos errados e que ao invés de serem sete já tem agendado nove, e não tem jeito de atender as outras duas, pois pensam que serão atendidas e elas vão ficar chateadas... a médica entra para sala da administração e a ACS sai da sala chorando e reclamando que a médica é folgada e ingrata, pois tínhamos que está era na área e não aqui auxiliando a médica..." (ACS, USF 3);

"... enquanto um profissional ficar privilegiado na questão horário em frente a outro, jamais vai funcionar questão de horário, jamais! na minha opinião... se o médico não cumprir as 8h, outros profissionais não vão cumprir, não vão cumprir mesmo, não adianta, eles vão ludibriar o gestor , o gerente qualquer um... é preciso que tenha cobrança, fiscalização, punição se for preciso, pra que todos trabalhem se não for assim não vai funcionar a questão da assiduidade, pontualidade e cumprimento no horário..." (Enfº USF 1)

A ausência da gestão quanto ao acompanhamento *in loco* do processo de trabalho das equipes, para assessoramento, avaliação e supervisão, dificulta ainda mais a efetividade das ações, uma vez que nas unidades de saúde da família não há um gerente para coordenar as equipes a nível local, ocorrendo dessa forma uma certa perpetuação dos conflitos.

Durante os grupos focais, quando as equipes foram interrogadas se realizavam planejamento em equipe, inclusive se havia a participação da comunidade, os relatos foram os seguintes:

"...os médicos não gostam de planejar, eles não sentam , o atual praticamente nem conversa com a gente..." (Enfermeira, USF 2)

"... Nós fazemos esse planejamento diário, é um planejamento mais ou menos assim: eu identifico um problema e aí eu já deixo no mural, ou se tiver duas ou três agentes na unidade, eu já digo: vamos fazer uma reunião tal hora, pra gente conversar um pouco, vamos planejar..." (Enfª USF 2)

"...Para planejar as ações de saúde tem que ser antes de acontecer as doenças, tem que vir lá de cima a decisão, tem que trabalhar baseado do que pensam lá em cima, o município como um todo..".(Médica, USF 3)

"...Nós não estamos planejando, mas se for decidir planejar ou avaliar ou programar, tem que ouvir a opinião de cada um..." (ACS USF 3).

Nas quatro Unidades observou-se que as equipes não realizam diagnóstico da situação de saúde da população e não levantam informações presentes nas fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, associando ao mapeamento de áreas de risco, entrevistas com lideranças da comunidade e outras fontes de informação como, por exemplo: os dados do IBGE, dos sistemas de informação de saúde e da imprensa, para realizarem planejamento do trabalho e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar.

De maneira geral, as equipes não realizam planejamento para realizações de ações de educação em saúde a grupos específicos e em algumas falas fica claro que a equipe atribui essa dificuldade por falta de uma coordenação ativa por parte da gestão:

"... eu acho que em toda equipe tem que ter alguém que mande, para coordenar o serviço, para planejar com a equipe, aqui eu já estou já com o meu limite extrapolando..." (Médica, USF 3)

"... para planejar tem muita coisa que depende de mim esta na minha mão, mas tem muita coisa que não depende só de mim, então a gente precisa estar motivadíssima para poder motivar os demais, e eu não sinto que haja alguém atrás de mim, a gente tá sob a supervisão e gerência do segmento de uma pessoa muito despreparada, eu não sei se e por causa do cargo político que ela ocupa lá, eu só sei que ela e uma técnica de enfermagem então ela não tem preparo, ela faz piadas pra gente , ela não tem um pingo de ética ela não tem visão administrativa, ela não sabe o que é um PSF, ela fica gritando aos berros no telefone comigo..." (Enfermeira, USF 3)

"... lutei muito para que tudo ficasse certinho, bati a maior cabeça, forçamos a barra com as A.C.S e eu cobrava mesmo, faz um bom tempo que vim para este módulo e desde de que entrei consegui implantar aqui , grupo dos idosos, grupo dos jovens e até festinha do dia das crianças e já tinha virado calendário oficial do módulo, mas sai de férias esse ano e não teve nada disso, e voltei triste, e desanimada, mas vou tentar de novo..." (Enfermeira USF 3).

Nos casos citados, em planejamento local, deve-se considerar tanto quem planeja como para que e para quem se planeja. Portanto, é preciso conhecer as necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico e do permanente acompanhamento das famílias adstritas, visando à melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Nas USF estudadas observou-se que as ações são coordenadas verbalmente, baseadas em problemas do dia a dia. A enfermeira discute esses problemas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para planejar as intervenções e a necessidade de envolvimento de outros profissionais como o dentista e o médico. Os ACS perguntam sobre como resolver alguns problemas e orientar os pacientes. Os problemas são resolvidos sob demanda, sem sistematização e sem burocracia, o que dificulta avaliar e planejar ações. A integração dos saberes e a interação dos agentes ocorrem por meio da mediação simbólica da linguagem, geralmente verbal. O planejamento local depende do nível da capacitação dos profissionais além de outros interesses. O principal mecanismo de avaliação das equipes do PSF é o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB),

que tem o problema de estar relacionado mais para compromissos da gestão municipal do que para organizar o processo de trabalho da equipe.

Outro aspecto observado é quanto à capacitação e /ou treinamento das equipes para atuação na atenção à saúde da comunidade. É visível a não habilitação dos profissionais em práticas educativas no espaço da atenção básica em saúde, no contexto da comunidade, tanto os técnicos quanto os de nível superior. Os agentes comunitários de saúde são moradores das áreas adstritas que através de um concurso público foram selecionados para atuarem no Programa Saúde da Família.

Além disso, foi constatado que não há, por parte da gestão, um programa de aperfeiçoamento profissional. Ao serem contratados, os profissionais são lotados nas unidades sem nenhum treinamento específico, são dadas apenas algumas orientações sobre a rotina do serviço, do ponto de vista administrativo.

Alguns profissionais confirmam durante as entrevistas:

“ eu era do Centro de Saúde, fui jogado assim...passado pro PSF, nunca passei por um treinamento de um dia nem dois dias, nunca nem me falaram o que era PSF, o que eu sei de PSF é muito inferior do que as pessoas das primeiras equipes de saúde bucal que começaram , eles ainda passaram por algum treinamento, eu não tive nada, não sabia o que era fazer visita, não sabia nada disso... depois que teve reuniões pra cobrar que eu tinha que ter feito tantas visitas... não sabia nem o que ia fazer na visita, que eu sabia fazer era o trabalho técnico, na verdade né? Não sabia como organizava o trabalho... eu nunca tive nenhum norte em relação ao que é o programa de saúde da família entendeu?... o que a gente sabe é realmente de reuniões, de congressos...” (Dentista USF 1);

“... Os ACS são contratados sem nenhum teste de aptidão, se realmente vão gostar do que fazem e o programa a ser cumprido com as pessoas que precisam, empurram com a barriga. O município até já observou isso, até implantou um curso de técnico para aprenderem sobre realmente à função de cada um deles, mas mesmo

assim, pergunto se estão gostando do curso e dizem que é uma bobagem e os assuntos abordados já sabem... (Enfermeira, USF 3);

"...alguns comentários do médico, me levou a crer que ele não gosta de trabalhar, e nem tem perfil, de PSF, eu acho que isso deveria ser muito analisado pela gestão, pessoas que realmente se identifique com a estratégia, e quando ele veio se apresentar ele já deixou claro que ele não gostava de PSF..." (Enfermeira, USF 2);

"... o profissional tem que ser sempre motivado através de um assessoramento, através de treinamentos contínuos, mas através da valorização profissional... "(Dentista, USF 3).

O município de Rio Branco realizou alguns cursos chamados "Introdutórios do Saúde da Família" para as primeiras equipes implantadas, depois parou de executar. São oferecidas apenas algumas formações teóricas e práticas nas áreas básicas de saúde (criança, da mulher, hipertensão e diabetes, saúde bucal, saúde mental, vigilância sanitária, epidemiológica, controle de tuberculose e hanseníase, etc.) para aqueles profissionais que solicitem ou demonstrem necessidades em sua formação.

Nos anos de 2005 e 2006 a Gestão Municipal viabilizou um convênio com a Universidade Federal do Acre para a realização de Curso de Especialização em Saúde da Família para os profissionais de nível superior das Equipes de Saúde da Família, mas nem todos tiveram oportunidades de fazer, devido o número de vagas disponíveis. E atualmente, em parceria com a Escola Técnica em Saúde, está sendo realizado o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde.

Todas essas iniciativas são valiosas, mas faz-se necessário a implantação de uma política maior de formação e capacitação de Recursos Humanos para atender a demanda desta nova realidade.

Sabe-se que para uma produção de resultados satisfatórios, a equipe de Saúde da Família necessita de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz, de modo a poder atender o dinamismo dos problemas encontrados. A formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que permite melhor adequação entre os requisitos da

formação e às necessidades de saúde da população atendida. A educação permanente deve iniciar-se desde o treinamento introdutório da equipe, e atuar através de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, de acordo com as realidades de cada contexto.

