

Altamira Pereira da Silva Reichert
Ana Patrícia Pereira Moraes
Anyá Pimentel Gomes F. Vieira Meyer
Renata de Sousa Alves
Organizadoras



Avaliação e Gestão do Cuidado na Saúde da Família



EDIÇÕES
UFC

Avaliação e Gestão do Cuidado na Saúde da Família

Presidente da República
Michel Temer

Ministro da Educação
Mendonça Filho

Universidade Federal do Ceará

Reitor

Prof. Henry de Holanda Campos

Vice-Reitor

Prof. Custódio Luís Silva de Almeida

Edições UFC

Diretor e Editor

Prof. Antônio Cláudio Lima Guimarães

Conselho Editorial

Presidente

Prof. Antônio Cláudio Lima Guimarães

Conselheiros

Prof^a. Angela Maria R. Mota de Gutiérrez

Prof. Gil de Aquino Farias

Prof. Italo Gurgel

Prof. José Edmar da Silva Ribeiro

Organizadores

Altamira Pereira da Silva Reichert
Ana Patrícia Pereira Moraes
Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
Renata de Sousa Alves

Avaliação e Gestão do Cuidado na Saúde da Família



EDIÇÕES
UFC

Fortaleza
2016

Avaliação e gestão do cuidado na saúde da família

© 2016 Copyright by Altamira Pereira da Silva Reichert, Ana Patrícia Pereira Morais, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, Renata de Sousa Alves (organizadoras)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Todos os Direitos Reservados

Edições UFC

Av. da Universidade, 2932 – Benfica – Fortaleza – Ceará

CEP: 60020-181 – Tel. /Fax: (85) 3366. 7766 (Diretoria)

3366. 7499 (Distribuição) 3366. 7439 (Livraria)

Internet: www.editora.ufc.br – E-mail: editora@ufc.br

Esta publicação contou com o apoio da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Moacir Ribeiro da Silva

REVISÃO DE TEXTO

Leonora Vale de Albuquerque

NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Perpétua Socorro Tavares Guimarães

PROGRAMAÇÃO VISUAL E DIAGRAMAÇÃO

Carlos Raoni Kachille Cidrão

CAPA

Valdiano Araújo Macedo

Catálogo na Fonte

Bibliotecária: Perpétua Socorro T. Guimarães CRB 3 801–98

Avaliação e gestão do cuidado na saúde da família / Altamira Pereira da Silva Reichert, Ana Patrícia Pereira Morais, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, Renata de Sousa Alves [organizadoras]._ Fortaleza: Edições UFC, 2016.

408 p.: il.

Isbn: 978-85-7282-698-3

1. Assistência à saúde – Brasil 2. Família – assistência médica 3. Programa Saúde da família I. Reichert, Altamira Pereira da Silva II. Morais, Ana Patrícia Pereira III. Meyer, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira IV. Alves, Renata de Sousa V. Título

CDD: 614

Organizadoras

Altamira Pereira da Silva Reichert

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1990), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (1998) e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (2011). Atualmente é Professora Associada I da Universidade Federal da Paraíba. Leciona no Curso de Graduação e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. É Vice-Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Nucleadora UFPB; Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPB. Líder do Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária-GESCAAP, tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Pediátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde da criança, saúde da família, mães, recém-nascido e Atenção Primária à Saúde.

Ana Patrícia Pereira Morais

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1995). Doutora em Saúde Pública pela FSP/ USP (2010), Mestre em Saúde Pública (2001) especialista em Saúde Pública, especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará (2001). Docente (Professora Assistente/nível-5) da Universidade Estadual do Ceará/ UECE. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas Públicas de Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva e saúde mental, saúde pública, organização de serviços de saúde, aspectos psicossociais e saúde do trabalhador.

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (1998), Mestrado em Odontopediatria (MSc) - University of London-Inglaterra (2000) e Doutorado em Odontologia na University of Toronto-Canadá (2005). Atualmente é Pesquisadora Especialista da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ - CE e Coordenadora Geral do Mestrado Profissional em Saúde da Família por esta mesma ins-

tituição. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: ESF, saúde bucal (em populações de risco), flúor e fluorose dental.

Renata de Sousa Alves

Possui Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Ceará (2002), Mestrado (2005) e Doutorado (2008) em Farmacologia pela UFC. Professora do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (FFOE/UFC). Vice-Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF (Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família). Tutora do Pró-PET Saúde/UFC (2013-2014). Chefe do Laboratório Escola, Laboratório de Análises Clínicas e Toxicológicas Prof Dr. Eurico Litton Pinheiro de Freitas (2012-2015), da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

Agradecimentos

Gostaríamos de expressar nossa gratidão:

Ao Ministério da Saúde;

À Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;

À Fundação Oswaldo Cruz – Ceará;

À Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde;

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF ;

À Editora da Universidade Federal do Ceará;

Ao Val Macedo, pela criação da capa;

E a todos os autores dos capítulos deste livro por acreditarem na transformação da sociedade pela produção de conhecimento.

As Organizadoras

Sobre Os Autores

Adriana Santos Lopes. Enfermeira. Mestra em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

Alexandre Medeiros de Figueiredo. Mestrado Profissional em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil(2011) Professor da Universidade Federal da Paraíba , Brasil.

Ana Patrícia Pereira Moraes. Enfermeira. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual do Ceará (RENASF/UECE).

Ana Roberta Vilarouca da Silva. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Andrea Caprara. Médica. Professora Doutora da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Andrea Gomes Linard. Enfermeira. Professora Doutora do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Ceará (RENASF/UFC).

Andrea Tabora Ribas da Cunha. Médica. Mestra em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN). Professora Adjunta da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN).

Annatália Meneses de Amorim Gomes. Psicóloga. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual do Ceará (RENASF/UECE).

Antônio Germane Alves Pinto. Enfermeiro. Professor Doutor do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Regional do Cariri (RENASF/URCA).

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer. Dentista. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Fundação Oswaldo Cruz (RENASF/FIOCRUZ).

Carina Guerra Cunha. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas. Enfermeira. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA)

Claudete Ferreira de Souza Monteiro. Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Federal do Piauí (RENASF/UFPI).

Cleide Carneiro. Assistente Social. Professora Doutora da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo. Médica. Professora Doutora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Danielle Yasmin Moura Lopes de Araújo. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Nucleadora Universidade do Piauí (RENASF/UFPI).

Dorlene Maria Cardoso de Aquino. Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

Dyego Leandro Bezerra de Souza. Dentista. Professor Doutor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Ediléia Marcela Dutra. Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil(2014) Coordenador Local Curso Técnico Enfermagem da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia , Brasil.

Elaine Tomasi. Assistente Social. Professora Doutora da Universidade Federal de Pelotas - UFPel.

Eliana Goldfarb Cyrino. Doutorado em Pediatria [Botucatu] pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil(2002) Professor Assistente Doutor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho , Brasil.

Eliane Feitosa C. de Almeida. Médica Sanitarista da Unidade Saúde da Família Nova Natal I.

Eliany Nazaré Oliveira. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Brasil (2004). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil. Docente Permanente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará e do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Elizabete Gonçalves Magalhães Filha. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Regional do Cariri (RENASF/URCA).

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz. Enfermeira. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

Évertton José Ferreira de Araújo. Farmacêutico. Doutorando em Biotecnologia pelo RENORBIO.

Fábio Solon Tajra. Médico. Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Francijane Diniz de Oliveira. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

Francisca Verônica Moraes de Oliveira. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Federal do Ceará (RENASF/UFC)

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior. Médico. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Ceará (RENASF/UFC).

Geilson Mendes de Paiva. Enfermeiro. Mestrando do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Geórgia Sibebe Nogueira da Silva. Psicóloga. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

Glauberto da Silva Quirino. Enfermeiro. Professor Doutor do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Regional do Cariri (RENASF/URCA).

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque. Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

Jaciara de Sousa Andrade. Enfermeira.

João Bosco Filho. Enfermeiro. Professor Doutor da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

João Kildery Silveira Teófilo. Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Brasil(2014) Professor do Faculdades INTA , Brasil.

José Jová Mourão Netto. Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

José Maria Ximenes Guimarães. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceara/UECE (2012), Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceara (2007), Brasil. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família e do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceara.

Joselany Áfio Caetano. Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC.

Joyce Bezerra Portela de Deus. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual do Ceará (RENASF/UECE).

Kênio Costa Lima. Dentista. Professor do Departamento de Odontologia da UFRN

Liberata Campos Coimbra. Enfermeira. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

Ligiana Nascimento de Lucena. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

Lívia de Sousa Rodrigues. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Regional do Cariri (RENASF/URCA).

Luís Odorico Monteiro de Andrade. Professor da Universidade Federal do Ceará – UFC.

Luiz Augusto Facchini. Médico. Professor Doutor da Universidade Federal de Pelotas - UFPel.

Mailson Fontes de Carvalho. Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Piauí (RENASF/UFPI).

Maísa Paulino Rodrigues. Dentista. Professora Doutora do Programa de Mestrado em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

Marcos Aguiar Ribeiro. Graduando em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Bolsista de Iniciação Científica e Tecnológica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Maria de Fátima Antero de Sousa Machado. Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Regional do Cariri (RENASF/URCA).

Maria dos Remédios da Silva Lira. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

Maria Gláucia Alves Albuquerque. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

Maria Rocineide Ferreira da Silva. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UECE).

Maria Socorro de Araújo Dias. Enfermeira. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

Maria Zélia de Araújo Madeira. Professora Doutora da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

Marília de Lima Holanda. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Ceará (RENASF/UFC)

Maristela Inês Osawa Vasconcelos. Enfermeira. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

Marize Melo dos Santos. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Federal do Piauí (RENASF/UFPI)

Marlos Ribeiro Araújo. Psicólogo. Mestre em Saúde da Família. Professor Substituto do Departamento de Psicologia da UFPI área de Saúde Coletiva.

Mary Anne Medeiros Bandeira. Farmacêutica. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Ceará (RENASF/UFC).

Meire Maria de Sousa e Silva. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Piauí (RENASF/UFPI).

Moacir Andrade Ribeiro Filho. Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Regional do Cariri (RENASF/URCA).

Nair Portela Silva Coutinho. Enfermeira, Professora Doutora da Universidade Federal do Maranhão-UFMA.

Neiva Francenely Cunha Vieira. Enfermeira. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/UFC).

Raimunda Magalhães da Silva. Enfermeira. Professora Doutora da Universidade de Fortaleza, Ceará.

Raimundo Antonio da Silva. Médico. Professor Doutor da Universidade Federal do Maranhão-UFMA.

Rejane Christine de Sousa Queiroz. Médica. Professora Doutora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Renata de Sousa Alves. Farmacêutica. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Ceará (RENASF/UFC).

Ricardo Henrique Vieira de Melo. Cirurgião-Dentista. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

Riksberg Leite Cabral. Mestre em Saúde da Família pela Rede de Formação em Saúde da Família/Universidade Estadual do Ceará (RENASF/UECE).

Rosana Lúcia Alves de Vilar. Enfermeira. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

Sânzia Iglésias Freire Barbosa. Enfermeira Sanitarista da Unidade Saúde da Família Nova Natal II.

Svetlana Coelho Martins. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e Universidade Estadual Vale do Acaraú (RENASF/UVA).

Talyta Alves Chaves Lima. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (UECE)

Túlio Batista Franco. Médico. Professor Doutor do Departamento de Planejamento em Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Vânia Cristina Reis Cavalcante. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Maranhão (RENASF/UFMA).

Vilani Medeiros de Araujo Nunes. Enfermeira. Professora Doutora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RENASF/UFRN).

Prefácio

Marcas estruturantes do trabalho na Estratégia Saúde da Família

Formação e atenção na da
Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família

Eliana Goldfarb Cyrino

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Introdução

Vivemos tempos difíceis, vivemos tempos de luta pela sobrevivência do Sistema Único de Saúde (SUS) como um projeto político e democrático num cenário econômico neoliberal, com a forte sensação de um colapso da área pública e profunda dificuldade na continuidade de políticas sociais. A construção do SUS, pela Constituição Federal de 1988, aconteceu em uma conjuntura de disputa ideológica, reorganizando relações entre Estado e sociedade com bases marcadas pela presença do neoliberalismo por um lado e, por outro, pela luta por uma reforma democrática do Estado, pressuposto dos formuladores do SUS (CAMPOS, 2007). O modelo de reforma do Estado introduzido na institucionalização do SUS tem conseguido manter uma coalizão reformadora orgânica e atuante e também se sustenta ao conseguir avançar com base na legislação existente (FLEURY, 2009). Em pouco mais de 25 anos de existência, “o (SUS) ampliou o acesso à assistência à saúde para grande parte da população brasileira, antes excluída ou dependente da ação de instituições assistenciais e filantrópicas.” (IPEA, 2009).

A defesa do direito à saúde assume amplo processo de luta contra o atual projeto neoliberal de governo na saúde. O subfinanciamento do SUS limita sua capacidade de investimento na ampliação da sua universalização, assim como sucateia estruturas públicas, ao mesmo tempo impedindo a melhora da gestão dos serviços e justificando a sua privatização (PAIM, 2009 e BORGES et al., 2012). Politicamente, o projeto atual de governo defende o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos. Como nos aponta Borges et. al. (2012) não basta o SUS estar implantado, seu maior desafio “passa a ter um sentido maior, porque pressupõe a reforma do Estado em direção a uma nova institucionalidade nas questões de seguridade social” (BORGES et al., 2012). No presente momento, maio de 2016, as bases de sustentação política do movimento sanitário e do SUS precisam estar ativas para não se perder a conquista social já adquirida e se poder avançar muito mais nas conquistas sociais na área da saúde. Concordando com outros autores, reafirmamos que “o SUS oferece à nação os melhores conceitos de um sistema nacional de saúde”, universal, “englobando os sentidos de proteção, justiça como equidade, garantindo cidadania” (BORGES, 2012).

Em 2011, o movimento sanitário, através da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em conjunto com

outras entidades e associações, lançou a Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, um documento que sintetiza propostas para o SUS¹.

O movimento sanitário propõe, por meio da Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil, a superação da ordem neoliberal na organização do setor de saúde brasileiro, trazendo um conjunto de medidas, que se adotadas, colocarão o SUS no mais alto grau de estima pelo povo brasileiro (BORGES et al., 2012).

Em 2016, em meio ao atual turbilhão da crise política, econômica e social brasileira, Gastão Wagner Campos, presidente da Abrasco, nos apresenta rico texto em defesa do fortalecimento das políticas públicas, da democratização da sociedade e do Estado brasileiro e da expectativa de capacidade de resistência e de luta da sociedade. “A diretoria da Abrasco entendeu que a melhor forma de defesa do SUS e do direito à saúde é intensificarmos o esforço para prosseguirmos com a reforma sanitária. Organizar movimentos em que, além de resistirmos às ameaças às conquistas existentes, atuemos ativamente para completar a reforma social e política ainda incompleta. Defender as políticas e programas do SUS que vêm funcionando, mas, ao mesmo tempo, lutar para ampliar o orçamento para as políticas públicas, para qualificar e aumentar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e de toda a rede de hospitais e de serviços de média complexidade”².

Destacamos assim, a abrangente produção do presente livro: *AValiação e Gestão do Cuidado na Saúde da Família*, como exemplo de enfrentamento da defesa do SUS e particularmente no seu polo, que tem sido melhor avaliado pelos brasileiros, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Pesquisa recente do IPEA (2011) apresenta que dentre os serviços prestados pelo SUS que foram pesquisados pelo Sistema de indicadores de percepção social (SIPS),

o atendimento pela Saúde da Família foi aquele que obteve a maior proporção de opiniões positivas entre os entrevistados. No Brasil, 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é *muito bom* ou *bom*. Apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é *ruim* ou *muito ruim* (IPEA, 2011).

¹ Texto completo disponível em: http://www.saudeigualparatodos.org.br/pdf/Agenda_Saude_para_Todos.pdf.

² Texto completo disponível em : <https://www.abrasco.org.br/site/2016/05/a-esperanca-somos-nos-por-gastao-wagner/>

O Programa Saúde da Família, que se desenvolveu a partir do final dos anos 1990, nos anos 2000 ganhou maior complexidade, e passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família e enfrentou problemas relacionados à expansão da cobertura a importantes contingentes populacionais sem acesso à atenção básica e outros relacionados à qualidade e à efetividade da atenção à saúde, no fim da primeira década no milênio. Diversos trabalhos têm valorizado a atenção básica na qualificação da atenção ofertada à população brasileira, como o recente estudo publicado no JBM, em 2014 (RASELLA et al., 2014), que relata resultados de pesquisa de abrangência nacional, que demonstrou que a cobertura da ABS/ESF está associada à redução da ocorrência de hospitalizações e dos coeficientes de mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, com ações de prevenção primária e secundária, cuidado e acompanhamento de portadores de doenças cardiovasculares. Esta pesquisa representou um marco como estudo sobre os efeitos da Atenção Básica da Saúde na saúde das populações. “Confirma o que diversas publicações apontavam de forma localizada e parcial em diversos pontos do Brasil. Demonstra o impacto positivo da ABS/ESF sobre indicadores de saúde no Brasil” (NUNES, 2014).