Foi possível perceber que o processo de trabalho das equipes é organizado de forma parcelada e fragmentada. Muitos trabalhadores se colocam disponíveis e demonstram interesse pelo que fazem, mas por não possuírem uma capacitação específica e por se encontrarem em um espaço de conflito entre o que é proposto pelo Programa do Saúde da Família e a vontade dos usuários, em que ainda é intensa pela saúde tradicional, os trabalhadores são absorvidos em atividades de caráter imediato e pouco resolutivo.

A partir do momento que houver uma compreensão que o processo do trabalho em saúde não se realiza sobre coisas ou objetos e sim sobre pessoas e que para a construção de um novo modelo de assistência à saúde, centrado no usuário inserido no contexto familiar e social, é fundamental o repensar do processo de trabalho. Este deverá ser orientado pelo princípio da integralidade tendo como ferramentas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a humanização dos serviços e a criação de vínculos da equipe de saúde com a comunidade.

4.2. O ACOLHIMENTO NA SALA DE ESPERA

Considerando um certo “poder” que o trabalhador pode exercer sobre o trabalho vivo em ato, a partir do seu próprio interesse e o do usuário, analisaremos como ocorre a relação entre os usuários e os profissionais das unidades estudadas.

Quando ocorre a procura espontânea do usuário ao serviço nas unidades, o usuário, ao entrar na sala de espera, é atendido pela recepcionista, sua queixa ou necessidade é ouvida e depois encaminhado para os setores ou serviços correspondentes (conforme explicado no capítulo anterior). Das quatro unidades estudadas 03 possuem

recepcionistas na sala de espera, que na ausência são substituídas pela (o) técnica (o) de enfermagem, ACS ou outro profissional que esteja no momento.

Em todas as unidades estudadas, observou-se que os profissionais atendiam e ouviam os usuários na sala de espera, um ambiente aberto que não garante a privacidade dos usuários. Vejamos alguns relatos durante as observações de campo:

"... entra uma moça de camiseta verde para pegar preservativo e a agente de saúde que acabou de chegar entrega os preservativos e a recepcionista anota o seu nome..." (USF 1)

"... entra na unidade uma mulher de camiseta branca e calça azul perguntando se já chegou anticoncepcional, mas a recepcionista afirma que ainda não chegou..." (USF 2)

"... entra na unidade dois homens solicitando preservativos, a recepcionista entrega, anota seus nomes no registro e vão embora..." (USF 2)

Este tipo de atendimento interfere sobre o acolhimento, pois o usuário fica constrangido, expressando rapidamente seu problema, ou sua queixa. Não há reservado para si um espaço privativo.

Os espaços físicos observados podem ser considerados inadequados por se tratar de ambientes abertos que sofrem interferências do som ambiente (conversas de pessoas, choro de crianças, ruídos e outros). Além disso, no momento do atendimento o profissional pode ser interrompido para dar informações, para cumprimentar pessoas e para dar atenção a pessoas que passam mal.

A preparação do ambiente para o acolhimento da comunidade é também um aspecto importante a ser considerado, um ambiente limpo e organizado reflete um cuidado antecipado para com o usuário.

Durante o estudo podemos observar que em algumas unidades a limpeza da Unidade ocorria durante o atendimento na Unidade. Vejamos alguns exemplos:

...às 14h05min a senhora da limpeza chega e vai para a copa... Depois pede licença às pessoas que estão à espera de atendimento e começa a varrer a área da recepção... (observação de campo, USF 2)

...07h00min da manhã chega a recepcionista e a técnica de enfermagem e começa o atendimento na unidade... Às 07h08min a moça da limpeza chega e começa o seu trabalho... (observação de campo, USF 1)

Isso demonstra que o serviço de saúde não se prepara antecipadamente para a atenção ao usuário, o que causa uma má impressão para iniciar a relação do atendimento trabalhador/usuário.

Outro fator observado nas unidades foi quanto à sinalização e a informação referente à localização das salas e setores de atendimento. Desde a entrada são pouco destacadas as placas ou painéis informativos, como também em muitas situações os setores ou salas ficam sem ninguém para informar. É importante que os trabalhadores orientem os usuários para que se localizem espacialmente na unidade, como uma forma de garantir o acesso através do acolhimento, especialmente, considerando as dificuldades que estes podem sofrer como: dor, ansiedade, medo, limitação de escolaridade, entre outras.

Além disso, observou-se que os profissionais que atendem na recepção não têm um preparo adequado, do ponto de vista técnico e humano, para atenderem as demandas dos usuários. Constatou-se, em várias ocasiões, que a recepcionista utiliza o critério "tá com febre alta" para garantir o atendimento médico daqueles que não conseguiram fichas, não se solidarizando com a história dos usuários. Muitas vezes nem se quer ouve as queixas e já nega o acesso, inclusive sem nenhuma alternativa de resolução do problema, ou seja, sem nenhuma responsabilização pelos problemas dos usuários.

"entra uma Senhora de boné vermelho com uma criança no colo, atrás de marcar consulta, a recepcionista pergunta: ela tá com febre?A mãe responde: - Não. A recepcionista diz : - já acabou o agendamento e entra pra sala da farmácia... a senhora sai..." (USF 4).

"...Chega uma Srª de camiseta laranja e pergunta pelo enfermeiro, a recepcionista diz que o mesmo não chegou..." (USF 2)

Nesse caso a recepcionista não teve interesse de investigar o porquê da procura pelo enfermeiro, ou seja, a possibilidade da usuária ser atendida por outro profissional, garantindo o acesso, não foi considerada.

Em muitas situações, a própria recepcionista nega o atendimento, baseada no número de fichas de atendimento médico, sem falar com o profissional. A enfermeira não é chamada para avaliar o caso, a própria recepcionista é que avalia a necessidade ou não da consulta, mesmo com a presença da enfermeira na unidade.

O não acesso também pode ser observado através das filas para consulta médica, disputa na hora da distribuição das senhas e agenda lotada

Outra característica encontrada na organização dos serviços investigados é o agendamento prévio de consultas, apesar de não priorizar rigorosamente os moradores da área de atuação, atendendo os "fora de área" (são usuários que não pertencem ao território da unidade), pois todas as 04 unidades reservam 02 vagas para consulta médica para os usuários que não pertencem a área de abrangência, o que diminui o número de vagas para atendimento da população adstrita. Alguns relatos durante as observações de campo exemplificam:

...às 06h45min a unidade está fechada, mas já têm usuários no banco de fora sentados, esperando abrir para poder agendar as consultas para a tarde... (USF 1)

...um homem chega e solicita atendimento médico e a recepcionista questiona ser fora de área, o mesmo diz que sim, a recepcionista o encaixa, pois só tinha uma vaga para fora de área... (USF 1)

No entanto, no agendamento prévio nem sempre o programado é cumprido.

...às 15h05min à médica chega à unidade e começa o atendimento, alguns usuários reclamam, pois toda vez é assim, chega muito tarde para começar as consultas... (USF 1)

...Às 06h50min já se encontra algumas mulheres, uma senhora de camisa rosa, outra usuária de camisa branca, e uma de camisa marrom, todas grávidas esperando a médica para realizar os exames pré-natais; às 07h30min a enfermeira chega e inicia as pré-consultas, uma das usuárias reclama que só vem porque é o jeito, pois dá é desgosto, a médica só chega 10h00min, comenta com a mulher de camisa branca...(USF 3)

Estes relatos demonstram que o serviço se estrutura e se organiza para atender suas próprias necessidades e prioridades, estabelecendo o fluxo de demanda das pessoas conforme o mais adequado para o desempenho do trabalho dos profissionais. Sem uma preocupação com as necessidades dos usuários, determinando para estes um horário de chegada e não o horário do seu atendimento. Desse modo, ocorre uma falta de credibilidade e confiança, o que refletirá no vínculo desse usuário com o serviço como também no acolhimento.

Outro problema que nos chamou atenção durante a pesquisa foi a dificuldade de acesso à consulta odontológica, pois a forma adotada pelo serviço é o tratamento completado e o agendamento é através dos ACS, após abertura de vagas, sendo priorizados os moradores da área de atuação da equipe. Observou-se uma alta demanda reprimida e uma disputa muito grande dos usuários para ingressar no atendimento odontológico. Como exemplo, podemos citar o seguinte relato:

"... muitos problemas pra comunidade, que não entende, que é um processo que é demorado, só um dentista na equipe pra atender duas populações diferentes, só aqui em media nos temos quase oito mil pessoas aqui do Plácido de Castro isso incluindo quase o dobro, quinze, dezesseis mil pessoas entre fora de área que pega a estrada Transacreana, aqui e do Boa Vista, então é insuficiente a gente tenta colocar, porque quando vem, vem duas vagas pra urgências, que é pra extração, e duas vagas que é pra tratamento..." (Enfª , USF 2)

> CAMPOS (2007) (...)comenta que uma das funções importantes na Atenção Básica conforme as configurações que o SUS vem adquirindo é o Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade: os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso a ABS nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema. A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade possível. Ao mesmo tempo, por meio do recurso da visita domiciliar, adstrição de clientela e análise das condições de saúde da comunidade e do território, espera-se uma postura que vincule pessoas, famílias e a comunidade às Equipes de ABS e identifique o risco e vulnerabilidade desses indivíduos, famílias e setores da comunidade.