No entanto, constatou-se que uma

estratégia de implantação de um novo modelo de atenção que faz aposta na atenção multiprofissional e interdisciplinar não contava com um médico regular na equipe em quase um terço das equipes existentes. Essa situação veio se agravando a ponto de impactar forte e negativamente na legitimidade da Estratégia de Saúde da Família junto à população e também aos prefeitos. E foram justamente estes que lideraram um movimento, em 2013, para que o governo federal pudesse agir de forma decisiva no problema e mudar esse quadro (PINTO *et al.*, 2014).

Foi, então, criado pelo Governo Federal, em 2013, o Programa Mais Médicos, como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à Atenção Básica resolutive, com o provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis. Completa-se com o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente das unidades básicas de saúde e com a ampliação de vagas e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residências médicas no país.

O Programa Mais Médicos constrói medidas estruturantes para aprimorar a formação médica, e universalizar o acesso da população

aos serviços e responde à legislação do SUS que ordena novas práticas (OLIVEIRA et al., 2015). Estas demandam inovações e mudanças na formação dos profissionais da saúde nos diferentes níveis de formação, no ensino na saúde, na produção de conhecimento, na educação permanente e no modelo de atenção ofertado. Programas como Mestrados Profissionais voltados a formação e trabalho na ABS/ESF, o Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde), o Programa de Residências Multiprofissionais, entre outros, exemplifica ações que amplificam mudanças paradigmáticas adequadas às novas demandas. Geram a formação e ação interprofissional na integração ensino-serviço-comunidade, em campos de atuação estratégicos para o SUS, nas redes prioritárias, definidos em parceria com gestores, a partir de realidades locais e regionais. Representam ações conjuntas do MS e MEC, voltadas à formação de todas as profissões da saúde (CYRINO et al., 2015), valorizando a ABS/ESF.

O debate sobre formação e provimento na saúde, que valoriza o encontro entre humanos, o compromisso com a integralidade e a equidade, que responde às necessidades singulares, à maior aproximação entre IES e serviço, saúde e educação, que desencadeia ressignificações, reconstrução do conhecimento e produção de novos saberes, num encontro ético, estético e político está aberto, com a clareza de que abordamos uma prática social extremamente complexa, que aprendemos a cada dia, que estamos formando e nos formando e temos muito para avançar em teoria e prática (CYRINO et al., 2015).

Assim, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS) assumiu o papel, desde 2003, completando hoje 13 anos de trabalho, de formuladora e indutora de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) é responsável pela implementação e formulação dessas políticas, dentre as quais destacamos a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde voltada aos trabalhadores do serviço e ao estabelecimento de compromissos entre gestores, formadores e controle social no SUS. A educação permanente em saúde requer uma postura de reconhecimento do saber do outro, de estar aberta ao diálogo, à troca de saberes, ao compromisso ético, ao exercício democrático e participativo. O compromisso está voltado à construção de um Sistema Público de Saúde que busca a integralidade do cuidado, a promoção da saúde e

o enfrentamento dos determinantes sociais dos problemas de saúde. O desafio é uma formação que possibilite uma prática reflexiva e contextualizada, uma práxis pedagógica apropriada a superar o treinamento meramente técnico e tradicional, vislumbrando a formação de sujeitos éticos, críticos, reflexivos, colaborativos, históricos, transformadores, humanizados e com responsabilidade social (BRASIL, 2004).

O presente livro, resultado de pesquisas realizadas no mestrado profissional da RENASF, apresenta pesquisas que têm por objetivo maior, mobilizar experiências inovadoras, realizadas na Estratégia de Saúde da Família no Nordeste que, com certeza, significaram a qualificação do trabalho e da educação dos profissionais de saúde, bem como produziram conhecimento na formação e educação permanente dos profissionais, tendo em vista as interfaces entre educação, saúde e trabalho e no desenvolvimento para a incorporação de novas tecnologias do cuidado, capazes de articular saberes e práticas produzidas nos serviços e junto aos usuários.

Assim, será possível tornar público, experiências desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família como possibilidade de conhecê-las, discutir-las e promover sua divulgação. Representa uma rica produção resultante desse processo que valorizou a parceria entre diferentes instituições. Ao ler as pesquisas aqui apresentadas, confirma-se o êxito do presente mestrado profissional. Confirma-se a qualidade dos estudos e a relevância dos resultados. Os textos apresentados em cada capítulo contribuem para explicitar a importância da *AValiação E GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA*, permitem o diálogo sobre temas centrais para a qualificação da ESF.

Encontramos neste livro 20 estudos, que, de diversas formas, incluem diversificados temas, revelam o impacto positivo da EFS e os desafios para sua qualificação. Abre-se, aqui, um grande e necessário diálogo sobre diferentes aspectos do que se tem realizado no rico terreno de desenvolvimento da ESF.

Cumprimentamos os autores pelo entusiasmo, competência, rigurosidade científica, inovação ao realizar pesquisas sobre a ESF, produzindo conhecimentos contextualizados e transformadores, indicando marcos, caminhos, passagens e possibilidades! Falamos aqui da oportunidade única de não só trazer experiências, saberes, conhecimentos e limites acerca do trabalho na ESF, mas também se usufruiu da oportunidade de viver o desafio de construir a roda de aprendizado coletivo com produções voltadas à coletividade.

Referências

BORGES, F.T. *et al.* **Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais.** São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Portaria nº 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CYRINO, E.G. *et al.* The Project 'Mais Médicos' and training in and for the Brazilian Health System (SUS): why change it?. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 5-6; 2015.

FLEURY S. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, G. C., LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 49-87; 2009.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Sistema de indicadores de percepção social-saúde.** Rio de Janeiro: IPEA; 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_sistemaindicadores_sips_01.pdf

_____. Políticas sociais: acompanhamento e análise. Vinte Anos da Constituição Federal. Brasília, **Ipea**, v. 17, n. 17, 2009.

NUNES, F. **Influência do Programa Mais Médicos nos indicadores de Saúde.** Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/09/influencia-do-programa-mais-medicos-nos-indicadores-de-saude/2014>.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* **Mais médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional.** Interface (Botucatu. Online), p. 623-634, 2015.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C., LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 91-122; 2009.

PINTO, H. A. *et al.* O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, número especial, p. 358-372, out. 2014.

RASELLA, D. *et al.* **Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil**: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014.

SIPS – Sistema de indicadores de percepção social. Organização de Fábio Schiavinatto. Brasília: Ipea, 254 p.83; 2011.

Sumário

1 - A Produção de Redes de Cuidado na Atenção Básica: O Protagonismo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Parnaíba-PI

Marlos Ribeiro Araújo

Maria de Fátima Antero de Sousa Machado

Andrea Gomes Linard

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Maria Socorro de Araújo Dias 31

2 - Percepções dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família Sobre o Prontuário Eletrônico: Potencialidades e Limites

Joyce Bezerra Portela de Deus

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Ana Patrícia Pereira Morais

Raimunda Magalhães da Silva 47

3 - As Dimensões Estratégicas do PMAQ-AB nos Estados do Piauí e Ceará

Mailson Fontes de Carvalho

Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Ana Roberta Vilarouca da Silva

Maristela Inês Osawa Vasconcelos 67

4 - Analisando os Saberes e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde da Cidade de Natal

Maísa Paulino Rodrigues

Vilani Medeiros de A. Nunes

Kênio Costa Lima

Eliane Feitosa C. de Almeida

Sânzia Iglésias Freire Barbosa 87

5 - Análise de Redes Sociais na Estratégia Saúde da Família: O Encontro entre Esuários e Profissionais

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Andrea Tabora Ribas da Cunha

Adriana Santos Lopes

Geórgia Sibebe Nogueira da Silva

Rosana Lúcia Alves de Vilar 107

6 - Planejamento e Diagnóstico Situacional na Estratégia Saúde da Família: Concepções, Métodos e Desafios

Moacir Andrade Ribeiro Filho

Elizabeth Gonçalves Magalhães Filha

Lívia de Sousa Rodrigues

Glauberto da Silva Quirino

Antônio Germane Alves Pinto..... 125

7 - Epidemiologia da Hipertensão e Diabetes no Município de Sobral-Ce: Contribuições para a Gestão do Cuidado

Carina Guerra Cunha

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Geilson Mendes de Paiva

Marcos Aguiar Ribeiro

José Jeová Mourão Netto 145

8 - Avaliação do Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família em São Luís-MA

Maria dos Remédios da Silva Lira

Nair Portela Silva Coutinho..... 159

9 - Avaliação da Longitudinalidade do Cuidado ao Idoso na Estratégia Saúde da Família da Regional Sul de Teresina-PI

Svetlana Coelho Martins

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas 177

10 - Avaliação do Processo de Trabalho de Equipes Saúde da Família em Quixeré-CE

Talyta Alves Chaves Lima

Andrea Caprara

Ana Patrícia Pereira Morais

Mailson Fontes de Carvalho

Cleide Carneiro 197

11 - Avaliação dos Acidentes com Material Biológico Entre Profissionais de Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde

Marília de Lima Holanda

Francisca Verônica Moraes de Oliveira

Joselany Áfio Caetano

Neiva Francenely Cunha Vieira

Renata de Sousa Alves 215

12 - Indicadores de Saúde da População Atendida pela Estratégia Saúde da Família de Teresina, Piauí

Meire Maria de Sousa e Silva

Liberata Campos Coimbra

Dorlene Maria Cardoso de Aquino

Raimundo Antonio da Silva

Claudete Ferreira de Souza Monteiro 235

13 - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Icsap) no Município de São Luís nos Anos de 2002 e 2012

Maria Gláucia Alves Albuquerque

Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo..... 253

14 - O Olhar do Usuário Acerca do Acolhimento no Município de Recife – PE

Ligiana Nascimento de Lucena

Máisa Paulino Rodrigues

Francijane Diniz de Oliveira

Dyego Leandro Bezerra de Souza

João Bosco Filho..... 273

15 - Avaliação dos Profissionais Cirurgiões-Dentistas Quanto aos Indicadores de Saúde Bucal em uma Metrópole do Nordeste Brasileiro

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior

Mary Anne Medeiros Bandeira

Fábio Solon Tajra 289

16 - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Experiência do Maranhão

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Rejane Christine de Sousa Queiroz

Vânia Cristina Reis Cavalcante

Elaine Tomasi

Luiz Augusto Facchini..... 307

17 - O Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Teresina/PI Sobre Hanseníase

Danielle Yasmin Moura Lopes de Araújo

Jaciara de Sousa Andrade

Maria Zélia de Araújo Madeira

Éverton José Ferreira de Araújo

Marize Melo dos Santos 337

18 - O Que Pode a Estratégia Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde?: Reflexões a partir da Ótica de Trabalhadores

Riksberg Leite Cabral.

Maria Rocineide Ferreira da Silva.

Annatália Menezes de Amorim Gomes.

Túlio Batista Franco.

Luis Odorico Monteiro de Andrade..... 355

19 - Operacionalização do PMAQ-AB na Perspectiva dos Gestores e Trabalhadores numa Região de Saúde do Ceará

Ediléia Marcela Dutra

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

José Maria Ximenes Guimarães

Maria Socorro de Araújo Dias

Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira..... 373

20 - Análise do Processo de Trabalho dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família nos Municípios da 12ª Região de Saúde do Ceará

João Kildery Silveira Teófilo

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Izabelle Mont'alverne Napoleão Albuquerque

Eliany Nazaré Oliveira..... 389

1. A Produção de Redes de Cuidado na Atenção Básica

O protagonismo do núcleo
de apoio à saúde da família de
Parnaíba-PI

Marlos Ribeiro Araújo

Maria de Fátima Antero de Sousa Machado

Andrea Gomes Linard

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Maria Socorro de Araújo Dias

Introdução

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei Nº 8.808, Lei Orgânica da Saúde (LOS), em 29 de setembro de 1990, foi apresentada à sociedade um modo de organização dos serviços de saúde com diretrizes a serem seguidas, com vistas a um novo modo de fazer saúde e, por conseguinte, a mudança organizacional dos diferentes níveis de complexidade. Tais mudanças buscam organizar e estruturar as ações e serviços de saúde no Brasil com foco na integralidade do cuidado em saúde e na cooperação técnica e política frente às responsabilidades dos entes federativos (Municípios, Estados e União) na efetivação do SUS no país. Nesse arranjo organizativo, o SUS constitui um conjunto de ações e serviços de promoção e recuperação da saúde, organizando-se de forma regionalizada e hierarquizada, com regiões de saúde instituídas e estruturando suas ações e serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010). Busca-se que o acesso às ações e serviços de saúde, se inicie pelas portas de entrada do SUS, e se complete na rede regionalizada.

Nesse sentido, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria Nº 2488 de outubro de 2011 apresenta que, para contribuir com o funcionamento das RAS, a Atenção Básica deve ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, sendo assim, base para o desenvolvimento das redes; deve ser, ainda, resolutiva, identificando riscos e articulando intervenções efetivas com vistas à autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais; deve coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e sendo centro de comunicação entre os pontos de atenção das RAS; devendo também ordenar as redes, contribuindo para que as necessidades da população sejam conhecidas e articuladas a outros pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Atenção Psicossocial se configuram como portas de entrada às ações e serviços de saúde nas RAS e devem ser considerados no processo de constituição de uma região de saúde (BRASIL, 2011). Assim, para dar conta das questões relativas à saúde pública local, considerando suas especificidades, a APS foi amplamente incentivada e fomentada, inicialmente pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, a seguir, pelo Programa Saúde da Família, que passou a ser compreendido como Estratégia Saúde da Família (ESF), posteriormente. Vale ressaltar que o Programa Saúde da Família, instituído em 1994 no país, surgiu com a perspectiva de promover ações de promoção, proteção e de recuperação de saúde, voltadas para a Família em seu contexto social e ambiental, em substituição ao modelo tradicional hospitalocêntrico, orientado para cura de doenças. Entretanto, o processo de concretização da APS foi dificultado por inúmeros problemas, a exemplo de falta de financiamento, escassez ou ausência de definição de funções entre os entes governamentais, bem como falta de articulação entre os setores públicos e privados e resistência do mo-

delo biomédico, focado apenas no indivíduo e sua doença. Assim, inúmeras iniciativas foram tomadas a fim de aprimorar a APS durante o processo de consolidação do SUS, a exemplo, as Políticas de educação em saúde foram revistas, sendo fomentadas as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, bem como a Medicina de Família e Comunidade. Ademais, metodologias para monitoramento e avaliação foram desenvolvidas, como o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BEZERRA, 2013).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde cria, em 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria nº 154/GM, sob o discurso de priorização e ampliação da Atenção Básica, a partir da qualificação da assistência e da gestão (BRASIL, 2008). Suas equipes devem estar comprometidas com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde, a partir de seu conhecimento específico, possa contribuir na resolutividade das problemáticas que ocorrerem (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Os NASF encontram-se estruturados em nove áreas estratégicas, a saber: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; e, por fim, práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2010).

Quanto à composição do programa, os NASF são formados por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar “de maneira integrada aos profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.) e academia da saúde” (BRASIL, 2011, p. 55), fornecendo apoio técnico e pedagógico às equipes vinculadas ao programa.

Com base no exposto, o presente estudo objetivou compreender de que modo os profissionais da ESF e NASF se articulam para produção de práticas de cuidado com foco na integralidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. A pesquisa realizada durante o ano de 2013, foi constituída de uma etapa de entrevistas com profissionais de saúde que fizeram parte da equipe do NASF e das dez equipes de Saúde da Família que perfaziam o 1º Distrito Municipal de saúde da cidade de Parnaíba no ano relatado, bem como também de uma etapa documental.

O município de Parnaíba fica localizado na região norte (Baixo Parnaíba) do Estado do Piauí (PI), e conta com uma população de 145.729 habitantes, sendo a segunda cidade mais povoada do estado, menor apenas que a capital Teresina. Parnaíba é

considerada importante polo regional de saúde, sendo sede de macrorregião da planície litorânea formada por 11 municípios, recebendo muitos pacientes de estados vizinhos como Ceará e Maranhão. Especificamente em relação à atenção básica, a cidade dispõe de 38 ESF que se encontram divididas geograficamente em 4 (quatro) Distritos de Saúde (DS), contendo em média 9 (nove) equipes de ESF cada um, vinculando cada uma das 4 (quatro) equipes de NASF já em funcionamento desde 2009.

Para coleta dos dados, utilizou-se da técnica da entrevista semiestruturada direcionada aos profissionais das equipes de NASF e ESF, abordando aspectos acerca da organização do processo de trabalho entre NASF e ESF bem como sobre as práticas de cuidado. Uma entrevista semiestruturada também foi aplicada aos dois profissionais que realizaram a implantação do NASF acerca das motivações e concepções que nortearam a construção do projeto e a efetivação do serviço na cidade. O registro em diário de campo também foi utilizado a fim de enriquecer as falas dos entrevistados, buscando mais informações referentes ao objeto de investigação e propiciando o relato de experiências e percepções em torno do tema. Como técnica de análise dos dados, utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo, mais especificamente a análise temática (BARDIN, 1977).

Vale ressaltar que o estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde-CNS (BRASIL, 2012), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – CEP-UVA via plataforma Brasil e aprovado sob o parecer Nº 420.457 no dia 09/10/2013. O projeto também foi encaminhado para avaliação da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de Parnaíba obtendo liberação para a pesquisa documental e entrevista com os profissionais.

Os informantes do estudo foram os profissionais do NASF e das ESFs do 1º Distrito Municipal de Saúde, bem como os dois enfermeiros componentes da equipe que elaborou o projeto do programa de implantação no município em meados de 2009.

Em relação à equipe de implantação, foram dois os sujeitos, um enfermeiro e uma enfermeira que ocupavam respectivamente as funções de coordenação da AB e coordenação do NASF à época da implantação. Merece destaque o papel de cada um desses profissionais no processo de construção e implantação do programa em Parnaíba. O coordenador da atenção básica concebeu o projeto como uma possibilidade de ampliar o número de categorias profissionais disponíveis na atenção básica do município e via no programa a possibilidade de viabilizar financeiramente essa ampliação. Já a coordenadora do NASF não participou da construção do projeto, chegando ao processo já na fase de implantação do mesmo e trazia consigo a concepção de apoio matricial para o trabalho do NASF. De certo modo, essa implicação no processo por parte de cada um deles fica evidente nas falas dos mesmos, apresentadas nas categorias deste estudo.

Quanto aos profissionais do NASF, foram quatro os informantes, sendo uma psicóloga, uma assistente social, um educador físico e um fisioterapeuta, todos eles na faixa etária entre 27 e 32 anos, efetivos do serviço e com especialização em diferentes áreas de saber; um dos fisioterapeutas encontra-se afastado do serviço cursando mestrado em Saúde da Família e não participou por não estar em atividade no serviço, enquadrando-se em um dos critérios de exclusão da pesquisa.

Os profissionais das Estratégias de Saúde da Família foram agentes comunitários de saúde e enfermeiros das unidades de saúde do Distrito 1. Contou-se apenas com estas duas categorias profissionais em função da particularidade do município que separa o funcionamento das ESFs das equipes de saúde bucal, bem como pelo fato de nenhum dos médicos preencher os critérios de inclusão da pesquisa.

Entre os ACSs do Distrito 1 de saúde, foram entrevistados 20 profissionais, todos eles com mais de 10 anos de atividades desde a implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município. Foram transcritas as entrevistas para utilização das falas.

Em relação aos enfermeiros, foram cinco os profissionais entrevistados, na faixa etária de 30 a 45 anos, todos do sexo feminino, todos com especialização em áreas como saúde pública, saúde mental e saúde coletiva, e uma delas referiu especialização em saúde da família. Todos efetivos do serviço e com tempo superior a dois anos de atuação em Saúde da Família no município.

Com intuito de garantir o sigilo quanto à identidade dos participantes na utilização das falas destes, optou-se pela divisão em três grupos assim denominados: Profissional da Equipe de Implantação (PEI), Profissional da Estratégia de Saúde da Família (PESF) e Profissional do NASF (PNASF), seguido por números cardinais, atribuídos de forma aleatória. **Ex.: PEI1, PEI2.**

Resultados e Discussões

A partir da análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias temáticas: *O cuidado na atenção básica ESF-NASF: um esforço de construção de práticas de cuidado e a garantia de continuidade; Redes de cuidado na atenção básica: NASF e ESF e Os desafios enfrentados para um trabalho integral em saúde pela ESF e NASF.* Estas serão apresentadas a seguir.

1ª CATEGORIA – O cuidado na atenção básica ESF-NASF: um esforço de construção de práticas de cuidado e a garantia de continuidade

As concepções de cuidado adotadas nesse estudo possibilitaram uma apreensão das evidências que emergiram das falas que se seguem acerca de como ESF e NASF entendem e desenvolvem suas práticas de cuidado. No sentido de aprofundar o foco do cuidado nestes cenários delinearam-se subcategorias, a saber: *Descrição das práticas de cuidado e como se dá a continuidade de cuidado.*

Descrição das práticas de cuidado

A concepção de cuidado não deve ser apreendida apenas como um nível de atenção do sistema de saúde e nem como um simples procedimento técnico simplificado, mas sim como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como direito de ser. Na perspectiva de Boff (1999), refere-se ao tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano em seu sofrimento.

Então, as práticas do cuidado se referem a dimensão do fazer desenvolvido por cada uma das equipes no cotidiano do serviço na tentativa de atender as necessidades do usuário que chega ao atendimento e se caracteriza por uma intensa relação entre trabalhadores de diversas categorias profissionais e usuários, na produção de atos nos quais estão presentes uma diversidade de pensamentos, sentidos e ações. As falas a seguir ilustram como se desenvolvem as práticas de cuidado no NASF e ESF e que práticas de cuidado se estabelecem entre os dois serviços.

O NASF atua sempre de acordo com a demanda apresentada pela Estratégia Saúde da Família...discutindo as possibilidades de diagnóstico... principalmente de atividades em grupo voltados pra população, que tem como principal objetivo a promoção de saúde. (NASF-P02)

[...] de acordo com a demanda que chega e como nós na equipe temos condição de dar suporte de acolher essa demanda [...] a gente trabalha muito com o foco no acolhimento [...] eu diria que dos pilares da prática é esse acolhimento [...] nós realizamos o atendimento individual, a visita domiciliar, os grupos terapêuticos as rodas de conversa, grupos operativos. (NASF-P 01)

[...] conhecer as famílias, você tem que ir lá fazer a visita ...dá as orientações, você vai conversar com ele, falar de todo o programa. (PESF 06)

Principalmente através dos atendimentos. Atendo os usuários que procuram a UBS para tentar resolver seu problema, buscando uma solução para eles. (ESF – P07)

[...] fazer com que as pessoas não se sintam doentes, as pessoas se previnam antes de adoecer. Porque o nosso trabalho é esse, é trabalhar com prevenção. (ESF P17)

[...] assistência e processos educativos da população de uma área adstrita [...] imunização, a busca ativa de casos para a vigilância epidemiológica, além do trabalho com grupos. (ESF P01)

Obteve-se, nas falas dos entrevistados, a existência de concepções de cuidado diversas para o NASF e para a ESF muito embora fique evidente que as práticas desenvolvidas tanto por um serviço como pelo outro desenvolvem-se a partir da demanda espontânea dos usuários e dos profissionais das ESF's para o NASF e que essas diferentes concepções ainda funcionam como elemento dificultador da relação NASF-ESF, e principalmente das práticas de cuidado estabelecido entre os serviços.

É importante frisar que o texto atualizado da Política Nacional de Atenção Básica de 2012 reforça a importância da categoria cuidado enquanto diretriz de trabalho para Atenção Básica, em que se evidencia que “o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (BRASIL, 2012, p. 55) e as diretrizes do NASF apontam para além disso ao propor que:

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF...deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. (BRASIL, 2010b, p.8).

Nesse sentido, corrobora-se Baduy (2010) ao dizer que a integração e articulação do trabalho entre NASF-ESF é um problema crítico para a produção de cuidado na Atenção Básica, pois muitas vezes o que se produz é uma multiplicidade de procedimentos desarticulados e de baixo impacto na qualidade de vida dos usuários.

Destaca-se ainda que essas concepções de cuidado permeiam o processo de construção do projeto do programa como evidenciado nas falas da equipe de implantação, quando o profissional EI-01 relata “...os profissionais da atenção básica simplesmente teriam que encaminhar à medida que eles percebessem a necessidade”.

Observamos então que há a necessidade de alinhamento das concepções de cuidado de ESF e NASF em direção às diretrizes da política nacional de Atenção Básica visando minimizar as dificuldades encontradas pelos profissionais no momento de compartilhamento dessas práticas de cuidado. Fica claro, então, que assim como evidenciado no estudo de Santos (2010), para que a ESF consiga efetivamente operar mudanças estruturais na lógica da assistência à saúde, colocando o foco do trabalho na prevenção de doenças, promoção da saúde, voltado para a família e a comunidade, e superar a limitação no enfrentamento de situações complexas vivenciadas no cotidiano, que geram adoecimento, torna-se importante que os profissionais tenham uma visão ampliada do processo saúde-doença, a fim de considerar a determinação social da saúde e a subjetividade existente em cada usuário que procura a atenção básica.

A garantia da continuidade do cuidado

A atenção básica tem como uma de suas atribuições e características, a longitudinalidade do cuidado, o que significa acompanhar o usuário em todos os aspectos de seu processo de adoecimento e saúde. Percebe-se aqui a dificuldade dos profissionais e das equipes em exercer essa atribuição da atenção básica em garantir essa continuidade do cuidado.

Este bloco de falas foi obtido a partir das entrevistas dos profissionais tanto do NASF quanto das ESF's evidencia como essas equipes tentam garantir essa continuidade do cuidado.

Dentro do NASF a continuidade do cuidado depende muito desse vínculo construído, então a forma de buscar garantias dessa continuidade é fortalecer e nutrir esse vínculo... os grupos terapêuticos também é uma forma de manter essa continuidade do cuidado. (NASF-P02)

[...] esse trabalho é contínuo. É uma coisa que a gente faz que não para não, da sempre continuidade. A gente faz além da visita familiar, a gente faz com que as famílias participem das nossas atividades em grupo que é feito, são as palestras educativas. (ESF-P03)

A gente tem a preocupação de dar essa assistência integral ao indivíduo que procura o posto de saúde de maneira continuada [...] às vezes essa assistência precisa ser numa parte da rede que é da assistência secundária e aí vai se dar na forma de encaminhamento, ou as vezes no cuidado domiciliar no preparo dos cuidadores junto com outros profissionais (ESF P01)

[...] nas atividades em grupo de acordo com a evolução dos fatores intervenientes na saúde dos indivíduos que participam dos grupos. (NASF P01)

É possível perceber que, apesar das dificuldades expressas nas falas dos profissionais, estes apontam na mesma direção dos achados de Cunha e Giovanella (2011) quanto aos elementos constitutivos da continuidade do cuidado como a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional.

Percebe-se nas falas dos sujeitos que há, ainda que em medidas diferentes, clareza na importância do desenvolvimento de estratégias para a garantia da continuidade do cuidado ofertado pelas equipes de NASF e ESF não só através de procedimentos, mas também do fortalecimento do vínculo e da corresponsabilização dos profissionais.

Corroborar-se ainda Cunha e Giovanella (2011), o fato de que, embora o estabelecimento de vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só será possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde, uma vez que um dos problemas detectados e evidenciados na realidade estudada foi a alta rotatividade dos profissionais da Atenção Básica do município de Parnaíba, bem como o estímulo e apoio à agenda das atividades de grupo, apontadas pelos profissionais como ferramenta primordial na garantia da continuidade do cuidado.

2ª CATEGORIA – Redes de cuidado na atenção básica: NASF e ESF

A PNAB promoveu revisão e a reafirmação de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e NASF, atualizando conceitos e introduzindo elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção.

Pode-se considerar que PNAB aponta para a gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção feitas a partir da Atenção Básica, buscando a integração dos sistemas de informação e regulação que possibilitem a ampliação e resolubilidade desta na continuidade do cuidado do usuário, que precisa de outros níveis de atenção (BRASIL, 2012).

As falas visam enfocar como a Atenção Básica de Parnaíba consegue efetivar essa rede de cuidado, assumindo esse lugar de elemento articulador e de gestão do cuidado dentro da RAS.

[...] A articulação com os outros dispositivos tanto da rede de assistência social como da saúde é uma forma da gente trabalhar a articulação da gestão do cuidado (NASF P02)

[...] A rede muitas vezes ela tá cheia de buracos, mas ela se pretende mais ampla, ela se pretende numa perspectiva de cuidado ampliado...nossa própria concepção de atenção básica, ela vai mudando quando a gente começa a olhar o nosso fazer de maneira mais ampla. (NASF P04)

[...] O importante no cuidado em rede é que não há apenas o encaminhamento, mas sim, o compartilhamento do cuidado ao indivíduo, sendo que o acolhimento possa ser realizado em qualquer um dos serviços sem a necessidade de um protocolo rígido de acompanhamento. (NASF P01)

[...] É a atenção em saúde de modo geral em todas as esferas municipal, estadual e da rede que se estabelece dentro da própria equipe, atendendo a necessidade do próprio paciente [...]. (ESF P03)

[...] Acredito que cuidado em rede significa exatamente o que o NASF faz, ou seja, são vários profissionais trabalhando com o mesmo objetivo: cuidar. (ESF P06)

[...] não tem a rede pra ir por onde pra chegar até lá, acho que não tem, não tem como funcionar, acho que é isso tem muitos casos, na minha área tem muitos casos que essa rede não tá funcionando. (ESF P07)

Fica claro, a partir das falas dos profissionais, que a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o ordenamento das Redes de Atenção à Saúde para que essas possam ser resolutivas e que as redes de cuidado vão pouco além do que a simples oferta de serviços no município.

Para que se consiga identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, faz-se necessário utilizar e articular diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias para coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS no município.

No entanto, percebe-se que, assim como apontado por Mehry (2002), ainda prevalece a forma tradicional de produção da assistência e tem como centro o saber médico e uma clínica baseada no biológico, onde os processos de trabalho

estão centrados em atos prescritivos, agindo mais como “produtores de procedimentos” do que “do cuidado” propriamente dito, a inversão do modelo de assistência passa necessariamente por um processo de trabalho multiprofissional e mais do que isso, uma alteração nas tecnologias de trabalho usuais.

3ª CATEGORIA – Os desafios enfrentados para um trabalho integral em saúde pela ESF e NASF

Os NASF's devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações inter-setoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2012).

Nessas falas buscou-se trazer a dimensão das dificuldades e desafios encontrados pelas equipes de NASF e ESF's para viabilização de uma Atenção Básica mais alinhada com o princípio da integralidade e de que o forma o NASF pode contribuir nesse processo para o enfrentamento dessas dificuldades a partir de sua implantação no município.

[...] infelizmente a gente não tem condição de dar uma continuidade adequada aos casos, já que a gente tem uma demanda reprimida muito elevada no território e as estratégias saúde da família ainda não conseguiram entender o NASF como uma estratégia de promoção de saúde, mas sim como estratégia de resposta às demandas espontâneas que ocorrem no território [...]. (NASF P01)

[...] a concepção de saúde que a gente traz, mas, ela é lenta ela é percebida de maneira lenta [...] mas que o fortalecimento se dá de modo lento e ai eu penso que esta lentidão está associada a profundidade, por que quando nós iniciamos uma perspectiva de trabalho com cuidado, com uma relação, construção de vínculo, uma concepção de conhecimento diferenciada da prática que havia sendo feita, esse fortalecimento começa a penetrar nesse sujeito, seja a comunidade, seja o profissional, e ela começa a mexer com seus paradigmas então ela começa a trabalhar a lentamente [...]. (NASF P02)

[...] foi através do NASF que foi reforçado os grupos [...]a marca maior do NASF que é o que ele deixou os grupos organizados. (ESF P02)

O NASF tem grande importância para atenção básica, tendo em vista que é composta por uma equipe multiprofissionais que trabalham em conjunto[...] é a junção de vários

conhecimentos para a resolução dos problemas. Acredito que cuidado em rede significa exatamente o que o NASF faz, ou seja, são vários profissionais trabalhando com o mesmo objetivo: cuidar. (ESF P06)

[...] era uma coisa nova aí a gente passou a ver que ele veio como uma equipe multiprofissional, o NASF deu esse apoio todo pra gente [...] a gente já sabe a quem recorrer pra não ficar como a gente chegava no posto e parava porque a gente não tinha continuidade e nem o serviço de lá então o NASF ele é esse apoio da gente além do posto, ele leva mais adiante os problemas nossos, é resolvido. Por quê? Porque a gente já tem uma equipe que ajuda o nosso trabalho onde nós paramos eles continuam. (ESF P17)

[...] o NASF aparece como uma possibilidade de resgatar a essência do que foi proposto no início do ESF como ordenador dessa rede de cuidado mas acabou por conta da grande demanda de ambulatório [...] (NASF P04)

As falas dos sujeitos sugerem que as práticas sanitárias hegemônicas ainda são um grande dificultador no alcance da integralidade e no fortalecimento de redes de cuidado, uma vez que não favorecem o vínculo, a responsabilização e o compromisso na produção do cuidado em saúde e a necessidade real de romper com a fragmentação dos serviços e com o foco exclusivo nas práticas ambulatoriais. Faz-se necessário trabalhar de forma articulada dentro do município e para isso é necessário investir em espaços de integração dos atores envolvidos na gestão e no cuidado.