Através das observações registradas, podemos identificar alguns aspectos que devem ser repensados pelos profissionais da equipe, a fim de que o acolhimento possa ser uma prática de uma escuta qualificada ouvindo as necessidades que levam o usuário ao serviço, orientando ou encaminhando de acordo com a competência profissional. O tipo de escuta desenvolvida pelos profissionais foi a clínica, com foco nas queixas, com intervenções pontuais, pouco resolutiva e sem construção de vínculo. Se a escuta fosse de uma forma ampliada, poderiam identificar problemas e necessidades que vão além dos serviços de saúde e que para serem resolvidos necessitariam de articulações intersetoriais, ou seja, buscar parceria com outros setores que não pertencem ao serviço de saúde, aumentando com isso a satisfação da comunidade.

4.3. REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

O termo integralidade tem sido usado como articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde, como integração entre os setores públicos e privados e como uma importante diretriz na gestão dos serviços. É importante que exista uma ligação entre a integralidade e a efetivação do processo de referência e contrarreferência. Entendemos que referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário é mais simples, este deve ser

conduzido para um atendimento em nível mais primário, devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio.

Os resultados da pesquisa mostram uma contradição quanto ao princípio da integralidade, pois não existem critérios bem definidos e conhecidos de encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade, tanto pelos componentes das equipes de saúde da família como pelas demais equipes das outras áreas do sistema.

Apesar de estarem definidos no âmbito municipal, os serviços disponíveis para a realização de consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico, terapêutico, ambulatorial e internações hospitalares. Efetivamente não há um sistema de saúde integrado com a rede estadual, baseado em uma oferta organizada da assistência, garantindo um processo de referência e contrarreferência em uma rede articulada de distintos níveis de complexidade.

Além disso, não existe um sistema institucionalizado, ou seja, não há um conjunto de normas e procedimentos que regulamente o processo de transferência de pacientes. O encaminhamento dos pacientes é desencadeado quando os próprios profissionais avaliam a incapacidade resolutiva própria ou de sua unidade, pois não há normas e procedimentos estabelecidos. Quando o paciente é referenciado não existe um documento (formulário ou prontuário) constando: a identificação do paciente, o diagnóstico provável e as observações clínicas do paciente, resultado dos exames complementares, evolução, a medicação utilizada e demais observações pertinentes, bem como, o motivo da transferência e as necessidades de meios auxiliares de diagnóstico e tratamento que não puderam ser atendidos na unidade encaminhadora.

Assim como também não há uma documentação de contrarreferência, contendo as informações sobre o diagnóstico definitivo, os procedimentos desenvolvidos no local referenciado, recomendações que facilitam o acompanhamento do paciente no PSF de origem e orientações quanto à periodicidade de retorno (quando necessária), assim como sinais de alerta.

O Sistema de Referência e Contrarreferência nas unidades estudadas funciona de forma precária e não há garantia de continuidade da assistência, os usuários após serem atendidos pelo médico ou enfermeiro ou dentista e conforme a necessidade são

encaminhados a outros serviços de referência (laboratórios, ambulatórios especializados e internações) através de um preenchimento de um formulário de encaminhamento para tentar o agendamento. O usuário deve apresentar este formulário de encaminhamento no Centro de Saúde Hidalgo de Lima para agendar a consulta para especialidade, mas o usuário enfrenta um obstáculo para esses agendamentos que são as filas e, muitas vezes, não conseguem vagas. Também enfrentam dificuldades para agendamentos de ultrassonografia, Rx e outros exames, pois a demanda é maior que a oferta.

Observou-se a dificuldade das Unidades no encaminhamento de casos mais complexos e de exames de alto custo, sendo a dificuldade ampliada proporcionalmente à maior complexidade. A agilidade dos encaminhamentos depende, em grande parte, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, mais do que de um fluxo sistematizado entre os níveis de complexidade, indicando que as "vias formais" de acesso não funcionam adequadamente. As internações, por exemplo, dependem essencialmente do vínculo do médico com as instituições hospitalares, sendo difícil o encaminhamento quando o médico não possui esse vínculo.

Não há contrarreferência de consultas e internação, apenas de exames diagnósticos. As informações dependem do relato do cliente que as transmite segundo entendimento e linguagem próprios, pois retorna à unidade de origem sem os dados necessários sendo que muitas das informações são "perdidas".

Alguns relatos durante as entrevistas afirmam fatos acima:

"...a gente também não tem o retorno, a contrarreferência, não tem, mas a gente sabe que eles são atendidos, a gente chama tudo na base da amizade."(Enfº USF 1)

"...A gente pede pro paciente voltar contar pra gente... não trazem por escrito, às vezes, eles contam também de uma maneira confusa que a gente nem sabe direito o que aconteceu, tem muito a desejar."(Médica, USF 3)

"...entra uma moça de camiseta vinho e calça jeans e pergunta a recepcionista se marca encaminhamento para a FUNDHACRE, a mesma responde que é apenas no CS Hidalgo de Lima e tem que ter o pedido do médico..." (USF 1)

O relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde salienta que o encaminhamento é um processo que deve se desenvolver em dois sentidos. A retenção do paciente numa instituição deve ser o mais breve possível e tão logo seu restabelecimento possa ser mantido por meios mais simples, o melhor é fazê-lo retornar à comunidade e fornecer informações claras sobre as constatações clínicas e o tratamento ministrado, bem como sobre a atenção adicional requerida (OMS, 1978).

No entanto, observou-se que há dificuldades de integração e comunicação entre os serviços, dificultando continuidade do atendimento. Diante disso podemos fazer o seguinte questionamento quanto à função do sistema de referência e contrarreferência no município de Rio Branco-Acre: O sistema é para garantir acesso e continuidade do atendimento conforme a lógica da complexidade e integralidade assistencial ou "dificultar" o acesso para esconder a insuficiência dos serviços para determinada demanda? Se o serviço não tem condições para o atendimento da demanda, qual a finalidade de submeter os usuários a esses processos?

Observaram-se nas quatro unidades estudadas problemas na organização do referido sistema, como a falta de informação por parte da população, problemas organizacionais intrínsecos aos próprios serviços e ainda problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção.

4.4. OFERTA DOS SERVIÇOS *VERSUS* NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

Dentro de uma perspectiva de identificar os limites, possibilidades, e mesmos os desafios, de se garantir a integralidade nos serviços de saúde é importante analisar a oferta e a necessidade da população e suas relações nos serviços de saúde. Segundo BOTAZZO (1999), os trabalhadores de saúde e os usuários possuem necessidades e discursos diferentes, e ainda, exercem diferentes papéis sociais, o que, muitas vezes, gera conflitos de interesses. A integralidade no PSF tem nas categorias oferta e necessidade, ferramentas de observação, quando analisadas relacionadamente, as quais são construídas de maneira dinâmica, resultante de uma ação social, que tanto pode

incluir a objetividade e/ou a subjetividade de seus atores, quanto suas falas e práticas no interior das instituições.

No cotidiano das unidades o que aparece como predominante é o usuário submetendo-se as normatizações e poderes do serviço e dos trabalhadores que enquadra a demanda à oferta de atenção ao serviço disponível. Essa relação de poder desigual, é determinada pelas próprias relações, pelo domínio do conhecimento e pela detenção de informações.

Os programas desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família estudadas são:

- Saúde da Mulher: pré-natal, PCCU, consulta puerperal,prevenção de câncer de mama, planejamento familiar;
- Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, doenças previníveis: afecções respiratórias, diarréia;
- Saúde do Adulto: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial;
- Saúde do Idoso;
- Saúde Bucal: procedimentos coletivos nas escolas, procedimentos individuais curativos;
- Saúde Nutricional: desnutrição, anemia;
- Programa de controle da tuberculose, da hanseníase;
- Programa de controle da dengue e malária;
- Registro e encaminhamento das doenças de notificações compulsórias.

Segundo o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS –SIA/SUS os principais procedimentos realizados no Primeiro Trimestre de 2009 nas quatro unidades estudadas foram: visita domiciliar por profissional de nível médio, consulta médica em atenção básica , consulta de profissional de nível superior , administração de medicação, curativo grau I, coleta de material para exame citopatológico, glicemia capilar, consulta, pré-natal, terapia de reidratação oral, consulta/atendimento domiciliar.

Observou-se que as informações geradas pelos Sistemas de Informações não são utilizadas pelas Equipes para o diagnóstico da situação de saúde, o planejamento e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar.Como também não são realizados o levantamento e análise comparativa do perfil de saúde da população, de cobertura e impacto das ações.

Podemos exemplificar os tipos de serviços ofertados a partir dos registros do trabalho de campo:

...O enfermeiro chega na unidade e começa a consulta do pré-natal, nisso tem apenas 1 usuária grávida de camiseta azul, o enfermeiro verifica a pressão e ver o seu peso na recepção mesmo; depois pede para a moça grávida acompanhá-lo até a sala...(USF 1);

...O Sr. que pediu para aferir a pressão – a recepcionista verifica sua pressão e pergunta se o mesmo está sentindo alguma coisa, diz que está com dor de cabeça a quatro dias e toma remédio para controlar a pressão e tinha parado de tomar ontem,pois já estava sentindo-se melhor...(USF 1);

...entra um Sr. e solicita verificar sua pressão e é atendido pela recepcionista, a mesma afere sua pressão e faz o teste de glicemia e é avisado para vir quinta-feira , pois haverá atendimento médico...(USF 2);

...entra uma mulher com um bebê de colo e uma criança que solicita a enfermeira pesagem e entra na sala da administração aonde a enfermeira se encontra e também solicita vacina; entra outra usuária de camisa preta com bolinhas brancas com um bebê e solicita vacina...(USF 3);

...entra outra mãe de camisa vermelha e solicita nebulização para o seu filho que está "cansado", a técnica pergunta se trouxe a receita – a mãe diz que sim e entrega a receita, a técnica prepara a nebulização e deixa por 10 minutos e pede que quando tiver com 10 minutos que a mãe avise...(USF 3);

Nas unidades estudadas as ações estão prioritariamente voltadas para atenção da mulher, da criança e do controle dos hipertensos e diabéticos.

Os dados epidemiológicos do município de Rio Branco-Acre e os registros do trabalho de campo, sugerem que muitas necessidades da população não estão sendo atendidas e nem priorizadas pelas unidades de saúde da família.

Segundo o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN, no ano de 2008, os agravos com maior número de notificações são: hepatites, Leishmaniose Tegumentar Americana- *LTA*, leptospirose, meningite e dengue. E os dados do Sistema de Informação Hospitalar apontam como principais causas de internações: as doenças infecciosas intestinais, tuberculose respiratória e pulmonar. febre por arbovírus e febre hemorrágica por vírus, Dengue clásssico, hepatites , malária , Leishmaniose, Doença pelo vírus da imunodeficencia humana - HIV; doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo e geniturinário e Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas (fratura de outros ossos dos membros, outros traumas regiões especificas e não específicas e múltiplas do corpo, envenenamento por drogas e substâncias biológicas).

Os principais óbitos que ocorrem durante a internação são pelas seguintes causas:

- Derrame cerebrovascular, Infarto Agudo do Miocárdio, Doenças cardíacas;
- Causas externas: Agressões e acidentes de trânsito;
- Doença Ap. Respiratório: Pneumonia e doenças crônicas Via Aérea Inferior.

A seguir, alguns exemplos de necessidades não atendidas encontrados nos registros de trabalho de campo:

"...um Sr. de camisa vermelha e boné, solicita alguns remédios controlados, mas a agente de saúde diz que a medicação não vem para o módulo e sim para os centros de saúde ou no HOSMAC (Hospital de Saúde Mental do Acre)..."(USF 1);

"...entra uma Sr^{a} de camiseta marrom e pergunta sobre sua receita se tem os remédios, a técn. enf. afirma que é remédio controlado, e que os mesmos só vem para os Centros de Saúde, para os módulos não vem, a Sr^{a} diz que já está vindo de lá , pois disseram para procurar o módulo mais perto de sua casa..".(USF 3);

"...entra um homem de camiseta marrom e solicita que veja sua receita que é um pedido de ultra-sonografia; e é informado de vir na quinta-feira conversar com a médica..". (USF 3);

"...entra uma mulher de camiseta preta com uma cç de colo e outra mais velha, na busca de marcar consulta, ela não tem cartão da família, a Técnica de enfermagem diz que era pra ter vindo mais cedo , pois só tem 2 vagas para fora de área e já está preenchida..".(USF 2).

Portanto, esses dados sugerem que o processo de trabalho das Equipes de Saúde estão sendo organizados em uma lógica que não atende as necessidades de saúde de sua população. Isto traz grandes problemas que afeta a capacidade dos serviços de saúde de responderem de forma eficaz às demandas por saúde na vida individual e coletiva dos usuários, o que pode ser detectado por meio de pouca efetivação das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferente situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer. O indivíduo é um ser humano, social, cidadão que biológica, psicóloga e socialmente está sujeito a riscos de vida. Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para a sua doença. Isto exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Isto se faz com ações de promoção (que envolve ações de/em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação, etc.), com ações de prevenção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária, etc.) e de recuperação (atendimento médico, diagnóstico, tratamento e reabilitação para os doentes). Estas ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não podem ser compartimentalizadas.

As unidades pesquisadas estão localizadas em uma área urbana, que aglomera muitos bairros sem uma infra-estrutura adequada e com uma população de baixo poder econômico, o que torna a maioria das famílias vulneráveis e com muitos fatores de risco associados. As equipes não desenvolvem uma assistência de maneira diferenciada às famílias em situações de risco, pois não trabalham com propostas de intervenção levando em consideração os riscos individuais, familiares e comunitários. Os profissionais não escutam as queixas, os medos e as expectativas identificando vulnerabilidade dos usuários, acolhendo também a avaliação dos mesmos, como também não há uma responsabilização em dar uma resposta ao problema, conjugando as

necessidades imediatas com a lista de ofertas de serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo á demanda não resolvida.

Outro fator importante a ser considerado é a dinâmica entre os membros da família, pois quando se evidencia dificuldade no relacionamento entre os membros da família, acontecem problemas que afetam a estrutura, dinâmica e estabilidade familiar em seu conjunto, do ponto de vista biológico, psicológico e social.

A riqueza desse processo está em poder estabelecer novos elos causais e soluções que podem extrapolar o atendimento pontual e fragmentado dos problemas de saúde. As ações categorizadas como assistenciais, educativas, de vigilância epidemiológica, de sensibilização das famílias, de negociação, ou ações intersetoriais para a promoção à saúde são de muita importância para este grupo populacional e para o serviço de saúde.

No entanto, no trabalho no dia a dia do programa, na rotina das unidades, no desenvolvimento das atividades das equipes, algumas preocupações e problemas vão surgindo, e nem sempre aparecem de forma evidente. Entre os principais desafios enfrentados pela equipe do Programa de Saúde da Família está à busca do equilíbrio entre as pressões da demanda espontânea e da produção de procedimentos, e das necessidades impostas pelo princípio da responsabilização.

A experiência do cotidiano e o conhecimento das grandes dificuldades e demandas de um trabalho prioritariamente dirigido para comunidades empobrecidas (com índices de violência muito altos, uso de drogas ilícitas e ilícitas,desemprego, etc.), confrontado com algumas das recomendações do Ministério da Saúde para o programa, nos leva a uma inevitável reflexão sobre um dos princípios básicos do programa , o da promoção da saúde.

Portanto, ao analisarmos os registros do trabalho de campo podemos sugerir que devido às equipes não estarem desenvolvendo ações de promoção da saúde como: ações educativas com palestras e grupos operativos com metodologias participativas, reuniões sistemáticas ou outras atividades na comunidade , não ampliam seus conhecimentos sobre os problemas sociais , as situações de risco sanitário e ambiental da população sob sua responsabilidade , o que dificulta a organização do serviço a partir da real necessidade dos usuários.

4.5. LEGITIMAÇÃO DO PSF OU A PORTA DE ENTRADA ESTÁ EM OUTRO LUGAR?

Como já foi dito, a unidade de Saúde da Família deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde. A mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção e, nesse sentido, já que apresenta um poder indutor no reordenamento desses níveis, articulando-os através de serviços existentes no município ou região, o PSF é um dos componentes de uma política de complementariedade, não devendo isolar-se do sistema local.

Apesar de ser um dos objetivos do PSF organizar a demanda, em Rio Branco, isso se destaca como problema, pois o serviço do PSF no município ainda não deu conta de tornar visível à população usuária a dinâmica da prestação desse serviço.As ações preestabelecidas do PSF (atenção ao diabético, hipertenso, pré-natal, entre outras) acabam por inibir outras ações da estratégia, como o levantamento de problemas de saúde próprios da localidade, pelos usuários e pelos trabalhadores. Podemos afirmar que o desafio do PSF é mostrar sua capacidade de integração com serviços locais de saúde bem estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação. Observou-se que a experiência do PSF não tem conseguido mudar as formas de atuação já estabelecidas, e de criar outro modo de produzir saúde. O que se vê é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas.