A organização de Redes como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população exige o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, e são justamente esses pontos apontados pelas falas dos profissionais, como contribuição do NASF no sentido dessa busca pela integralidade do serviço:

[...] olhar pra esse usuário compreendendo ele a partir da perspectiva da integralidade de que ele é um todo que ele não é só a queixa [...] as práticas profissionais se misturaram na construção dessas estratégias de uma forma que não se pensasse a partir do campo de saber de cada um mas sim de como nós poderíamos fortalecer esse vínculo independentemente de onde vem esse saber se mesclando na produção de estratégias[...] não precisar se pensar dentro de uma estrutura rígida, que permite a gente se misturar, se borrar, de permitir a troca de saberes e de conhecimentos e de, a partir disso, produzir a construção de algo novo, que não é mais algo específico meu, nem da enfermeira, nem do fisioterapeuta, mas que é uma síntese de tudo e que portanto é mais rico [...]. (NASF P03)

[...] o NASF contribuiu, conseguiu, deixar mais claro para os profissionais a rede de atenção à saúde do município. Então, eu lembro que em várias situações as pessoas não reconheciam o que era um conselho tutelar, o que era um CREAS, CRAS, tanto os profissionais do NASF quanto a ESF. Então, esse vínculo com a rede era muito frágil, não que tenha se fortalecido muito, mas pelo menos ficou mais visível, as pessoas acabaram conhecendo quais os pontos de apoio que elas teriam no município [...] o NASF conseguia provocar essa necessidade da equipe sair do seu umbigo, da equipe expandir as suas possibilidades mesmo de cuidados... você reconhecer que precisa de outros profissionais de outras estruturas e até outras esferas de governo pra conseguir implementar um cuidado integral.(EI P01)

Nesse sentido, nota-se que tanto os profissionais do NASF quanto os da ESF percebem a implantação do NASF de maneira positiva, que apesar das dificuldades e desafios encontrados foram capazes de incorporar dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como troca de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, promoção do autocuidado entre os profissionais, e momentos de apoio matricial e experiências inovadoras, contribuindo para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes ao desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral.

Considerações Finais

Ao concluir este estudo, é possível afirmar que a concepção de NASF e o processo de implantação do programa na realidade estudada apresentaram falhas que não só influenciaram o modelo de atuação, mas também grande parte das dificuldades encontradas na afirmação dos processos de trabalho da equipe. Tal fato pode ser resultado da visão hegemônica de saúde que privilegia práticas de saúde eminentemente biologicistas conforme literatura discutida sobre o tema, e é apontada como desafio para a Atenção Básica.

É importante ressaltar claramente que tanto profissionais do NASF quanto das ESF percebem a implantação do NASF de maneira positiva e que as maiores contribuições apontadas para o fortalecimento da Atenção Básica de Parnaíba se referem justamente às ferramentas tecnológicas que o NASF apresenta, a exemplo, o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e outros.

Apesar das dificuldades e desafios encontrados no processo de implantação do NASF na cidade de Parnaíba, podemos verificar com clareza que este foi capaz de incorporar dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como troca de experiências e discussão de situações entre trabalhadores não só da Atenção Básica, mas também de outros setores. No entanto, ainda faz-se necessário que a gestão municipal garanta o atendimento de algumas diretrizes e atribuições específicas e que a gestão possibilite a inserção da Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da Atenção Básica.

Por fim, o desenvolvimento dessa pesquisa possibilitou perceber que, apesar das dificuldades enfrentadas pelo NASF da cidade de Paranaíba, este desempenha um papel de protagonista juntamente com ESF nesse processo de resgate, de revalorização e qualificação da Atenção Básica. Assim, os resultados aqui apresentados são importantes à medida que subsidiarão a reflexão no contexto estudado, de modo que, para gestores e profissionais, os principais entraves evidenciados para um cuidado pleno e contínuo na relação ESF e NASF possam ser percebidos de maneira positiva e com possibilidade de superação, bem como levados em consideração na construção de novos espaços de vivência e acolhimento no município e da gestão compartilhada de alguns casos.

Referências

ANDRADE, L. M. B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

AMARAL, L. S. **Construindo redes de atenção à saúde primária: do movimento sanitário ao PSF – uma revisão da literatura.** 2010. 36f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ASSIS, A. M. O. *et al.* O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 3, p. 255-266, 2002.

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento.** Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010.

BARBOSA, E. G. *et al.* Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter Mov.**, v. 23, n. 2, p. 323-330, abr./jun. 2010.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BOFF, L. **Saber cuidar.** 6 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde – CONASEMS. **Atenção Básica que Queremos.** Brasília, DF, 2011a. 80 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Bioética. Brasília. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1, 59 p.

_____. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde -ADATASUS, Informações de Saúde, Rede assistencial.** 2011b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equip.es.asp>. Acesso em: 15 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011c. **Diário Oficial (da República Federativa do Brasil)**, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011c. Seção I, p.55.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 – **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** 2010a.

_____. **Redes de produção de saúde – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** – Brasília, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** –Brasília, 2010b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: atenção básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS ; v. 2).

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em atenção básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.** 2. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Comunic Saúde Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **A Atenção Básica que queremos**. Brasília: CONASEMS, 2011.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA L. Longitudinalidade/ continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1), p. 1029-1042, 2011.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010

PARNAÍBA. Núcleo de Apoio a saúde da Família. **Relatório 2012**. Parnaíba, 2013.

2.

Percepções dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família Sobre o Prontuário Eletrônico

Potencialidades e limites

Joyce Bezerra Portela de Deus

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Ana Patrícia Pereira Morais

Raimunda Magalhães da Silva

Introdução

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é uma ferramenta de registro das informações em saúde criada para facilitar a comunicação, promover a coordenação dos serviços e o planejamento das ações. De acordo com Massad, Marin e Azevedo Neto (2003, p. 16), o prontuário eletrônico deve ser

um meio físico, um repositório onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo estão armazenadas, e muitos benefícios podem ser obtidos deste formato de armazenamento. Dentre eles, podem ser destacados: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento científico atualizado com consequente melhoria do processo de tomada de decisão; melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribuiria para obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimento aos pacientes; possível redução de custos, com otimização dos recursos.

Importa mencionar que os estudos não devem se restringir aos potenciais benefícios da informatização do prontuário do paciente, pois reforçam a ideia de que a informatização é a solução para os problemas advindos do uso dos prontuários. Há cerca de meio século, entretanto, vem ocorrendo um intenso debate na área da saúde e tecnologia, que se mantém dividido em dois grandes grupos: o primeiro defende que a informatização dos prontuários é a solução de todos os problemas, tais como armazenamento e manipulação adequada do volume crescente de informações, bem como é um mecanismo eficiente de comunicação entre os profissionais de saúde. Já o outro grupo preconiza que a adoção de novas tecnologias agrava os problemas existentes e introduz novos problemas (GALVÃO; RICARTE, 2012).

A essência deste debate sobre a implantação do prontuário eletrônico permanece atual, com indagações dos avanços e dos desafios. O alcance do potencial desejado de um PEP exige a compreensão das potencialidades e também dos limites que este prontuário apresenta, para que avanços significativos sejam alcançados na consolidação ou, ainda, na implantação de um novo modelo de prontuário.

Esta situação representa bem o caso do PEP utilizado na atenção primária de Fortaleza, sendo necessário identificar, a partir da ótica dos sujeitos que o utilizam, os recursos considerados relevantes e os que precisam ser modificados para permitir uma maior qualidade da atenção e da gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente porque o município passa por um processo de implantação do novo prontuário eletrônico, que substituirá o que é utilizado atualmente.

Em virtude da grande quantidade de verbas públicas investidas na construção do PEP e da necessidade de identificar as mudanças significativas em consequência da implantação desta ferramenta, considera-se fundamental identificar o olhar analítico dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho da ESF sobre o prontuário eletrônico.

Não se trata de uma avaliação formal, entretanto, cada profissional a partir de seu conhecimento e experiência acumulada, muito tem a contribuir com sua visão para a implantação e consolidação do uso do prontuário eletrônico na ESF. Em geral, as avaliações informais são feitas individualmente, no máximo em discussões de grupos locais de trabalho e dificilmente acontecem em um debate coletivo. Assim, as experiências e os aprendizados acabam ficando restritos aos sujeitos, com poucas possibilidades de socialização para a efetuação de mudanças.

Este estudo foi delineado como um recorte da dissertação de Mestrado Profissional na Estratégia Saúde da Família (MPSF) integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Fundação Oswaldo Cruz em parceria com a Universidade Estadual do Ceará, intitulada: **Prontuário Eletrônico na Estratégia Saúde da Família de Fortaleza: contribuições e limitações para a atenção e gestão do cuidado**. O objetivo deste estudo é analisar as percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e sua relação com o modelo de Atenção em Saúde da Família.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritivo-analítica realizado na cidade de Fortaleza/CE. Em termos administrativos, este município está dividido em seis Secretarias Regionais que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas. A pesquisa foi realizada na Secretaria Regional V, a qual abrange dezoito bairros, totalizando cerca de 570 mil habitantes, possui 20 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) onde, no momento da pesquisa, atuavam 84 equipes da ESF, correspondendo aproximadamente a 66% de cobertura de saúde da família pelo total de pessoas residentes na Regional. Foi escolhida tendo em vista os critérios: maior índice de pobreza (rendimentos médios de 3,07 salários mínimos) e populoso, sendo que esta população é composta principalmente por jovens (44% têm até 20 anos) e registra o segundo maior índice de analfabetismo (17,83%) da capital cearense. Concentra apenas 2,89% dos empregos formais e possui a pior taxa de acesso ao saneamento básico (24,56%). Este perfil de vulnerabilidade social configura a maioria da população local necessitando do SUS como a única forma de acesso a serviços de saúde (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2011).

Os dados foram construídos por meio das discussões de grupos focais, que é uma discussão sobre um tema de uma maneira não estruturada e natural, cujo foco ou o objeto de análise é a interação dentro do grupo. Os estudos mostram que o uso do grupo de foco é particularmente apropriado quando o objetivo é compreender como as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento (RICHARDSON et al., 2012).

A amostra foi do tipo intencional, delimitada dentre os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família da Secretaria Regional V, por serem aqueles que utilizam o PEP e atuam na ESF. Participaram da pesquisa 30 profissionais da ESF, dentre eles 16 enfermeiros, 8 dentistas e 6 médicos.

Dentre as 20 (vinte) UAPS que pertencem a Regional V, dois critérios de inclusão foram estabelecidos: ter o serviço informatizado e possuir pelo menos três equipes de ESF, compostas por um médico, um enfermeiro e um dentista, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Partindo do pressuposto, 12 UAPS encontravam-se dentro dos critérios de inclusão, mas cinco destas unidades estavam em reforma, de modo que foram realizados sete grupos focais, sendo 1 (um) grupo focal em cada Unidade de Atenção Primária à Saúde. Os grupos focais tiveram duração média de 2 (duas) horas, e foi utilizado um roteiro que serviu de orientador das discussões.

As falas dos participantes foram gravadas em MP3, após a apresentação do termo de consentimento ser apresentado a todos os profissionais, quando se detalhou os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato, o direito à livre participação, assim como a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento do estudo. Foi solicitado também o preenchimento de um formulário visando a elaboração do perfil dos participantes quanto a: idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação, titulação, tempo de utilização do PEP e tempo de atuação na ESF.

Os dados foram organizados por análise temática, de modo que as informações dos participantes foram submetidas a inúmeras leituras, separadas por relevância ou repetição. Sendo assim, as falas mais significativas foram selecionadas e destacadas de acordo com as temáticas consideradas relevantes. Deste modo, depois de leituras exaustivas do conteúdo das falas dos grupos, observaram-se quais temáticas eram predominantes, e estas foram selecionadas para representar as categorias do estudo (MINAYO, 2010). Ressalta-se que os sujeitos foram identificados nas falas pelas iniciais de sua categoria profissional como estratégia para resguardar o anonimato, correspondendo M (Médico), D (Dentista), E (Enfermeiro).

Os aspectos éticos da pesquisa foram observados, a fim de garantir a legitimidade e resguardar os participantes. As solicitações formais de permissão para a coleta de dados foram realizadas junto à administração institucional e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob o parecer de número 365.430, datado de 20.08.2013.

Resultados e Discussões

Avaliações do PEP na visão dos profissionais da saúde

As avaliações dos sujeitos sobre o PEP do município foram em sua maioria negativas. Poucos profissionais consideraram o PEP *muito bom (D)*, e, mesmo assim, com algumas ressalvas, porque *tem suas limitações né que são essas que a gente já falou, por conta da atualização do sistema e tudo (D)*. Alguns consideraram *uma regressão voltar para o prontuário de papel. Eu acho que ainda é melhor do jeito que está do que a gente voltar para o papel, mas ainda tá muito, muito a desejar(D)*.

Em relação às avaliações negativas, construiu-se um quadro para facilitar a apresentação das falas, entretanto, uma delas representa mais enfaticamente a fragilidade do PEP: *Eu acho que quem fez nunca viu nem um prontuário. Nunca pegou nem um prontuário para ver entendeu? Eu que não tinha nem noção do que era um prontuário (E).*

Quadro 1 – Avaliações negativas dos profissionais da ESF sobre o PEP de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2014

Tecnologia que atrapalha os processos de trabalho	<i>Lógico que eu não tô dizendo aqui que a gente é contra a tecnologia, de jeito nenhum. Mas do jeito que tá ele tá atrapalhando. (E)</i> <i>Muito burocrático.(E)</i>
Insignificante	<i>Eu também uso, só que eu também acho assim muito, muito assim insignificante esse prontuário pra mim. Pra mim ele e nada é a mesma coisa.(E)</i> <i>Então quando eu fiquei sem o computador, não senti falta, não senti. E assim, pra mim não ajudou.(M)</i>
Fragmenta o cuidado	<i>O que está a gente não tem aquela visão holística que a gente prima tanto né, principalmente da saúde pública e do paciente né.(D)</i> <i>Não ajudou em nada a visão sistêmica do paciente dentro da família, da comunidade, é só uma visão individual, dissociada. (D)</i> <i>No lugar de contextualizar mais aquela pessoa que você tá atendendo, vai individualizar mais ainda. Eu acho que o prontuário eletrônico vem muito nessa parte aí, individual né.(D)</i>
Fragmenta o cuidado (Cont)	<i>Porque pra mim o prontuário eletrônico, até assim meio que, é meio mecanicista né.(E)</i>
Não foi construído na lógica da ESF	<i>Eu acho que até se distancia um pouco da questão da estratégia.(E)</i> <i>Acho que ele não foi preparado, acho que não teve nenhuma preocupação com relação a ESF, do modo como ele foi elaborado, como foi programado.(E)</i>
Desvantajoso	<i>Todos têm vantagem e desvantagem. Mas o daqui eu sempre vi mais desvantagem do que vantagem. (M)</i>
Sem sentido	<i>Não tem sentido. (E)</i>
Falho	<i>[...] não te dá resposta. Então assim, para o tamanho da coisa, que é um sistema que você né, gastaram muito pra esse sistema, é uma coisa, então assim, eu acho muito falho.(M)</i> <i>Era muito problemático, eu nunca gostei, particularmente do prontuário eletrônico.(E)</i>
Não ajuda nos processos de trabalho	<i>Eu acho que ele não ajudou muito não. (E)</i> <i>A experiência não foi das melhores né. (E)</i>

Fonte: Dados primários da pesquisa.