Para que o PSF se consolide como porta de entrada no sistema de Saúde no município de Rio Branco-Ac é necessário o reconhecimento da população, a partir da respeitabilidade e confiança no serviço oferecido. Observou-se durante a pesquisa de campo que a comunidade não identifica a Unidade de Saúde da Família como um serviço capaz de resolver seus problemas de saúde, fato que leva à procura por outros serviços: ambulatórios de Centros de Saúde, ambulatórios especializados ou por serviços de urgência (pronto socorro).

Os registros abaixo expressam algumas necessidades não atendidas e cuidados básicos não realizados nas USF:

USF 1:

"...Chega um Sr. de camiseta vermelha, senta e começa a conversar com a recepcionista, sobre uma receita médica, o mesmo se queixa da diabete e veio na busca de medicamentos; em sua receita tinha prescrito dois medicamentos - insulina e captopril, mas na farmácia só tinha captopril - o mesmo comentou que sua mãe também era diabética e queria se consultar, a recepcionista diz que as consultas já foram marcadas para a tarde, terão apenas para amanhã , mande alguém vir às 2 h para agendar..."

"...Entra na unidade um homem junto com sua mãe pedindo que faça um curativo, daí o enfº disse, que estão sem a pomada sufadiazina de prata, pois se colocar as gazes e atadura vai grudar..."

"...um outro homem senta e é aferido sua pressão , o mesmo pergunta sobre o atendimento dentário, a ACD afirma que não está tendo atendimento odontológico, pois a sala está com o ar-condicionado quebrado...."

Nestes exemplos aparecem situações que dificultam o acesso. As duas primeiras tratam-se de falta de medicamentos básicos para atender a necessidade dos usuários e a segunda é a disponibilidade da agenda médica e do dentista.

ACS na visita domiciliar:

"...-ACS pergunta:A Sra. já tomou a vacina no ano passado, da gripe?

-D.Preta: tomei nada e nem esse ano também, esse ano foi aquela velha história... óia fia, eu tinha bronquite asmática, sofria muito de falta de ar, eu era igual a uma galinha como gogo, mas eu me consultei no pronto socorro e o médico passou um santo remédio..."

"... Moradora: Olha, o Marido foi consultar na 2ª feira na FUNDHACRE, da perna dele, que tava pior, e o médico passou nimesulida - 1 comp. de 12 em 12 h e passou 6 ampolas de benzentacil em 21 dias, tomar essas 6 messes 21 dias, mas eu to com dúvidas..."

Os registros acima mostram o pronto socorro e a Fundação Hospitalar – FUNDHACRE, como porta de entrada no sistema.

"...entra uma senhora de camisa verde e solicita pré-natal, a técnica diz que a enfermeira não vai vir e pede que venha amanhã cedo e será realizado o seu pré-natal..."

"...ACS diz: aqui nesta casa , a mãe tem 38 anos, ela está com uma bebê de 4 meses de nascimento, mas as vacinas estão todas atrasadas, só não as que tomou na maternidade...e uma menina de 6 anos que também não completou as vacinas..."

***"...** entra duas mulheres, uma de camisa verde, e a outra de camisa preta esta com uma bebe de colo e a outra criança de 03 anos, a mesma solicita pesagens, a A.C.S avisa que a enfermeira já foi e a técnica também..."*

As unidades não garantem o acesso nem com procedimentos básicos que são de sua responsabilidade.

Fila para consultas e citações de atendimentos em outras unidades

USF 1:

"...às 6h50min. da manhã, observo que a unidade se encontra fechad,a mas já tem alguns usuários à espera de atendimento... às 9h50min. a médica chega e inicia o atendimento médico com 15 pacientes confirmados..."

"...Uma usuária ao chegar na unidade e ao ficar sabendo que não tem vacina fala:

- já vim de 02 PSF e lá também não encontrei atendimento..."

USF 2:

"...Às 13h50min. a unidade já se encontra aberta e na unidade já tem alguns usuários aguardando a recepcionista para marcar as consultas ..."

ACS visitando:

"- D.Preta diz: minha filha, quando ta tudo bom aí a gente fica reclamando, as pessoas daqui... eu gasto minha aposentadoria todinha no consultório particular , mas não fico sofrendo humilhação ..."

"*... Moradora fala: eu fui lá hoje bem cedo atrás de consulta, mas o TE falou que a Médica ta de atestado, daí quando saí de lá fui direto ao C.S. Hidalgo de Lima, só cheguei agora, mas pelo menos consegui uma consulta pro meu filho..."*

USF 3

"... *a senhora de camisa preta com uma receita medica conversa com a médica ... a medica olha e verifica que tem apenas o nome do remédio, mas não diz as miligramas a serem tomadas e nem a quantidade de vezes por dia e diz que a senhora que terá que levar ao médico do HOSMAC tem que ser com o medico da sua mãe em seguida a senhora da receita sai..."*

"...entram duas mulheres e solicitam tirar pontos, mas a A.C.D diz que a técnica e nem a enfermeira não chegaram e diz para procurar ajuda no C.S. Hidalgo , pois é mais próximo e lá alguém vai tirar os pontos..."

Dentre as fragilidades encontradas, podemos citar:

- O acesso às Unidades de Saúde da Família (USF);
- Acolhimento nas USF;
- Recursos Humanos;
- Aspectos gerenciais e organizacionais.

Quanto ao acesso, podemos identificar problemas relacionados ao acesso organizacional e geográfico :

- O Acesso organizacional envolve a demora na obtenção da consulta, tipo de marcação e horário, turnos de funcionamento, forma de organização dos processos de trabalho, vínculo, acolhimento, demora para exames laboratoriais. Também engloba aspectos da continuidade da atenção: agendamento de consultas especializadas e mecanismos de referência e contrarreferência;

- A dimensão geográfica do acesso consiste em uma condição fundamental para a efetiva utilização dos serviços de saúde pela população. A proximidade dos serviços ao local de moradia dos usuários facilita o acesso. Ambas as unidades de saúde da família estudadas podem ser consideradas acessíveis para a população adscrita, sendo que este acesso é dificultado quando o usuário tem que se deslocar a unidade de referencia do segmento, o Centro de Saúde Augusto Hidalgo de Lima, pois apenas a USF 1 fica próximo ao Centro. Todas as demais unidades de referência, os usuários necessitam utilizar ônibus ou outro meio de transporte, devido a distância.

O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. Há uma relação entre acesso e acolhimento. Para CARVALHO & CAMPOS (2000), acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde, ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos.

Para BUENO & MERHY (1997), o acolhimento na saúde, deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. O acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre depois de ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma

negociação visando à identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde.

Segundo CAMPOS (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

O acesso funcional envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento. A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento.

A problemática dos Recursos humanos está centrada principalmente no recrutamento, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade. Uma formação inadequada á atuação em trabalho comunitário, ausência de capacitações, baixa remuneração salarial, educação permanente e ausência de supervisão surgem como fragilidades. A esse fato somam-se dificuldades pelas práticas incoerentes com as propostas de saúde da família.

Os aspectos gerenciais e organizacionais estão relacionados à composição e tamanho das equipes, referência para especialidades e apoio diagnóstico, a desestruturação de programas verticais, acompanhamento, controle e avaliação, e apoio estadual.

Todo este contexto possibilita o surgimento de várias portas de entrada no sistema de saúde local no município de Rio Branco, devido principalmente a dificuldade de organização de uma rede que possa garantir o acesso, a qualidade de atenção e a desestruturação de programas verticais.

CAPITULO V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se nesse estudo conhecer e compreender a realidade de algumas unidades do PSF no município de Rio Branco-Acre, tomando como reflexão o papel do PSF como porta de entrada no sistema de saúde. As considerações a seguir apresentadas serão como uma forma de contribuição para a melhoria do sistema municipal e não apenas como uma crítica destrutiva, desconsiderando todos os avanços e formas de organização local.

Observou-se que as Unidades de Saúde da Família não representam a porta de entrada no Sistema Municipal. Um dos problemas encontrado foi a forma de organização do processo de trabalho, as equipes não tem um projeto comum, ou seja, não realizam um planejamento baseado na realidade local, identificando as responsabilidades comuns e as especificas por profissionais, como também não há uma participação da comunidade, ou seja, não existe uma responsabilidade coletiva na organização do trabalho. Ficou evidente que o trabalho das equipes é centrado no médico e no atendimento curativo e que alguns profissionais organizam seu processo de trabalho de forma individual e fragmentado, dificultando o trabalho em equipe. O serviço se estrutura e se organiza para atender suas próprias necessidades e prioridades, sem nenhuma preocupação com as necessidades e satisfações dos usuários.

"Quando a população não participa desta construção, pode não se sentir no direito de ter acesso às ações desenvolvidas em determinado local. Ao profissional cabe facilitar a participação da população e expor as ofertas que o serviço possui. Trabalhando com a hipótese de uma eterna construção das pessoas, que ocorreria em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si (CAMPOS, 2000)".

O Processo de Trabalho das Equipes de Saúde deve ter sua atuação diretamente na comunidade, com um conhecimento mais profundo da realidade local, a presença do agente comunitário, a visitação domiciliar, a supervisão e acompanhamento pelo enfermeiro dos trabalhos dos ACS, pois acreditamos que algumas das ferramentas que a Estratégia de Saúde da Família dispõe, pode ser um diferencial importante na melhoria da qualidade da atenção.

Outro obstáculo encontrado foi a forma de como as pessoas são acolhidas na sala de espera, o contato inicial é feito por profissional não qualificado para a escuta, para o encaminhamento ou resolução das queixas; o horário de funcionamento informado não é cumprido; o acesso para consultas médicas é dificultado devido ao reduzido número de fichas, enfrentamento de longas filas, o tempo alto na sala de espera e o não cumprimento da carga horária .

Outro problema foi a dificuldade de acesso à consulta odontológica, pois existe uma demanda reprimida muito grande e o serviço odontológico disponível não é suficiente para atender as necessidades da população .

Na rotina das unidades ficou predominante que o serviço é autoritário, pois os usuários são obrigados a submeterem-se as ofertas disponíveis, sem levar em consideração suas necessidades, contrariando o principio da integralidade. As unidades devem organizar seu trabalho a partir da vulnerabilidade dos seus usuários, dando um encaminhamento responsável e resolutivo às demandas, inclusive aquelas que a equipe não consegue resolver. O agendamento é a estratégia de organização da oferta dos serviços prestados pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família estudadas, utilizado como recurso operacional para ordenamento das demandas apresentadas pela população, sendo, pautado em programas de controle de doenças crônicas degenerativas (como por exemplo: hipertensão e diabetes).

Observou-se que o sistema de referência e contrarreferência por serviços especializados e para o apoio diagnóstico constituem um grande nó crítico para uma melhor resposta das Unidades de Saúde da Família. Faz-se necessário institucionalizar o sistema, definindo as responsabilidades municipais e estaduais, as normas e protocolos de encaminhamento e transferências de clientes e o principal, ampliando o número de vagas para as consultas especializadas, uma vez que o município de Rio Branco atende as demandas de outros municípios.

Outro fator importante a ser considerado é a falta de capacitação dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da Atenção Básica de Saúde, especificamente no Programa Saúde da Família. Sugere-se a implantação de uma política de educação permanente (em serviço) no sentido de qualificar melhor os profissionais que atuam no PSF.

Fica evidente que a população moradora da região pesquisada necessita de um serviço onde exista um melhor vínculo entre as equipes e a comunidade. As unidades de saúde da família são utilizadas apenas em algumas situações específicas pelos usuários e que em vários momentos foram relatados fatos que indicavam a procura por outras unidades para resolução dos problemas de saúde, ou seja, a porta de entrada está em outro lugar. Concordamos com CECILIO (1997) quando afirma que "...as pessoas , diante de suas necessidades, acabam acessando o sistema por onde é possível, contrariando qualquer delírio racionalista que os técnicos do setor saúde continuam a defender...". Observou-se que a população acessa o sistema, por conta própria, por várias entradas, na tentativa de garantir seu atendimento.

Durante a pesquisada não foram identificadas ações voltadas para a promoção da saúde. Por este motivo, tentativas de análise das práticas de promoção da saúde no Programa de Saúde da Família no município de Rio Branco, seriam de grande relevância na avaliação do Programa como um todo.

Finalmente podemos afirmar que uma das formas de legitimar as unidades de saúde da família perante a população de Rio Branco-Acre é cumprir suas atribuições realizando ações de vigilância a saúde. Garantir o acesso as pessoas quando necessitarem de atendimento, estabelecer uma relação acolhedora no encontro dos usuários com os trabalhadores com compromisso e responsabilização pela saúde dos mesmos. Sendo necessária inclusive, por parte da gestão, a incorporação da prática de avaliação do cotidiano nas unidades, com vistas às mudanças na perspectiva de atender as necessidades dos usuários conforme os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

6- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, F.A.; SANTOS, M.; FERREIRA, S. M. G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p.111-132.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface – Comum. Saúde Edu.**, v.5, n. 9, p.150-153,2001.

ANDRADE, F. M. O. **O programa de saúde da família no Ceará:** uma análise de sua estrutura e funcionamento. 1998. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P. M.. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. Ciênc. **saúde** coletiva [online]. 2007, vol.12,

ASSIS, M.M.A. *et al*. **Acesso aos serviços de saúde**: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciên.Saúde Coletiva**, v.8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectiva. Texto para Discussão**, n. 401, Brasília: Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família*. Brasília, documento oficial, 1994.

BERTOLLI , F. C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BERTONCINI, J. H**. Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau [Dissertaçãode Mestrado].** Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina;2000.

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

BOTAZZO C. Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada. São Paulo: Edusc; 1999.

BRANCO, M.A.F. Sistemas de informação em saúde no nível local. Cad Saúde Pública 1996; 12:267-70.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil** . Brasília DF: Senado,1988.

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

_____.Ministério da Saúde. **Perfil dos médicos e enfermeiros do programa saúde da família no Brasil:** relatório final. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Relatório final**: avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos. Brasília; 2002.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. **Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série Pactos pela Saúde 2006** volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.CNS: Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde. *Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho.

_____.Ministério da Saúde.**Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – Brasília:Ministério da Saúde, 2006.8 p. (Série E. Legislação de Saúde)

_____.Ministério da Saúde. ***Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*.** Ministério da Saúde, Brasília,2004.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço:** relatório final. Brasília, 2004.

_____.Conselho Nacional de Secretários de Saúde.**SUS: avanços e desafios**./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006.164 p.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação Para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família:** Documento Técnico. Brasília, 2006c.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento **Política Nacional de Atenção Básica** de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL.Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde,Brasília: CONASS, 2009.282 p.

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).** Disponível em <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>. Acesso em: 11 mar 2009.

_____.Ministério da Saúde.**Declaração de Alma-Ata**.Conferência Internacional.....

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação.**Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira,

BUENO, W.S.; MERHY,E.E. **Os equívocos da NOB 96:** uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? http: //www.datasus.gov.br/cns/temas / NOB96 / NOB96 crit.htm (acessado em 14 Fev/2008).

CAMPOS,C.E.A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 569-584. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface –** Comunic., Saúde, Educ., 2007. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762. 2007.

CAMPOS, F.E.; BELISARIO, S.A. **O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2001, vol.5, n.9, pp. 133-142. ISSN 1414-3283.

CAMPOS,G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde.** In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 229-66.

CAMPOS,G.W.S.Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** *,1999,*15(1):187-193.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciên. Saúde Coletiva**, v.2, n.5, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência**: **uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007a, vol.23, n.2, pp. 399-407. ISSN 0102-311X.

CAMPOS, G.W.S. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes.** Cadernos ABEM ,v.3,Out 2007b.Disponível em: http://www.abem educmed.org.br/pdf_caderno3/cadernos/papel_rede_atencao_basica.pdf.Acesso em : 12 maio 2009.

CARVALHO,S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad Saúde Pública 2000; 16:507-15.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Saúde da Família**: um novo modelo de atenção. Fortaleza, 1995.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde**: **da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.13, n.3, pp. 469-478. ISSN 0102-311X.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos.** São Paulo: Atlas, 1992.

CONILL, Eleonor Minho. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias**: **discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, suppl., pp. S191-S202. ISSN 0102-311X

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006. 165 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf>.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZA, Z.M.A (Org.).**Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1997.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, M. B. de S.; SILVA, M. I. T. da. Impacto da criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro. **Rev. Enfermagem UERJ,** v. 12, n. 3, p. 272-279, dez. 2004.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre, SCHOTT, Márcia, AZEREDO, Catarina Machado *et al*. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde**. *Epidemiol. Serv. Saúde*, set. 2006, vol.15, no.3, p.7-18. ISSN 1679-4974.

CUENCA, A.M.B. et al. **Guia de apresentação de teses**.Universidade de São Paulo.Faculdade de Saúde Pública.2 ed.São Paulo : A Biblioteca,2006.

CUNHA, A. J. L.; SILVA, M. A. F.; AMARAL, J. A estratégia de "Atenção integrada às doenças prevalentes na infância – AIDIPI" e sua implantação no Brasil. **Rev. Pediatria do Ceará,** v. 2, p. 33-38, 2001 .

CYRINO,E.G. et al. (org.). **A universidade na comunidade. Educação médica em transformação**. UNESP, Botucatu.2005.

ESCUREDO, P. **Salud en tiempos de crisis**: bases para una propuesta de instrumentación que permita evaluar condiciones de eficiencia y capacidad resolutiva de servicios de salud. Washington: OPS-Salud Maternoinfantil- Grupo Interprogramático, 1989. Mimeo.

FELISBINO, J. E.; NUNES, E. P. **Saúde da Família**: planejando e programando a saúde dos municípios. Tubarão: Unisul, 2000.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev Bras saúde matern. Infantil,** v. 4, n.3, p.317-321, jul./set. 2004.