As falas dos sujeitos, mostradas no **Quadro 1**, representam insatisfação de modo geral. Os sujeitos afirmaram que não se contrapõem às tecnologias em saúde, entretanto, da maneira que o PEP está configurado, é uma tecnologia que atrapalha e burocratiza os processos de trabalho ao contrário, para eles,

A sociedade em si já virou na era da informática. O que não virou na era da informática foi o serviço público. É o serviço público que não tá acompanhando. (D)

Alguns profissionais acrescentaram que a presença ou ausência do PEP no cotidiano dos serviços era irrelevante, pois em nada contribuía para a melhoria do cuidado e organização da atenção, especialmente porque não foi criado pensando na lógica da ESF, que prima pelo cuidado integral do indivíduo e da família e pela coordenação das redes de atenção. Ao contrário, para os profissionais, ele individualiza e fragmenta a atenção.

Esses sujeitos afirmaram que, devido possuir muitas falhas que não puderam ser corrigidas, em virtude da quebra do contrato com a empresa criadora do programa, não fazia sentido continuar utilizando o sistema, visto que este apresentava mais desvantagens que vantagens, pouco ajudava nos processos de trabalho e não era confiável.

Conforme já foi mencionado, as informações obtidas a partir do prontuário do paciente são fundamentais para organização e acompanhamento do fluxo do usuário na rede, de modo que garanta valor para a população. Além disto, do contato profissional-usuário múltiplas informações são geradas, necessitando de um suporte que garanta a continuidade do processo de cuidado. Essas informações precisam ser organizadas de modo a produzir um contexto que servirá de apoio para a tomada de decisão que orientará todo o processo de atendimento à saúde.

Embora atualmente se reconheça que as tecnologias sejam favorecedoras da coordenação da atenção, é necessário um

esforço conjunto das equipes de saúde, de informação e informática em saúde para que o suporte eletrônico esteja sintonizado às características e necessidades do modelo de atenção e de gestão da ABS/SF, bem como de toda a rede de saúde (GALVÃO; RICARTE, 2012, p. 144).

Potencialidades no uso do PEP

Esta categoria temática tem como foco as percepções dos sujeitos sobre as potencialidades do uso do PEP. Ressalta-se que as discussões dos grupos focais sobre esta temática, muitas vezes abordaram as potencialidades de um prontuário eletrônico ideal, construído de acordo com as necessidades dos sujeitos, quando estes mencionaram as vantagens do PEP em relação ao prontuário manual. Em outros momentos, o grupo retornava às potencialidades do PEP real de Fortaleza, ao discutirem, de forma concreta, o que ele de fato traz de benefícios para os profissionais e o serviço.

De acordo com os sujeitos da pesquisa, caso o prontuário eletrônico esteja adequado às suas necessidades, apresenta uma série de vantagens em relação ao prontuário manual. Uma das vantagens da informatização, segundo os participantes, é a redução do volume das informações, visto que no prontuário manual é necessário que haja armazenamento e preservação dos registros, ao longo dos anos, que podem atingir dimensões de difícil proporção. Além disso, foi mencionada também a facilidade na busca do prontuário, pois evita a procura em arquivos.

Só em se livrar das questões dos papéis e procurar prontuário né. O prontuário eletrônico ele facilita muito nessa questão aí né, de diminuir o papel e a gente ter todo acesso. (D)

Mais fácil de atualizar as informações, você não dependeria da coisa física que some, perde, acumula. Tem as intempéries. (E)

As instituições de saúde são responsáveis legalmente pela guarda dos prontuários por período indeterminado. O Parecer n.º 14/2007, do Conselho Regional de Medicina do Ceará-CREMEC (2007), estabelece que o prazo mínimo para a guarda do prontuário de papel é de 20 anos e que, após este período, o prontuário pode ser arquivado eletronicamente ou microfilmado e, então, guardado de forma permanente. Considerando que a ESF trabalha sob a lógica da longitudinalidade do cuidado, utilizar prontuário de papel implica em possuir estruturas de arquivamento de grande porte, e isto não é a realidade das unidades de atenção primária do município.

Como consequência da informatização dos prontuários, a sustentabilidade foi mencionada pelos sujeitos como um grande benefício no controle dos recursos financeiros e naturais.

O avanço tecnológico nos obriga justamente adaptar os serviços, tanto hospitalares como ambulatoriais às inovações. Então seria economia, diminuição da burocracia, a sustentabilidade, que todo mundo fala [...]. (M)

Outro argumento a favor da informatização dos prontuários é a facilidade de acesso às informações dos usuários quando necessário. O PEP possibilita a visualização das consultas anteriores de profissionais que se encontrem na mesma unidade de saúde ou em outros pontos da rede que possuam o sistema, de modo que o profissional possa tanto consultar registros prévios, como agregar novos dados.

A principal utilidade que eu vejo é ver o contexto histórico dos atendimentos do paciente, mesmo que seja dos outros profissionais. (D)

Era possível visualizar algum atendimento que você fez anteriormente com o paciente ou outro profissional. Então, você conseguia ler um pouco a história do que tava acontecendo com o paciente, do que tinha acontecido. (E)

O prontuário é um elemento constitutivo dos sistemas logísticos (têm como objetivo principal garantir a fluidez dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e

informações) e como proposta fundamental a integração das redes, objetivando superar a fragmentação das informações dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). Importa mencionar que os prontuários eletrônicos da atenção primária de Fortaleza, apesar de estarem conectados em rede, esta é muito limitada, especialmente se se refere a outros pontos de atenção da rede, que não a atenção primária.

Entretanto, no caso de consultas anteriores na mesma unidade, na visão dos sujeitos, o PEP é uma grande vantagem, pois dificilmente os profissionais se lembram dos procedimentos ou do plano de cuidados que realizaram. Além disto, é recorrente a perda de prescrições de consultas anteriores. Muitas vezes, os usuários retornam à unidade não sabendo informar de quais medicações estão fazendo uso, ou quais foram alteradas recentemente. Nestes casos, os sujeitos informaram que o PEP facilita o trabalho, pois permite a visualização do histórico de medicamentos prescritos.

Até pra o paciente não se sobrecarregar de medicação, às vezes você até pergunta, mas com o prontuário você teria aquela informação mais fidedigna que não dependeria do paciente se lembrar ou não, se ele tá tomando aquela medicação que o médico passou. Além de que tem drogas que vão interferir nas outras. (D)

E que às vezes o sistema está fora do ar, o paciente não traz a receita e você fica sem saber que medicação ele toma. Você não sabe e ele também não. “É aquele branquinho, aquela cartelinha vermelha”. Ai a farmácia não sabe, você não sabe, o paciente não sabe. E você só vai saber se o sistema voltar, acessar o prontuário dele ou se ele encontrar a receita em casa. (M)

Outro forte argumento em favor do PEP foi a possibilidade de compartilhamento dos dados e acesso simultâneo às informações. Estudos realizados pela Organização Pan-Americana de Saúde corroboram a visão destes profissionais ao demonstrarem claras desvantagens do prontuário de papel como a inacessibilidade à distância, e o fato de somente estar em um único lugar a cada tempo (OPAS, 2011). Alguns participantes mencionaram que o PEP permite o acesso simultâneo do mesmo prontuário por profissionais diferentes, em locais diferentes, e consideraram este aspecto uma potencialidade.

Não precisa ficar carregando de consultório em consultório. O prontuário de papel só é mais vantajoso para o profissional quando só existe você como profissional, e ele fica na sua sala, como acontece no consultório particular. (M)

Eu já atendi em um outro município que era um prontuário único que o paciente tinha na unidade, da família, aí quando eu chegava lá no consultório, tinha 10 pacientes, era pra estar 10 prontuários lá em cima, mas normalmente tinha cinco, porque tava com o médico, porque coincidiu as consultas. (D)

Este profissional afirma que, mesmo com o prontuário único para toda a equipe, o acesso às informações dos usuários, muitas vezes, era prejudicado porque

era comum os pacientes marcarem consultas no mesmo dia para mais de um profissional da equipe, para evitar que precisassem ir à unidade mais de uma vez. Assim, ele menciona que, apesar das dificuldades apresentadas do PEP odontológico, ele preferia o informatizado porque permitia o acesso simultâneo aos dados.

Outro aspecto mencionado pelos profissionais como potencialidade é a agilidade nas consultas. Este aspecto foi ambíguo e também entrou na discussão das fragilidades do PEP, pois, para alguns profissionais, o PEP agilizava as consultas e para outros dificultava, por ser lento.

Porque na verdade ele é bom. Se você for entrar e ele tiver funcionando às mil maravilhas, ele é rápido, é prático, é ótimo. (D)

Então um minutinho, você viu o tempo que eu passei com um paciente não viu? Então aquilo ali tudo é manual, é tudo escrito. Se tudo, todo mapa, tudo o que a gente faz com o paciente tiver lá no computador e você ficar só, realmente é quinze minutos. (E)

Alguns sujeitos referem que, em virtude da quantidade de relatórios e mapas que precisam preencher, caso o prontuário eletrônico possuísse todos os recursos necessários para a integração com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por exemplo, que é o software, que visa agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica, isto facilitaria o planejamento das atividades e agilizaria o trabalho. Isto seria possível se à medida que os profissionais fossem registrando, o PEP integrasse automaticamente os dados aos SIS.

A integração entre o PEP e o SIAB seria um recurso fundamental para o profissional da ESF, pois contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados socio-sanitários alcançados. Dessa forma, se o conjunto de dados estruturados pelo SIAB estivesse disponível eletronicamente, seria mais fácil traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe. A utilização de indicadores é fundamental para o processo de tomada de decisões, em uma gestão baseada em fatos, assim como para a análise crítica dos resultados da organização.

Porque a primeira consulta pode ser mais demorada, mas você tem uma visão do retorno, pra construção de protocolos e apresentação de relatórios. Você vai mudar a realidade mediante o acesso rápido de informações passadas e é claro que você vai construir um prontuário onde você possa ter o diagnóstico da comunidade, você já colocar esses acessos com marcação de x ou com um clique, entendeu? Você constrói uma plataforma do prontuário e aquelas informações que já são constantes, contínuas na comunidade, possam ser de mais fácil conotação. Na primeira consulta vai ter um trabalho? Vai. Trabalho de suporte? Vai. Mas o futuro relatório e a dinâmica do nosso trabalho, o nosso conhecimento e a capacitação e a comunidade também. (M)

Além destas potencialidades, a última mencionada pelos participantes da pesquisa foi a questão da legibilidade das informações. São frequentes relatos de situações nas quais os registros de profissionais não são compreendidos pelos pacientes, por outros profissionais e até mesmo por aquele que escreveu. Os registros informatizados são a solução para este problema na visão dos sujeitos,

Saía o receituário bem direitinho né, sem nenhuma rasura, as letras bem legíveis né. (M)

Esta temática apresentou as potencialidades do PEP. Os profissionais acreditam que o PEP, se construído de acordo com as necessidades da ESF, é fundamental até mesmo para que os serviços de saúde acompanhem os avanços tecnológicos do restante da sociedade. Além disto, todos os participantes consideraram que um PEP construído para a ESF, que possua suporte continuado e que possa ser modificado, caso haja necessidade, só traria benefícios ao serviço, otimizando o atendimento.

Fragilidades no uso do PEP

Em oposição aos potenciais benefícios do PEP, muitas fragilidades foram apontadas pelos participantes dos grupos. A primeira e mais frequente delas foi a lentidão do sistema.

É muito lento. Demorava muito tempo pra passar de uma tela pra outra tela, pra tela de um atendimento pra tela de outro atendimento. (M)

Qualquer sistema desenvolvido para ser um prontuário eletrônico apresenta grande complexidade na interação dos dados para produção de informações. Muitas vezes, esta complexidade não é considerada na elaboração do PEP e pode levar ao desenvolvimento de um sistema que não é capaz de atender a dois requisitos principais: o desempenho e a escalabilidade. O primeiro se refere ao tempo em que uma informação está disponível e também ao tempo necessário para realizar determinada tarefa. O segundo está relacionado a como manter o desempenho, apesar do aumento do número de usuários, de dados ou de informações (GALVÃO; RICARTE, 2012). A fala dos participantes remete a um sistema que possui baixo desempenho e baixa escalabilidade.

Uma outra fragilidade do sistema, segundo os participantes, era a dificuldade de apresentar registros fidedignos com o que era produzido pelos sujeitos no cotidiano de práticas. Para alguns participantes, os registros das atividades das equipes da ESF não correspondiam ao que de fato era realizado na prática.

Ele não era fiel com o que a gente atendia, fazia manualmente, e, muitas vezes, ainda era pra menos. (E)

Não batia o que era produzido com o que aparecia no computador. (E)

Além de reduzir o número de consultas e procedimentos, os participantes referiram também que o oposto era possível, ou seja, aumento na contagem de pro-

cedimentos e consultas. Esta situação pode gerar uma série de problemas para o profissional, que inclusive pode vir a ser alvo de processos judiciais e não ter como comprovar que não realizou a consulta/procedimento, visto que o prontuário mantém o registro de que ele realizou.

A pessoa deu o nome, marcou ficha e às vezes não apareceu, mas tá registrado no computador como se ele tivesse vindo. (M)

Foram mencionadas também fragilidades estruturais, como a indisponibilidade de consultórios e de computadores para todos os profissionais, entretanto, outra demanda necessária para o uso do PEP foi considerada mais importante pelos sujeitos, como a disponibilidade de rede. Os sujeitos mencionaram que a rede informatizada era instável, com frequentes desligamentos, impossibilitando os registros. Para os sujeitos, além de o sistema ser lento, quando a rede caía, as consultas tornavam-se ainda mais demoradas. Uma profissional mencionou que quando isto acontece, muitos usuários que aguardam ser consultados do lado de fora da sala e ficam questionando a demora da consulta, comparando-a a um sistema bancário.

Primeiro porque era difícil a gente ter uma sala pra atender e outra era uma sala com computador. E outra coisa era rede disponível. (E)

Fora que a maioria dos dias caía a rede e aí não tinha como atender. (E)

É a mesma coisa de quando a gente tá num banco que o sistema cai, a gente fica irado. E o povo lá fora, tá todo mundo irado porque se o negócio cair, duas, três vezes, você começa e para, começa e para. Você vai gastar muito tempo [...]. (E)

Outra fragilidade do sistema era a dificuldade de se modificar informações nos prontuários, especialmente nos cadastros de usuários. Esta questão dificultava a atenção e a gestão do cuidado, tendo em vista que os registros de certos tipos de consultas eram bloqueados pelo sistema, como por exemplo, de pré-natal, para pessoas do sexo feminino cadastradas por engano como do sexo masculino. Além das consultas, alguns exames não podiam ser solicitados, em virtude de incompatibilidade de sexo.

Eu observei também alguns registros no cadastro que foram feitos errados, o paciente era mulher, mas foi registrada como masculino, e não aparecia por exemplo a folha de pré-natal, e nós não tínhamos como ajeitar, então isso era uma dificuldade porque era uma coisa amarrada, presa. (M)

Quando ocorrem equívocos ou incorreções nas anotações das informações de um prontuário, Mendes (2011) alerta para os perigos e transtornos que podem causar aos usuários, individual e coletivamente, incorrendo ainda em desrespeito aos direitos de cidadania. O profissional é consciente desta insegurança gerada nas informações produzidas sem encontrar saída para resolução.

Além das fragilidades já mencionadas, uma em especial mereceu ter sido destacada em virtude da magnitude com que se apresenta, que é a separação do prontuário odontológico do prontuário eletrônico dos demais membros da equipe de saúde da família.

Eu não sei se, assim, porque o nosso prontuário é desvinculado do prontuário médico. Assim, o que a gente chama de prontuário eletrônico, para a gente da odontologia, na verdade é o odontograma, onde a anamnese é a gente que tá utilizando estes dados, mas que não é compartilhado. Então assim, é isolado do prontuário médico.(D)

Na verdade, o meu é o odontológico, voltado para odontologia. Mas tipo assim, eu não tenho acesso às informações do paciente no prontuário, por exemplo, que o enfermeiro tem, que o médico tem, eu não tenho, não tenho esse acesso.(D)

Diferentemente do modo como o PEP de Fortaleza está estruturado na ESF, a proposta da Estratégia foi implementada objetivando a integralidade da atenção à saúde, sendo composta por um grupo interdisciplinar de profissionais (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005).

A integralidade, como um dos princípios do SUS, pode ser pensada como uma forma de reorganização dos processos de trabalho, numa perspectiva do trabalho interdisciplinar, com foco no usuário e suas necessidades. A ESF, em sua concepção teórica, reconhece que a mudança do modelo assistencial se dá a partir desta reorganização, com necessidade de interação, troca de conhecimentos e articulação na produção do cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004).

Embora o processo do trabalho da ESF deva estar direcionado para práticas interdisciplinares, nada garante que, no território de práticas, a teoria se cumpra de fato. Estas falas levam a seguinte reflexão: como superar as dificuldades inerentes ao trabalho em equipe, se outras dificuldades estruturais são acrescentadas? Como resistir ao trabalho fragmentado na ESF se a diversidade das categorias profissionais parece não ser considerada nos processos de desenvolvimento, implantação e manutenção de tecnologias que visam buscar a integralidade e a coordenação do cuidado? Visto que é justamente essa diversidade de fazeres que subsidia a assistência integral do paciente, uma vez que cada membro da equipe de saúde exerce um papel diferenciado, mas não menos importante, na atenção ao indivíduo e sua família. Deste modo, por mais que os profissionais se esforcem para superar esta dificuldade, o trabalho esfacelado e segmentado persistirá e a interdisciplinaridade será mais um desejo do que uma prática.

Os sujeitos da pesquisa referem que sentem falta de um PEP integrado, que permita a comunicação entre as categorias para a consolidação da ESF.

Eu acho que esse prontuário, ele tem que ter essa integração dos profissionais. Não dá pra gente tá atendendo paciente, sair da sala, pra ir pro médico, aí o médico [...] não pode atender, aí você volta, aí você conversa com o paciente e remarca ele. Porque

aquelas informações você não tem acesso. Por que é que eu não posso ter acesso a um prontuário do paciente que eu vou tratar? Porque é que as informações médicas e de enfermagem são restritas aos profissionais, se somos uma equipe? (D)

Um PEP, quando bem estruturado, pode ser a solução para problemas decorrentes da dificuldade de se integrar informações, pois possui como objetivo primário possibilitar o registro sistematizado das informações ao organizar e armazenar seu conteúdo no formato digital. Deste modo, utilizar esta tecnologia pode otimizar as atividades clínicas, de gestão e de pesquisa (GALVÃO; RICARTE, 2012). Assim como os autores, os profissionais reconhecem esta função:

Facilitaria muito se a gente conseguisse ter acesso, se vocês pudessem abrir o prontuário de dentista no consultório de vocês, vocês iam saber que a gente tá fazendo um procedimento, por exemplo uma exodontia que poderia ter alterado índice glicêmico, ou aumentado a pressão. (D)

No entanto, o que se observa é que o prontuário eletrônico disponível para os profissionais da ESF de Fortaleza não teve as modificações necessárias para se adequar às necessidades do trabalho interdisciplinar no qual a estratégia se propõe. Ao contrário, aumenta a fragmentação do cuidado e reflete justamente o modelo de atenção que a ESF propõe combater.

Não obstante a fragmentação odontológica do PEP mencionada, importa ampliar a discussão para as demais categorias que hoje atuam nas UAPS, que são os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Trata-se de uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde, em 2008, e implantada em Fortaleza em 2009 que inclui outros campos de saberes para atuarem em conjunto com as equipes da ESF e busca fornecer subsídios para uma atenção primária mais resolutiva.

Nesta perspectiva, as UAPS de Fortaleza, além das equipes da ESF, contam também com profissionais de outras categorias da saúde como forma de fortalecer a atenção e ampliar o escopo de resolutividade da APS do município. Estes profissionais, entretanto, não têm acesso ao sistema do PEP e fazem seus registros manualmente.

E também porque não é universal mesmo assim, que todos os profissionais usam né, que tenha acesso a todos os profissionais, não é. (E)

Isto dificulta a integralidade da atenção, pois a comunicação entre as diversas categorias, ou é fragilizada ou não existe, sendo comum acontecer situações onde um profissional não sabe o que o outro realizou e nem mesmo se ele realizou alguma intervenção com o usuário e sua família.

Trabalhar em equipe pressupõe mais do que diferentes categorias profissionais atuando no mesmo espaço, e, na perspectiva da integralidade, pressupõe um trabalho interdisciplinar no qual as ações em saúde sejam realizadas articulando saberes. Esta prática é um grande desafio para os profissionais da ESF, visto que a formação destas categorias ainda é predominantemente biologicista e fragmentadora, e esta conformação do PEP reforça esta segmentação da atenção.

Outra fragilidade do sistema na ótica dos sujeitos é o fato do PEP ser individual e não familiar, não permitindo o inter-relacionamento do usuário com sua família e/ou com a comunidade onde ele está inserido.

Eu acho que o PEP que a gente teve era muito individual, só o paciente, não envolvia família, questões familiares, não tinha espaço pra fazer nenhum genograma ou algo do tipo, colocar nenhum histórico familiar, não tinha espaço, era só um espaço em branco pra você botar ali a queixa do paciente e o seu exame físico. (M)

Apesar dos prontuários clínicos geralmente serem individuais, para organizações que se baseiam na Saúde da Família, como é o caso do SUS, os prontuários devem ser familiares (OPAS, 2011). Estudos no País, como o de Negreiros e Tavares-Neto (2005), propõem um modelo de prontuário único para ESF que disponha conjuntamente de todos os registros dos membros da família e o apontam como potencialidade no favorecimento da atenção integral.

Este estudo acredita que o prontuário familiar valoriza a proposta da atenção integral, centrada no usuário e sua família, e, portanto, é

fundamental para o alcance mais satisfatório da relação da Equipe de Saúde da Família com a comunidade, além de colocar em maior evidência a unidade de saúde da família como porta de entrada do SUS (NEGREIROS; TAVARES-NETO, 2005, p. 141).

Nas discussões dos grupos sobre a individualização dos registros foram mencionadas consultas simultâneas de mais de um membro da família, quando um deles não estivesse agendado formalmente. São as chamadas consultas “casadas”, como por exemplo, no caso de uma gestante que foi a unidade para realizar a consulta de pré-natal e trouxe seu filho para o profissional avaliar, sem que este estivesse com a consulta marcada. Tendo em vista que o prontuário eletrônico é individual e não familiar, seria necessário fazer consultas sem registros, porque alguns profissionais referiram que não deixariam de assistir um paciente porque este não estava agendado.

Aquelas consultas casadinhas, digamos. Vai a mãe e tem dois meninos, aí só dão ficha pra um, mas você vai deixar de ver o outro que tá ali na sua frente? (M)

Para alguns sujeitos, entretanto, a “consulta casada” demora bastante, atrapalhando a rotina do serviço, visto que é necessário abrir e fechar prontuários diferentes, e por este motivo, muitos recusam-se a realizá-la.

E outra coisa, como a gente trabalha com família, não é pra ser um problema. Chegou, você é quem tinha que ir buscar e na verdade como a demanda é muito grande não dá, chegou com cinco meninos e você vai ver cada um? Acaba que muitas vezes não dá tempo né, mas era o ideal, seria ver a família né. Se já tão aqui o que custa? Mas não dá, muitas vezes, para trabalhar dessa forma não. (E)

Pelas questões levantadas, todos os participantes do estudo afirmaram que seria muito melhor se o prontuário eletrônico fosse familiar e não individual, porque

esta perspectiva contextualiza o usuário, além de facilitar os registros e reduzir o tempo destinado às consultas.

Outra demanda mencionada que fragiliza o PEP é a organização da agenda pela semana padrão. A semana padrão constitui uma forma de organizar a atenção por programas/ciclos de vida como forma de facilitar a marcação das consultas no SAME e também a identificação por parte da população das atividades que realizam. Assim, como forma de exemplificar e facilitar o entendimento, em uma determinada equipe, a agenda pode estar organizada, por exemplo: saúde da mulher – segundas-feiras, saúde da criança – terças-feiras, saúde do adulto – quartas-feiras etc.

Dentro desta divisão por programas ou ciclos de vida, há subdivisões que especificam o tipo de atividade realizada, assim, na grande área de saúde da mulher muitas atividades podem ser realizadas, tais como: consulta de pré-natal, planejamento familiar, prevenção de câncer ginecológico, dentre outras. Os sujeitos afirmaram que algumas destas atividades não estão especificadas no PEP, o que dificulta a consolidação dos registros.

A questão puericultura. Você atende puericultura e lá no sistema não existe puericultura. Você vai colocar o que lá, outros atendimentos. Pronto. Não existe. Você atende planejamento familiar, mas não existe planejamento familiar. (E)

Até outros espaços de outras ferramentas, por exemplo, até a visita domiciliar, a gente não tinha espaço pra colocar a visita domiciliar, ou mesmo a gente fez uma conferência familiar, nada assim a gente tinha como registrar, em relação a algumas coisas que a gente faz na ESF. (E)

Além da ausência de algumas atividades, os profissionais informaram que a constituição de alguns destes programas não era adequada, pois não supria as necessidades de registro ou por possuir muitas falhas.

Quando eu ia registrar para fazer pré-natal, era confuso o número do SIS Pré-natal e, às vezes, tava lá como se a gestante já tivesse com 263 semanas, porque não davam baixa no puerpério da gravidez anterior. Então ficava muito confuso, acaba sendo o pior programa de se trabalhar era o pré-natal. (E)

É certo que estas falhas no sistema não se limitam ao programa do pré-natal, pois vários outros programas foram citados pelos sujeitos nas discussões dos grupos, como o programa de prevenção de câncer ginecológico, que não permite acrescentar informações após a coleta do exame; o programa de Bolsa-Família, que é desvinculado do PEP, dentre outros.

Ainda discutindo fragilidades, a falta de unificação dos cadastros também foi mencionada como um limite a ser superado. Isto porque é comum um usuário fazer um novo cadastro cada vez que muda de domicílio. Nestes casos, o novo prontuário aberto permanece no sistema caso este usuário não informe que já possui um cadastro feito anteriormente. Assim, era comum acontecer de o mesmo paciente possuir dois ou três prontuários abertos.

Porque às vezes o indivíduo ele faz assim, ele faz o cadastro no Graciliano Muniz. Aí faz, a mulher fez o pré-natal lá, passou não sei quantos anos morando lá. Vem pra cá. No lugar dela atualizar o cadastro, que agora está no Paracampos, aí a gente teria acesso a essas consultas dela, não, ela faz outro prontuário eletrônico. Aí esses dois prontuários não consolidam. (E)

Diante das discussões apresentadas, para que o novo PEP possa alcançar seu pleno potencial é necessário que os benefícios e os problemas do PEP atual sejam compreendidos e analisados, para que os recursos potenciais permaneçam e as fragilidades sejam superadas, e é fundamental que esta construção seja coletiva e conte com a participação de representantes das equipes para a consolidação deste recurso no campo de práticas da ESF, de modo que possibilite o alcance dos princípios a que se propõe.

Considerações Finais

O prontuário do paciente é uma ferramenta que possibilita a comunicação, além de facilitar a gestão da atenção à saúde, visto que dele derivam fluxos que alimentam os sistemas de informação e de gestão em saúde. O prontuário clínico, entretanto, precisa não somente ser construído de acordo com as necessidades dos serviços de atenção primária, mas também ser validado e utilizado de forma sistemática e rotineira pelos profissionais da ESF. Conseguir a adesão dos profissionais de saúde quando se implanta novas tecnologias é fundamental para o sucesso das mesmas.

O município de Fortaleza instituiu o prontuário eletrônico do paciente na Atenção Primária à Saúde, substituindo o prontuário manual, com o objetivo principal de facilitar esta comunicação e de tornar os sistemas mais fluidos e rápidos.

Cerca de uma década depois da implantação do PEP, nenhum tipo de avaliação formal desta ferramenta de apoio ao cuidado foi realizada na busca de superar as fragilidades e consolidar potencialidades. Este estudo foi concebido na perspectiva de conhecer as percepções dos sujeitos que utilizam este instrumento, identificando quais aspectos são considerados satisfatórios e quais precisam ser modificados para adequar o PEP às necessidades da ESF.

As avaliações, de modo geral, foram negativas e os sujeitos informaram que o modo como o PEP está constituído atrapalha os processos de trabalho. Entretanto, foi consensual que as tecnologias em saúde são fundamentais, se forem bem estruturadas e adequadas às necessidades da ESF.

As potencialidades mencionadas foram sustentabilidade, acesso ao histórico do usuário e a legibilidade das informações. Outros benefícios potenciais foram apresentados, porém, sob a perspectiva de constituição futura, como a alimentação direta por sistemas de fornecedores de informação e possibilidade de compartilhamento dos dados e acesso simultâneo às informações, que são estratégias que impactam positivamente a gestão e os processos de trabalho na ESF.

Os argumentos que trataram das fragilidades não se aplicaram diretamente à existência da informatização dos prontuários, mas foram, em geral, decor-

rentes da inadequação à ESF e à falta de manutenção dos recursos materiais e à desatualização do sistema.

Em relação às fragilidades, os sujeitos informaram que a adoção do PEP provocou aumento de trabalho e perda de tempo nos atendimentos, decorrentes da escassez de insumos. Foi mencionada também a incompatibilidade entre os registros de procedimentos realizados e de procedimentos computados pelo sistema, que, muitas vezes, era alterado para mais ou para menos sem critério. Outra questão foi que o PEP não está condizente com as necessidades dos profissionais, pois não dispõe de uma série de atividades inerentes à estratégia, tais como espaços para registros de atividades em grupo e visitas domiciliares, por exemplo.

Conclui-se que conhecer as percepções dos profissionais sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente é fundamental para facilitar sua consolidação como instrumento de registro das atividades da ESF, bem como facilitar o acesso adequado destas informações às equipes da ESF, visto que é imperiosa a necessidade de se regular o uso da tecnologia para usufruir seus benefícios.

Referências

ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H. C. O Programa Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Rev. Adm. Pública**, v. 39, n. 2, p. 327-349, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem-análise do contexto da gestão e das práticas da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO CEARÁ. **Parecer nº14/2007**. Tempo de guarda e microfilmagem de prontuários médicos. Disponível em: <http://www.cremec.com.br/pareceres/2007/par1407.htm> Acesso em: 20 fev. 2014.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Prontuário do paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. Fortaleza. **Perfil básico municipal 2011**. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2011/Fortaleza.pdf Acesso em: 12 jan. 2013.

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO, R. S. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: Organização Panamericana da Saúde, 2003. 213 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

NEGREIROS, M. N.; TAVARES-NETO, J. Proposta do prontuário para as equipes de saúde da família. **Revista APS**, v. 8, n. 2, p. 123-142, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/prontuario.pdf> Acesso em: 12 jan. 2013.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Inovação nos sistemas logísticos**: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: OPAS/OMS, 2011. (Série Navegador SUS, n. 1).

3.

As Dimensões Estratégicas do PMAQ-AB nos Estados do Piauí e Ceará

Mailson Fontes de Carvalho

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Ana Roberta Vilarouca da Silva

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Introdução

Desde o surgimento da Atenção Básica no Brasil que processos de avaliação são propostos no intuito de fomentar a melhoria e a qualidade das ações e serviços prestados. Segundo Campos (2005), a qualidade da Atenção Básica tornou-se um tema especialmente relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais nas últimas décadas. Porém, a preocupação com a qualidade na assistência a saúde já existe há algum tempo, até mesmo em âmbito internacional.

No Brasil, a atenção básica teve seu desenvolvimento diretamente ligado a Estratégia Saúde da Família (ESF), concebida como eixo central de desenvolvimento das ações da atenção básica. Sua importância no funcionamento do sistema de saúde brasileiro e o relevante papel desempenhado pela ESF na organização da atenção a saúde em grande parte dos municípios brasileiros, justificam e corroboram a necessidade de um processo específico e sistematizado de avaliação (BRASIL, 2005). Sua crescente expansão e a progressiva ampliação da cobertura, aliadas a necessidade de ajuste do foco proposto para a atenção básica no país tornaram-se um estímulo propulsor para as iniciativas de avaliação e de melhoria contínua da qualidade.

Ainda em 2002, Medina e Aquino (2002) já alertavam que a avaliação na Saúde da Família constituía tarefa primordial a todos os envolvidos no debate sobre as perspectivas de sua consolidação no âmbito do SUS. Além das demandas externas, as ações de monitoramento e avaliação estão ligadas também internamente ao processo de trabalho na atenção básica. A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.488/2011) preconiza como as equipes de atenção básica/saúde da família devem realizar o acompanhamento e realização de avaliações sistemáticas das ações visando a readequação de seu processo (BRASIL, 2011).

Em relação a avaliação dos processos ligados a atenção básica, esta não se configura como uma atividade simples, principalmente quando relacionada a mensuração da qualidade. Lorenzo-Cáceres, Ascanio e Otero (2007) ressaltam que é uma tarefa desafiadora até mesmo para países desenvolvidos, tanto pela complexidade advinda das inúmeras definições e classificações, como pelas diferentes concepções e metodologias empregadas nos processos avaliativos.