FERRAZ, L. *et al*. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre.**Ciên. Saúde Coletiva**, v. 10, n.2, p.347-355, 2005.

FRANCO, A. L. S. **A relação médico paciente no contexto do Programa Saúde da Família: um estudo observacional em três municípios baianos. 2002.** Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

FRANCO, A. L. S.; BASTOS, A. C. de S.; ALVES, V. S. A relação médico-paciente no programa saúde da família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 246-255, jan./fev. 2005

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. PSF: contradições e novos desafios. **Tribuna livre,** Belo Horizonte / Campinas, março, 1999, disponível em: htpp://www.datasus.gov.br/cns/temas/ Tribu-buna/PSFTito.html (acessado em 03/03/2008).

_____, T.B.; BUENO,W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim(MG). In : MERHY, E.E. et al (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucite, 2003, p.37-54.

_____, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. *et al*. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006a. cap. 3, p. 55-124.

FRANCO, T.B.As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde.in PINHEIRO,R. & MATOS,R.A. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde** . Rio de Janeiro: CEPESC, 2006 b. 484 p.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D. S. C. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. **Ciên. Saúde Coletiva**, v. 11, n.1, p.131-144, 2006.

FRATINI, J.R.G.;SAUPE,R.M..A Referência e Contra Referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. Cienc. Cuid . Saúde, 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GABRIELLI, J. M. W. **Formação do enfermeiro:** buracos negros e pontos de luz. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxo e perspectivas. **Cad. Saúde Pública,** v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GIOVANELLA, L. *et al*. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2003.

GOLDIM, J. R. **Pesquisa em saúde**: leis, normas e diretrizes. 2. ed. Porto Alegre: Hospital das Clínicas de Porto Alegre, 2000.

KLEIN, E.P. **A Implantação e Organização dos Serviços de Saúde no Território Federal do Acre e no Estado do Acre.**Centro de Ciências da Saúde e Desporto-Universidade Federal do Acre,Rio Branco-Acre,2005.

LAKATOS, E. M. MARCONI, M.A. **Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório,publicações e trabalhos científicos**.6. ed.São Paulo: Atlas, 2001.

LESSA, G. M. **A atuação da enfermeira nas equipes do programa de saúde da família no Estado da Bahia.** Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2004.

LORA, A.P. Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no Município de Pedreira, São Paulo / Adriano Peres Lora. Campinas, SP : [s.n.], 2004

MACHADO, M. H. Programa de Saúde da família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil de médicos e enfermeiros. In: **Os sinais vermelhos do PSF,** org. Maria Fátima de Sousa. São Paulo, editora Hucitec, 2002.

MATUMOTO, S., 1998**. O Acolhimento: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde.** Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de RibeirãoPreto, Universidade de São Paulo,1998.

MARTÍNEZ, F (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 121-136.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____, E. V. **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 1998. 359 p.

MENDES GONÇALVES, R.B . **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo:HUCITEC/ABRASCO,1994.

MERHY, E. E. 1997. A Rede Básica cmo uma Construção de Saúde Pública e seus Dilemas. In: *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público,* pp. 197-266. São Paulo - Buenos Aires: Hucitec - Lugar Editorial

_____, E.E. ; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde, um desafio para o público**.São Paulo: HUCITEC, 1997. do trabalho vivo em ato. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997 a . p. 71-112.

_____, E.E. **A rede básica como uma construção de saúde pública e seus dilemas**. In: Merhy, E. & Onocko, R. (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, pp. 197-228, 1997 b.

_____,E.E. et al.**Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. In: MERHY, E.E., Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997 c. p. 113-50

_____, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica** trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. 1a Ed. São Paulo: Cortez Editora; 1997d. p. 61-112.

_____, E.E. **O ato de cuidar***:* a alma dos serviços de saúde. Texto produzido a partir do texto didático: o ato de cuidar como um dos nós críticos-chave dos serviços de saúde. Curso DMPS/FCM/Unicamp; 1999

_____, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção.In : MERHY, E.E. et al (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucite, 2003, p.15-35.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MERHY et all.O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: um caso de Betim MG. In : MERHY, E.E. et al (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2007,p.39-54.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

_____, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 24. ed. Rio de Janeiro: Vozes,1994. 80p.

MISHIMA, S. M.; CAMPOS, A. C. O trabalho no Programa de Saúde da Família – perfil das equipes. **REME-Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v.7, n.2, p.124-133, 2003.

MIRSHAWKA, V. **Hospital: fui bem atendido – a vez do Brasil.** São Paulo: Makron Books, 1994.

MOTTA, K. M. T. Puericultura: concepções e práticas da enfermagem no Programa Saúde da Família. **Rev RENE.** Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 544-551, jul-ago. 2003.

MORAES, I. H. S. & SANTOS, S. R. R. F. (2000), **Relatório Final da Oficina de Trabalho: "Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas". Salvador:VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. GTISP/ABRASCO.

MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças.** São Paulo: Hucitec, 2000.

NICHIATA, L.Y.I., FRANCOLLI, L.A. O Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB como um instrumento de trabalho da equipe no Programa Saúde da Família: a especificidade do enfermeiro. In: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE, organizador. **Manual de enfermagem**. São Paulo: Ministério da Saúde; 2001. p. 29-33.

NOGUEIRA ,R.P. O trabalho nos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. p. 59-63.

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

NUNES, M. O. *et al*. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1639-1646, 2002.

ORGANI ZAÇÃO MUNDIAL DA S AÚDE. **Cuidados Primários de saúde:** r elat ór i o da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma- Ata. Brasília, UNICEF, 1978.

OLIVEIRA, V. Comunicação, informação e ação social. In: BRASIL. **Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da** MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 1998. 359 p.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N.**Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-586.

PEDROSA, J. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.303-311, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo**,** v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZi M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação [tese].** Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS Rubens A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**.Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PIANCASTELLI ,C.H; FARIA, H.P, SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: Santana JP, organizador. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família.** Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. p 45-50.

PINTO,I.C. **Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão: rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP. [tese].** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev Brasileira de Enfermagem** 2000a; 53:251-63.

PIRES, D**. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem.** Rev Baiana Enfermagem 2000b; 13:83.

PONTES, R. J. S.; MACHADO, M. M. T.; MOTA, M. V.; BARBOSA, J. C. PITS: quem integra o programa no Ceará. **Rev. Ciência e Tecnologia FUNCAP,** v**.** 6, n. 3, p. 30-31, 2004.

RAMOS, D.D.; LIMA, M. A.D.S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003 , vol.19, n.1, pp. 27-34.

REIS , C.O.O. **Desigualdade no acesso aos serviços de saúde**. In: Negri B, Giovanni G, organizadores. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Núcleo de Estudos de Política Pública, Universidade Estadual de Campinas; 2001. p. 579-86.

RIBEIRO,E.M.;PIRES,D.;BLANK,V.L.G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. **Cadernos de Saúde Pública**,Rio de Janeiro, v.20, n.2, Mar./Apr. 2004.

RODRIGUES, A. A. A. O. **Construção de Sujeitos, Saberes e Práticas na Saúde Bucal de Alagoinhas - Bahia:** o trabalho cotidiano no Programa de Saúde da Família como protagonista da mudança. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005a.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-BA. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v.29, n.2, p. 273-285, 2005b.

RODRIGUES, V. V. **O enfermeiro no programa saúde da família:** reflexões sobre sua atuação na perspectiva da teoria da contingência. 2003. 98 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

SANTOS, A. M. **Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família**: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.9,n.2, p.190-200, 2006.

SANTOS, A. M. *et al*. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal doPrograma Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 75-85, 2007.

SAKATA, Karen Namie et al. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.6, pp. 659-664. ISSN 0034-7167.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Desafios Atuais da |Integralidade em Saúde.** Jornal da Rede Feminista de Saúde , nº 17, maio, 1999.

SCHERER, M. D.A. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade** [tese] / Magda Duarte dos Anjos Scherer. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2006. 232 p.;

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública,** v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SEVALHO, Gil. **Velocidade/aceleração temporal e infecções emergentes**: **epidemiologia e tempo social**. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 1996, vol.3, n.2, pp. 217-236. ISSN 0104-5970.

SHIMIZU, Helena Eri; DYTZ, Jane Lynn G.; LIMA, Maria da Glória e MOURA, Ana Socorro de. **A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, vol. 12, no. 5, pp. 713-720. ISSN 0104-1169.

SILVA, Lucilane Maria Sales da, GUIMARAES, Terezinha de Andrade, PEREIRA, Maria Lúcia Duarte *et al*. **Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids**. *Epidemiol. Serv. Saúde*, jun. 2005, vol.14, no.2, p.97-104. ISSN 1679-4974.

SILVA, A. L. F. *et al*. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 246-55, 2005.

SILVA, R.V.B. *et al.* Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R.A (Orgs). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, Hucitec, 2004. p.75-90.