No âmbito dos processos de fortalecimento das estruturas de gestão nas três esferas de governo, o Ministério da Saúde inclina-se para uma política de institucionalização da avaliação, desenvolvida a partir de 2003, com o objetivo de monitorar e avaliar a atenção básica instrumentalizando a gestão e fomentando a cultura avaliativa. As principais iniciativas da referida política foram os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica e os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) e a AMQ (FIGUEIREDO, 2011).

Ainda como parte da política de institucionalização da avaliação, surge em 2005 a proposta da “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde

da Família” (AMQ), reiterando o compromisso de buscar cumprir os princípios da integralidade e da equidade das ações e serviços de saúde destinados aos indivíduos, famílias e comunidades (CAMPOS, 2005).

Porém, apesar de ter se tornado uma ferramenta de uso nacional, teve baixa adesão, e, segundo Figueiredo (2011), não houve evidências concretas de que a utilização da AMQ se traduziria em benefícios reais à população. Nesse ínterim, diversos instrumentos de avaliação da atenção básica foram criados e testados, em sua maioria voltados para uma avaliação normativa, prioritariamente quantitativa.

Entretanto, devido a preocupação com a qualidade da assistência e com a garantia da integralidade e considerando a necessidade de adequação das normas que regulamentavam a atenção básica, o Ministério da Saúde lançou em 2011, uma nova versão da Política Nacional de Atenção Básica, onde surgiram novos formatos de equipes e de incentivos financeiros, inclusive vinculados a um novo mecanismo de avaliação da qualidade: o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Assim, com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica através de monitoramento e avaliação de indicadores, da qualificação do processo de trabalho e busca pela satisfação dos usuários, o PMAQ induz a criação de um ciclo contínuo de melhoria dos serviços de atenção básica vinculados a repasses de recursos destinados a implantação de padrões de acesso e qualidade nas equipes de atenção básica (BRASIL, 2011). Segundo Pinto (2012), é o início de mudanças importantes e persistentes em diversas dimensões do processo de trabalho das equipes de atenção básica.

Para atingir tal função, era necessária a operacionalização do programa para possibilitar a participação de municípios e equipes de atenção básica interessadas. O Manual Instrutivo do programa apresenta quatro fases que se complementam na formação do ciclo de melhoria do acesso e da qualidade: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; Recontratualização.

Vale destacar que a segunda fase, denominada desenvolvimento, guarda em si a propulsão aos objetivos do programa. É nessa fase em que diversas ações devem ser empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, visando a produção de movimentos de mudança na gestão, no cuidado e na gestão do cuidado. Caracteriza-se como a etapa primordial para a implementação dos processos que culminarão na melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2011).

As equipes de atenção e gestão, com a tarefa de imprimir mudanças na realidade concreta, deverão construir pactos e ações capazes de disparar movimentos que articulem avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento dos resultados numa excelente oportunidade de superar modos de ação que fragmentados, perdem grande parte de sua potência (PINTO, SOUSA e FLORÊNCIO, 2012).

Nesse âmbito, são propostas quatro dimensões estratégicas, foco principal deste estudo, consideradas centrais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. É nesse contexto que, segundo Pinto (2012), ocorre a participação ativa da gestão municipal e das equipes de atenção básica, provocando um modo de ação compartilhado que deverá ser capaz de assumir as responsabilidades pela mudança pretendida na situação-problema encontrada.

Assim, considerando que Piauí e Ceará são estados nordestinos de características peculiares em relação a proximidade e semelhanças geográficas e econômicas, mas que apresentam características diferenciadas em relação a atenção a saúde, principalmente no que diz respeito à implantação e cobertura da ESF. Esta investigação teve como objetivo primordial identificar como se deu a utilização das dimensões estratégicas de desenvolvimento do PMAQ-AB em ambos estados, buscando apontar características determinantes para a utilização destes em diferentes contextos. Haverá mesmo diferenças significativas na execução das estratégias de desenvolvimento do PMAQ-AB entre os dois estados? Será que estas diferenciações podem ser preponderantes para o bom desempenho na execução das melhorias e adequações propostas pelo PMAQ-AB?

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, de caráter transversal e abordagem quantitativa de análise dos dados. Foram utilizados dados secundários provenientes das entrevistas realizadas com equipes de saúde da família na fase de avaliação externa PMAQ-AB em 2012, período no qual ocorreu o desenvolvimento do primeiro ciclo do programa nos municípios. Os dados da avaliação externa foram adquiridos mediante solicitação oficial da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) ao Ministério da Saúde (MS/DAB), com a garantia de manutenção do sigilo quanto a identidade dos municípios e equipes participantes desta investigação.

O recorte desta investigação aborda dados referentes aos estados do Piauí e Ceará, escolhidos pelas peculiaridades, convergências e dissonâncias apresentadas por estados territorialmente próximos e especialmente distantes no tocante aos processos de desenvolvimento da atenção básica à saúde. Em relação ao PMAQ, vale destacar o percentual elevado de municípios participantes do programa em ambos estados, bem como a disparidade numérica entre estes.

Para a avaliação baseada na execução das estratégias propostas pelo PMAQ-AB, utilizamos questões constantes no Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica, da Avaliação Externa. Foram selecionadas vinte questões relacionadas a cada estratégia (Quadro 1).

Quadro 1 – Questionário selecionado para avaliação da execução das estratégias PMAQ-AB, 2012

Estratégia	Variáveis
Autoavaliação	<ul style="list-style-type: none"> -Qual o instrumento/fonte utilizado? -Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe? -A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe? -A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ-AB?
Monitoramento	<ul style="list-style-type: none"> -A gestão disponibiliza para a equipe de Atenção Básica informações que auxiliem na análise de situação de saúde? -Existe monitoramento e análise dos indicadores? -A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB? -A equipe de Atenção Básica realiza reunião de equipe? -Quais são os temas das reuniões de equipe?
Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> -Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da Atenção Básica? -Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano? -Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?
Apoio Institucional	<ul style="list-style-type: none"> -Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde? -Qual a quantidade de apoiadores para a equipe? -Como é realizado o contato do apoiador institucional com a equipe? -Quais as atividades que o apoiador institucional realiza? -Como a equipe avalia o contato que o apoiador mantém com a equipe? -Como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?

Fonte: Avaliação Externa do PMAQ-AB: Módulo II – Entrevista com profissional.

A partir de então, os dados de ambos estados foram consolidados e tabulados no *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) versão 20.0, e analisados mediante estatística descritiva, onde utilizou-se do teste qui-quadrado para o cruzamento de dados, adotando nível de significância $p \leq 0,05$.

Vale destacar que, mesmo com a utilização de dados secundários e garantia do preceitos éticos constantes na Resolução CNS n° 466/2012, este estudo integra a

pesquisa intitulada “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sob o nº 21904, de 13 de março de 2012.

Resultados

Foram analisados resultados provenientes de 1281 equipes, provenientes de 307 municípios de ambos estados. No Piauí foram avaliados 136 municípios (60,7%), já no estado do Ceará participaram 171 municípios (92,9%), que representam uma amostra de 75,2% do total de municípios dos dois estados.

No tocante a autoavaliação, os resultados apontaram diferenças expressivas entre os dois estados (Tabela 1), onde o Ceará exibe percentuais mais elevados na ocorrência da autoavaliação (87,9%), na consideração dos seus resultados para a organização do trabalho das equipes (84,7%) e no apoio dado pela gestão ao processo de autoavaliação (86,3%), ainda que em relação à utilização do AMAQ como instrumento, os dois estados guardem percentual similar.

Tabela 1 – Utilização da autoavaliação nos estados do Piauí e Ceará, 2015

Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses?						
	PI		CE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	285	76,8	800	87,9	1085	84,7
Não	78	21	102	11,2	180	14,1
Não sabe / Não Respondeu	8	2,2	8	0,9	16	1,2
Qui Quadrado*	$P \leq 0,0001$					
Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?						
	PI		CE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	267	72	771	84,7	1038	81
Não	12	3,2	23	2,5	35	2,7
Não se aplica	86	23,2	110	12,1	196	15,3
Não sabe / Não Respondeu	6	1,6	6	0,7	12	0,9
Qui Quadrado*	$P \leq 0,0001$					

Continuação

A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe?						
	PI		CE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	270	72,8	785	86,3	1055	82,4
Não	14	3,8	15	1,6	29	2,3
Não se aplica	86	23,2	110	12,1	196	15,3
Não sabe / Não Respondeu	1	0,3	0	0	1	0,1
Qui Quadrado*	P≤0,0001					

A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?						
	PI		CE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	319	86	887	97,5	1206	94,1
Não	41	11,1	22	2,4	63	4,9
Não sabe / Não Respondeu	11	3	1	0,1	12	0,9
Qui Quadrado*	P≤0,0001					

Nota: * Os valores referem-se ao X^2 de Pearson

Já em relação ao monitoramento dos indicadores, os resultados apontam que 87% das EAB avaliadas realizaram monitoramento e análise dos indicadores de saúde, sendo esta uma temática relativamente frequente em reuniões da equipe (84%). Ainda verifica-se que 83% revelaram ter recebido apoio da gestão na discussão do monitoramento, inclusive com disponibilização de informações necessárias ao processo (92%), conforme tabelas a seguir.

A Tabela 2 apresenta as questões sobre monitoramento em um comparativo entre estados. Destaque para a considerável diferença entre o percentual de equipes que realiza monitoramento e análise dos indicadores, no Piauí de 77,9% e no Ceará de 90,1%, fato que ocorre de maneira semelhante nas demais questões.

Tabela 2 – Resultados da execução de monitoramento pelas equipes do Piauí e Ceará, 2015

A gestão disponibiliza para a EAB informações que auxiliem na análise da situação de saúde?						
	PI		CE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	315	84,9	865	95,1	1180	92,1
Não	47	12,7	41	4,5	88	6,9
Não sabe / Não Respondeu	9	2,4	4	0,4	13	1
Qui Quadrado*	P≤0,0001					
A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?						
	PI		CE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	289	77,9	820	90,1	1109	86,6
Não	68	18,3	84	9,2	152	11,9
Não sabe / Não Respondeu	14	3,8	6	0,7	20	1,6
Qui Quadrado*	P≤0,0001					
A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB?						
	PI		CE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	270	72,8	797	87,6	1067	83,3
Não	88	23,7	106	11,6	194	15,1
Não sabe / Não Respondeu	13	3,5	7	0,8	20	1,6
Qui Quadrado*	P≤0,0001					
(Quais são os temas de reuniões de equipe?) Monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde?						
	PI		CE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	298	80,3	782	85,9	1080	84,3
Não	58	15,6	111	12,2	169	13,2
Não se aplica	15	4	17	1,9	32	2,5
Qui Quadrado*	P≤0,0001					

Nota: * Os valores referem-se ao X^2 de Pearson

Foi possível constatar ainda que, no tocante as ações de educação permanente, essas se apresentaram incidentes em ambos os estados. Na Tabela 3 é possível identificar que, no Ceará (75%), o percentual de existência de ações de educação permanente é superior ao Piauí (65%) e que em ambos estados essas ações não suprem as necessidades dos serviços.

Vale destacar que, dentre as ações de educação permanente passíveis e disponíveis à utilização na atenção básica, o Telessaúde foi citado por 8,4% das EAB, os cursos presenciais em 6,9% das equipes, a Troca de Experiências em 6%, a EAD/UNASUS em 5,8% e Tutoria/preceptorial em apenas 2%.

Tabela 3 – Resultados educação permanente nos estados do Piauí e Ceará, 2015

Há no município ações de educação permanente que envolvem profissionais da Atenção Básica?				
	PI		CE	
	N	%	N	%
Sim	242	65,2	688	75,6
Não	123	33,2	218	24
Não sabe / Não Respondeu	6	1,6	4	0,4
Qui Quadrado*	P≤0,0001			
Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?				
	PI		CE	
	N	%	N	%
Sim	158	42,6	498	54,7
Não	83	22,4	183	20,1
Não se aplica	129	34,8	222	24,4
Não sabe / Não Respondeu	1	0,3	7	0,8
Qui Quadrado*	P≤0,0001			

Nota: * Os valores referem-se ao X² de Pearson.

Na estratégia *apoio institucional*, foram buscados resultados acerca de ocorrência, mecanismos utilizados na efetivação deste, bem como as atividades realizadas pelos apoiadores existentes. No tocante a quantidade de apoiadores, os valores máximo e mínimo de apoiadores foram respectivamente 13 e 1, com média de 2,8 (DP ± 1,96). Estes exerciam suas atividades prioritariamente de forma presencial (98%), ainda que também utilizassem telefone (71%) e internet (20%) como forma de comunicação com as equipes.

Continuação

A Tabela 4 apresenta os percentuais acerca das atividades realizadas pelos apoiadores institucionais, entre os quais destacam-se a discussão sobre o processo de trabalho (91%), as atividades relacionadas a apoio à autoavaliação (87,2%) e monitoramento (86,3%).

Tabela 4 – Atividades realizadas pelos apoiadores institucionais nos estados do Piauí e Ceará, 2015

Quais as atividades que o Apoiador Institucional realiza?	Piauí	Ceará	Total
Discussão sobre o processo de trabalho da equipe	91,4%	90,8%	91,0%
Apoio a autoavaliação	82,4%	88,9%	87,2%
Apoio para monitoramento e avaliação de informações	84,0%	87,2%	86,3%
Apoio ao planejamento e organização da equipe	43,1%	24,8%	29,8%
Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados	73,8%	73,8%	73,8%
Oficina com objetivo específico definido	42,5%	43,2%	43,0%
Educação Permanente	58,5%	56,5%	57,0%
Participa das reuniões	79,2%	79,3%	79,3%
Outros	2,2%	2,7%	2,6%

No questionamento acerca da existência do apoio institucional, os resultados demonstram que 85,6% das equipes no Ceará e 78,2% das equipes no Piauí aceitaram receber apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde. A avaliação da contribuição do apoiador na qualificação do trabalho das equipes foi consideradamente elevada; 49,1% classificaram o Piauí como bom e 22,9% como muito bom e, no Ceará, esses resultados chegam aos percentuais de 55,1% e 29,3%, respectivamente.

Tabela 5 – Resultados da dimensão apoio institucional nos estados do Piauí e Ceará, 2015

	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde?			
	PI		CE	
	N	%	N	%
Sim	290	78,2	779	85,6
Sim desde a adesão ao PMAQ	23	6,2	74	8,1
Não	45	12,1	51	5,6
Não sabe / Não Respondeu	13	3,5	6	0,7
Qui Quadrado*				P≤0,0001

Continuação

	Como a equipe avalia o contato que o apoiador mantém com a equipe?			
	PI		CE	
	N	%	N	%
Muito bom	117	31,5	343	37,7
Bom	162	43,7	450	49,5
Regular	31	8,4	51	5,6
Ruim	5	0,5	4	0,4
Muito ruim	0	0	3	0,3
Não se aplica	58	15,6	57	6,3
Não sabe / Não respondeu	1	0,3	2	0,2
Qui Quadrado*				$P \leq 0,0001$

	Como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?			
	PI		CE	
	N	%	N	%
Muito bom	85	22,9	267	29,3
Bom	182	49,1	501	55,1
Regular	40	10,8	78	8,6
Ruim	5	1,3	4	0,4
Muito ruim	0	0	2	0,2
Não se aplica	58	15,6	57	6,3
Não sabe / Não respondeu	1	0,3	1	0,1
Qui Quadrado*				$P \leq 0,0001$

	Como a equipe avalia o contato que o apoiador mantém com a equipe?			
	PI		CE	
	N	%	N	%
Muito bom	72	19,4	254	27,9
Bom	151	40,7	489	53,7
Regular	39	10,5	67	7,4
Ruim	4	1,1	6	0,7
Muito ruim	0	0	2	0,2
Não se aplica	47	12,7	35	3,8
Não sabe / Não respondeu	58	15,6	57	6,3
Qui Quadrado*				$P \leq 0,0001$

Nota: * Os valores referem-se ao X^2 de Pearson.

Discussão

Piauí e Ceará são estados territorialmente ligados, mas que apresentam características diferenciadas em relação à economia, geografia e outros quesitos, entre os quais destaca-se o setor saúde, em especial a atenção básica e suas estratégias de efetivação.