SILVA, J. Á.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, M. J. **Agente de saúde:** agente de mudança? A experiência do Ceará. Fortaleza: Gráfica LCR,1997.

SILVA, J.F. In: BRASIL.Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.Assistência de média e alta complexidade do SUS.Brasília: Conass , 2007. ssn 0102-311x.

SILVA, L. M.S. *et al*. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. *Epidemiol. Serv. Saúde*, jun. 2005, vol.14, no.2, p.97-104. ISSN 1679-4974.

SOARES , L.T. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal.
Rev Bras Enfermagem 2000; 53:17-24. [Links]

SOUZA, M.B. Política estadual de ciência, tecnologia e inovação em aúde.In: Uchoa SAC. (Relatora). *Conferência Estadual de Ciência, Tecnologia e novação em Saúde*, 1ª. 2004. Relatório Final. Rio Grande do Norte [acessado em 2009 julho 13]

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

TANAKA, O. U.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 121-136.

TANAKA, O.Y.;RIBEIRO, E.L.. **Ações de saúde mental na atenção básica**: **caminho para ampliação da integralidade da atenção**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 477-486. ISSN 1413-8123.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M. **Perfil dos trabalhadores no Programa Saúde da Família.** Rev Bras Enferm ,2000; 53:386-400.

TRAD, Leny Alves Bomfim; BASTOS, Ana Cecília de Souza; SANTANA, Edyara de Morais and NUNES, Mônica Oliveira. **Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2002, vol.7, n.3, pp. 581-589. ISSN 1413-8123.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública,** v. 18,n.6, p 1561-1569, 2002.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. p. 221-235.

VANDERLEI, M.I.G. **O gerenciamento nas Equipes de Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão**. Ribeirão Preto, 2005.245 p.

VICTORA,C.G. et al. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema** . Rio de Janeiro,Editora :Tomo Editorial, 2000, 136 p.

VILLAS BOAS et al. **A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa**: **uma breve reflexão**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.4, pp. 1355-1360. ISSN 1413-8123.

WESTPHAL, Márcia Faria. O Movimento Cidades / Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. Disponível em www.scielo.br. Acessado em 14/05/05;

ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1) Como ocorre o planejamento das ações de saúde na unidade? Participa todos os profissionais e a comunidade?
2) É notável uma relação de poder no processo de trabalho da Equipe?
3) Como se dá o processo de divisão de trabalho na Equipe de Saúde?
4) Ocorre conflitos no processo de trabalho ? Que tipos de conflitos (pessoais, categorias profissionais, com a comunidade, institucionais) ?
5) Há encontros ou reuniões para acompanhar ou avaliar o processo de trabalho?

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS GRUPOS

1) Como vocês planejam as ações de saúde nesta unidade? Todos os profissionais participam? E a comunidade participa?
2) No Processo de trabalho desta equipe existe uma relação de poder entre os profissionais?
3) Como ocorre a divisão do trabalho nesta equipe?
4) Já ocorreu ou ocorre algum conflito no trabalho desta Equipe? Como vocês procuram resolver?
5) Vocês se reúnem para analisar ou avaliar as ações desenvolvidas?

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Herleis Maria de Almeida Chagas

ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisadora: Herleis Maria de Almeida Chagas

Profissão: Enfermeira

Instituição: Universidade Federal do Acre

Telefone para contato: (68) 3229 6803 ou 92060581 (celular)

Você está sendo convidado (a) para participar de um estudo que pretende acompanhar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

Para isso, estamos observando o dia dia dos profissionais de saúde no local de trabalho registrando em um diário de campo, como também faremos discussão em grupo onde essas reuniões serão registradas e gravadas. Sua participação é permitir ser observado no cotidiano do seu trabalho, como também falar e/ou comentar sobre sua rotina de trabalho, permitindo inclusive o registro e gravações.

Todas as observações e registros serão utilizados para a realização de Dissertação de Mestrado que será apresentada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-USP. A sua participação não é obrigatória e o senhor (a) pode se recusar a responder a qualquer pergunta, Sua valiosa participação será apresentada sem mencionar o seu nome. Assim, suas respostas não prejudicarão suas relações no processo de trabalho.

Declaro que após ter sido esclarecido (a) sobre a pesquisa, consinto em participar na qualidade de voluntário deste projeto de pesquisa.

Rio Branco-Acre, _____/_____/_____.

_____ _____

Sujeito da Pesquisa Pesquisadora

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-UFAC

DECLARAÇÃO

O Projeto: "**A percepção dos profissionais de saúde sobre o cotidiano do processo de trabalho no programa saúde da família no município de Rio Branco-Acre**", **protocolado sob o nº. 23107.003789/2008-23**, da Pesquisadora **HERLEIS MARIA DE ALMEIDA CHAGAS**, após ter sido submetido a este Comitê foi categorizado como APROVADO no dia 26/09/08, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP.

Rio Branco-Acre, 26 de setembro de 2008.

Profª. Drª. Elizabeth Miranda de Lima
Coordenadora do CEP-UFAC em Exercício

Of.COEP/ 300 / 08

Protocolo	1833
Projeto de Pesquisa	A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O COTIDIANO DO PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMIÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - ACRE
Pesquisador(a)	Herleis Maria de Almeida Chagas

05 de DEZEMBRO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP **analisou,** em sua 10.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 28/11/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulada e o considerou **APROVADO.**

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Maria Cecília Loschiavo dos Santos
Professora Doutora
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª MARIA DA PENHA COSTA VASCONCELLOS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Herleis Maria de Almeida Chagas

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Acre (2003) e graduação em biologia licenciatura plena pela Universidade Federal do Acre (1989).É especialista em Saude Publica e Docente na Área de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 05/11/2009
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/6237419926090578

Certificado pelo autor em 05/11/09

Dados pessoais

Nome Herleis Maria de Almeida Chagas

Nome em citações bibliográficas CHAGAS, H. M. A.

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade Federal do Acre, Departamento de Ciências da Saúde e Educação Física.
Campus Universitario Prof.Aulio Gelio BR 364, Km 4
Distrito Industrial
69915-900 - Rio Branco, AC - Brasil
Telefone: (068) 39012584

Formação acadêmica/Titulação

2007 Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Quando a porta de entrada não resolve: analise das equipes de saude da famiia no municipio de Rio Branco-Acre, *Orientador:* Maria da Penha Vasconcellos.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

2004 - 2005 Especialização em educaçao profissional na área de saúde :enfermagem . (Carga Horária: 660h).
Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.
Título: O processo de Avaliação na Educação Profissional do Técnico de Enfermagem.
Orientador: Maria Cleide Bezerra Mota.

1995 - 1995 Especialização em saude publica . (Carga Horária: 690h).
Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.
Título: O Espaço Urbano e a Mortalidade Infantil em Rio Branco-Acre.

1997 - 2003 Graduação em Enfermagem .
Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.
Título: Avaliação do Programa de Hipertensão e Diabetes na rede Básica do Municipio de Rio Branco.
Orientador: Paulo Klein.

1985 - 1989 Graduação em biologia licenciatura plena .
Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.

Maria da Penha Costa Vasconcellos

Graduada em Psicologia e mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo/USP (2000). Docente na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, desenvolve pesquisas e orientações na pós-graduação com ênfase em questões da sociedade contemporânea e saúde pública. Membro fundador do Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Saúde Pública e responsável pelo Centro de Memória da Saúde Pública/FSP - USP. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes recortes temáticos: desigualdade social, historia social e cultural das práticas de saúde, dimensões subjetivas do processo de adoecimento, entre outros.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 22/10/2009
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/3628660302048530

Dados pessoais

Nome Maria da Penha Costa Vasconcellos

Nome em citações bibliográficas VASCONCELLOS, M. P.

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno
Avenida Dr. Arnaldo 715
Cerqueira César
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667703 Fax: (11) 30850240
URL da Homepage: http://www.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

2008 Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Ensaio sobre a Fenomenologia Interpretativa na perspectiva de Alfred Schutz: uma cor
pesquisa qualitativa na investigação em Saúde Pública. Nota de aprovação 9,54, *Ano de obte*
Palavras-chave: ciencias sociais; investigação; saúde pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

2004 Livre-docência.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
Título: A contribuição da psicologia social no campo da Saúde Pública, em 4/6/2004. Nota de
Ano de obtenção: 2004.
Palavras-chave: Departamento de Psicologia Social.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Psicologia / *Subárea:* Psicologia Social.
Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.

1995 - 2000 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Os (des)caminhos da formação sanitária e os direitos sociais: uma reflexão a partir da
Pública de Minas Gerais, *Ano de Obtenção:* 2000.
Orientador: Jair Lício Ferreira Santos.
Palavras-chave: Formação Sanitária; políticas públicas; políticas sociais.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

1986 - 1992 Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) (Conceito CAPES 4) .
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
Título: A doença mental acima de qualquer suspeita: Franco da Rocha e a prática psiquiatric
Paulo - 1885 à 1923, *Ano de Obtenção:* 1992.
Orientador: Mary Jane Paris Spink.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, , .

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