Destaque pelas suas belezas naturais, o Estado do Ceará possui um dos melhores índices de qualidade de vida do Nordeste, com percentual de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,723 (IBGE, 2010). No tocante as condições de saúde da população cearense, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2008) mostrou que, em relação ao estado de saúde, 75,3% da população investigada avaliou seu estado de saúde como muito bom ou bom, porém a mesma pesquisa apontou que, apesar de o Estado ser vanguardista na criação e implantação de estratégias voltadas à atenção básica, incluindo a Estratégia Saúde da Família, a taxa de domicílios particulares permanentes cadastrados em Unidades de Saúde da Família não chega a 60% (IBGE, 2008). Destaque-se ainda a baixa proporção de cobertura populacional da ESF estimada em 67,16% em 2013 (BRASIL, 2013).

Já o vizinho Estado do Piauí tem população estimada em apenas 3.118.360 habitantes, alocados em uma divisão político-administrativa que agrega 224 municípios distribuídos em quatro mesorregiões (IBGE, 2010). Sobre as condições de desenvolvimento humano, o percentual do Estado é relativamente inferior (IDH = 0,703). Em relação às condições de saúde, 73,7% dos piauienses entrevistados demonstraram considerar-se como bom ou em muito bom estado de saúde. Curioso ressaltar que, diferentemente do Ceará, pioneiro no desenvolvimento e implantação da ESF, no Piauí esta somente foi implantada em 1997, quando foram instaladas 17 equipes de saúde da família na capital Teresina. Mesmo com o atraso no processo de implantação, a taxa de domicílios particulares permanentes cadastrados em Unidades de Saúde da Família ultrapassa a marca dos 83% (IBGE, 2008), com proporção de cobertura populacional da ESF estimada próxima da totalidade, 96% em 2013 (BRASIL, 2013).

Porém, tamanhas diferenças também foram evidenciadas nos resultados da utilização e desenvolvimento das dimensões estratégicas do PMAQ-AB. Justificado pelas incertezas que um programa novo e carregado de estigmas atribuídos aos processos de avaliação causam, a capital Teresina optou por não aderir ao programa, conferindo um baixo percentual de participação no primeiro ciclo do programa no Piauí.

Este Estado, apesar de uma maior cobertura da rede de serviços da atenção básica, apresentou resultados aquém dos encontrados no estado vizinho e, em alguns itens, dos resultados identificados nacionalmente. Esse resultado nos leva a refletir que apesar da presença da ESF em todos os municípios do Piauí, ainda não estão claramente expostos os efeitos e impactos desta estratégia nos diversos contextos locais.

Nesse âmbito, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica surgiria como um elemento crucial para mensurar tais impactos, identificando falhas e atuando na qualificação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família em um processo cíclico, envolvendo profissionais, gestores e usuários, destacando-se um elemento fundamental para o alcance deste objetivo: o financiamento do programa.

As dimensões estratégicas propostas, mesmo sendo reconhecidamente o fator de propulsão e fomento aos resultados de melhoria na qualidade das ações e acesso aos serviços, são corriqueiramente substituídas pela discussão acerca da remuneração, do pagamento de gratificações e dos medos relacionados a possíveis punições advindas da avaliação, ainda que a discussão acerca da remuneração por desempenho na atenção básica seja válida e relevante.

Quanto às dimensões estratégicas indicadas na fase de desenvolvimento do PMAQ, já aqui destacada como fase fundamental do ciclo de melhoria e mudanças, Pinto, Sousa e Florêncio (2012) ressaltam que a autoavaliação surge como disparadora do processo de reflexão e de constituição do coletivo de mudança, complementando-a com o monitoramento, ambos desempenhados coletivamente com suporte dado pelo apoio institucional e educação permanente, buscando dar consequência prática àquilo que foi nomeado como problema, para ao fim de cada ciclo reconhecer esse esforço pelos resultados da avaliação externa. Neste contexto, cada dimensão tem parcela inquestionável de contribuição no desempenho das equipes, em especial, no alcance das metas e padrões propostos.

A autoavaliação, primeira das dimensões a serem implementadas no âmbito do programa, carrega em si a presunção negativa dada aos processos avaliativos, em sua maioria vistos pela sua estreita relação com aspectos punitivos. Foi possível constatar, neste estudo, que um elevado percentual de equipes afirmou ter realizado a autoavaliação (84,7%), com destaque para o Estado do Ceará, onde o percentual chegou a 87,9%.

Importante destacar que a realização da autoavaliação era critério fundamental para a certificação das equipes, contabilizando pela sua realização, o percentual de 10% da avaliação de desempenho final das equipes de atenção básica participantes do programa.

Partindo do entendimento de que a implementação de processos autoavaliativos é de extrema importância para a melhoria da qualidade da gestão e atenção à saúde, 10% da nota final da certificação de cada Equipe de Atenção Básica será vinculada à realização da autoavaliação, independentemente dos resultados alcançados (BRASIL, 2011, p. 38).

Ainda assim, muitas equipes deixaram de realizá-la, por conseguinte, não imergirem na lógica proposta pelo programa de fornecer subsídio para o desenvolvimento das dimensões relacionadas aos compromissos com a melhoria da qualidade.

Quanto ao instrumento utilizado para a autoavaliação, destacamos a elevada amplitude de utilização alcançada pelo instrumento ministerial disponibilizado, Autoavaliação para a melhoria do acesso e qualidade (AMAQ), visto que o percentual de utilização do instrumento no Brasil chegou a 75%. Números expressivos também foram apresentados para os Estados do Piauí (64,7%) e Ceará (60,3%), o que deixa claro que, mesmo sendo o AMAQ um instrumento extenso e de complexa realização, que exige importante mobilização e articulação da EAB e apoio da gestão municipal e que, se comparado ao AMQ, instrumento semelhante e precursor deste, os números de sua utilização são cinco vezes maiores com um tempo seis vezes mais curto (PINTO; SOUZA e FLORENCIO, 2012).

É fato que ainda que não possamos afirmar que essa proposição é realista e fidedigna, a maior parte das equipes avaliadas ressaltou a utilização da autoavaliação na organização do processo de trabalho. Sobre sua execução e possível interferência no desencadeamento de processos de melhoria, Lopes (2013) aponta para a utilização da autoavaliação pelas equipes acontecendo de forma assistemática e sem avançar na discussão da análise da autogestão, na identificação dos problemas e na formulação de estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços. Para a autora, a implementação da autoavaliação deve tomar por base a reflexão dos próprios resultados alcançados pelas equipes, considerando a análise da situação para a tomada de decisão, em que os interessados são chamados a participar das decisões, ampliando as possibilidades de mudanças no processo de trabalho das equipes e fomentando o alcance dos padrões pactuados também coletivamente.

A tarefa de identificar os pontos frágeis da assistência e as necessidades de intervenção é também apontada pelos estudos sistemáticos dos resultados alcançados pelas equipes. Quanto ao monitoramento, os resultados apontaram que a maioria (87%) das equipes avaliadas em ambos Estados já havia realizado alguma atividade de monitoramento e/ou análise dos indicadores, corroborando o resultado encontrado por Klitzke (2013) em estudo utilizando os dados de todo o país, que revelou percentual total de 80,9%.

Cumprе destacar aqui a importância da análise dos indicadores enquanto dispositivo de planejamento para as equipes de atenção básica, tendo em vista que este é parte integrante do planejamento das atividades e, por isso, deve contemplar aspectos nucleares da execução do trabalho previsto, implicando em discussões e reformulações desse trabalho (BRASIL, 2004).

No âmbito do trabalho das Equipes de Atenção Básica, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, na medida em que o primeiro passo para a organização do processo de trabalho de uma equipe deve ser o cadastramento domiciliar e a elaboração de um diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde. Esse diagnóstico deve orientar o planejamento e a programação de ações de maneira pactuada com a comunidade e as ações implantadas pela equipe devem

ser acompanhadas e avaliadas sistematicamente, visando o aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho (BRASIL, 2011, p. 29).

De tal modo, monitorar os resultados de indicadores pactuados pode desvelar dificuldades e entraves presentes no processo de trabalho das equipes, permitindo assim que estas se articulem e utilizem ferramentas e ações coletivas para o planejamento e monitoramento das intervenções no contexto local (SARTI, 2012).

Entre as equipes avaliadas, foi possível detectar que grande parte destas afirmou receber apoio e estímulo da gestão à realização dessa atividade (Tabela 2), apresentando percentuais que nos permitem novamente afirmar o destaque do Estado do Ceará em detrimento ao do Piauí.

Porém, ainda que não se possa aqui mensurar a qualidade do apoio e estímulo dispensados pela gestão, cabe ressaltar que ainda que o monitoramento regular dos indicadores seja função mútua de gestão e profissionais, cabe à gestão implantar processos regulares de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município e promoção da melhoria dos indicadores e do desempenho da equipe de acordo com padrões de qualidade (BRASIL, 2011).

Kawata *et al.* (2009) e Sarti (2012) ressaltam que, apesar de ser um instrumento central presente nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, as equipes de saúde têm dificuldades no planejamento de suas atividades, especialmente com processos sistemáticos de avaliação e monitoramento das ações. Essa dificuldade ficou clara quando avaliamos o desaparecimento da temática de reuniões de equipe em mais de 10% das equipes avaliadas nos dois Estados (Tabela 2).

Portanto, diante dos objetivos de mobilização e geração de movimentos de mudança fomentados pelo PMAQ, o monitoramento regular dos indicadores torna-se uma importante estratégia ao planejamento das atividades, capaz de evidenciar pontos que demandam mais atenção e intervenção. Intervenção que perpassa pela dinâmica da educação permanente, proposta também como uma dimensão estratégica do PMAQ-AB.

Adotada também como política de desenvolvimento humano para o SUS, a educação permanente se traduz na possibilidade de oferecer um serviço melhor e de qualidade através do aperfeiçoamento profissional. Os resultados deste estudo demonstram que 72% do total das equipes revelou existir, no município, a oferta de educação permanente, com destacado percentual (75%) no Estado do Ceará.

Ressalte-se aqui, que a comparação entre os dois Estados neste estudo exclui dados sobre Teresina, capital e maior município do Estado do Piauí, visto que esta não aderiu ao primeiro ciclo do PMAQ-AB.

Ainda assim, é possível constatar elevada ocorrência da educação permanente em ambos Estados. Porém, é preciso considerar as fragilidades na realização dos processos de educação permanente na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Araújo *et al.* (2013) afirmam que os processos relacionados a educação per-

manente apresentam fragilidades e inconsistências por razões associadas à falta de incentivos dos gestores, falta de envolvimento da equipe de trabalho e falta de sensibilização de profissionais da equipe para a educação permanente, promovendo desmotivação e desinteresse da equipe na busca de capacitações

Constatou-se que, apesar de estarem presentes na maioria das equipes, as ações de educação permanente não se mostraram adequadas às demandas dos profissionais, ainda que esta estratégia tenha sido proposta no âmbito de um ciclo contínuo de melhoria.

Nessa esfera deve ser aprimorada e adequada para que tenha interferência na proposição de mudanças e melhoria institucionais baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios. Assim, por se apresentar como processo educativo no trabalho em saúde, proporcionará subsídios à reflexão sobre as práticas de trabalho, gestão e formação, fomentando as mudanças nos mais amplos aspectos (ARAÚJO *et al.*, 2013).

E no âmbito do estímulo aos movimentos de mudança advindos do PMAQ, torna-se necessário que as equipes estejam apoiadas para a realização de processos como análise situacional, planejamento, intervenção, monitoramento e avaliação, incomuns no seu dia a dia. O apoio institucional tornou-se uma função gerencial inserida na realidade da atenção básica que preza a reformulação dos conceitos de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (BRASIL, 2011) que, ainda segundo Klitzke (2013), figura como uma estratégia de gestão que objetiva a soma de esforços entre os gestores e trabalhadores, no sentido de qualificar os serviços que são ofertados aos usuários.

Nesse âmbito, destaca-se que mais de 85% das equipes avaliadas no Ceará afirmaram ser apoiadas, reafirmando os resultados de Klitzke (2013) que apontam, entre todas as equipes avaliadas no 1º ciclo, que mais de 80% receberam apoio institucional.

Já entre o processo de trabalho do apoiador, os resultados demonstram que a discussão sobre o processo de trabalho das equipes, o apoio à autoavaliação e ao monitoramento aparecem no topo das atividades realizadas, ainda que não possamos dimensionar quanto tempo tenha sido empenhado nessas atividades.

Nesse liame, a satisfação diante do desenvolvimento das atividades do apoiador foi mensurada constatando que, entre as equipes investigadas, o nível de satisfação com contato que o apoiador mantém com a equipe, ficou entre os níveis bom e muito bom, com destaque para percentuais de satisfação mais elevados entre equipes pertencentes ao Estado do Ceará (37,6%), onde resultados positivos também foram identificados em ambos os Estados para os questionamentos acerca da contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e nos momentos de autoavaliação.

Porém, o resultado apresentado pode não refletir o verdadeiro padrão de satisfação das equipes, pois, tendo em vista que o apoio institucional é ainda um conceito recente e geralmente confundido com supervisão, coordenação e me-

canismos de avaliação, as equipes podem ter avaliado apoiadores institucionais exercendo função de coordenadores ou supervisores.

Há de se considerar ainda os dados sobre a quantidade de apoiadores por equipe, em que identificamos uma possível sobrecarga de trabalho dos apoiadores, além da possibilidade de inexperiência e despreparo para o desempenho da função. Costa (2009, p. 88) afirma que, para enfrentar um novo modelo de organização do trabalho, são necessárias também novas competências destacando, dentre elas, o aumento da escolaridade, a capacidade de planejamento, comunicação, trabalho em equipe, tomada de decisão, acesso a mais informações e características pessoais como responsabilidade, criatividade, iniciativa e criticidade.

De todo modo, é notória a relevância do apoio institucional para o processo de qualificação da atenção básica, constatada também por Barros e Dienststein (2010) e Costa *et al.* (2014), que o apontaram como um dispositivo eficiente para o reordenamento da atenção básica, capaz de acionar mecanismos instituintes de novos modos de cuidado e romper práticas repetitivas, cristalizadas e cronificadas.

Considerações Finais

Os resultados desta investigação ratificam as assertivas iniciais acerca das diferenças apresentadas entre os dois Estados no desempenho das dimensões estratégicas da fase de desenvolvimento do PMAQ-AB.

Piauí e Ceará, ainda que comunguem de diversas similaridades regionais, apresentaram perfis diferentes nesta avaliação, com destaque positivo para a utilização das estratégias do ciclo de melhoria do programa no Estado do Ceará, ainda que diante de fatores contrapostos de tempo de implantação e menor proporção de cobertura da ESF.

Assim, mesmo diante de limitações dadas pela natureza desta investigação e pela consideração de resultados advindos de apenas uma amostra das equipes de atenção básica de ambos Estados, acredita-se que este estudo possa contribuir para o aprimoramento do desempenho do programa nos estados investigados e para a melhor utilização das estratégias de desenvolvimento do PMAQ-AB mediante a consideração da interferência dada pelas características de cada localidade onde se insere cada equipe.

Referências Bibliográficas

- ARAÚJO, R. R. M. et al. Permanent nursing education in family health strategy. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 6, p. 64-73, 2013.
- BARROS, S. C. M; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na Atenção Básica. **Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 48-67, 2010.

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

_____. **Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família**. Documento Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Programa de Melhoria da qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura de Saúde da Família**. (online). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico>>. Acesso em: 30 out. 2013.

CAMPOS, G. W. S. FIGUEIREDO, M.D.; PEREIRA JÚNIOR, N.; CASTRO, C.P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, v. 18, Supl. 1, p. 983-995, 2014.

COSTA, R. M. C. **O processo de trabalho da equipe de apoio institucional com foco na gestão do trabalho e da educação na Atenção Básica no estado da Bahia** (Dissertação). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

FIQUEIREDO, A. M. **Avaliação da Atenção Primária a Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná** (Dissertação). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

KAWATA, L. S. MISHIMA, S.M.; CHIRELLI, M.Q.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto Enferm**, v. 18, p. 313-320, 2009.

KLITZKE, D. D. **Apoio institucional na gestão da atenção básica no Brasil: um caminho possível?** (Dissertação). Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

LOPES, E. A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais** (Dissertação). Brasília: Universidade de Brasília: 2013.

LORENZO-CÁCERES ASCANIO, A; OTERO, P. A. Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria em España tras veinte años de reforma (1984-2004): análisis temático y bibliométrico. **Revista Española de Salud Pública**, v. 81, n. 2, p. 131-145, mar./abr., 2007.

MEDINA, M. G; AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: SOUSA, M.F (Org). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. Cap. 8, p. 135-51.

PINTO, H. A. Informe Técnico Institucional. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade e o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012.

PINTO, H.A; SOUZA, A.N; FLORENCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde** (on-line). Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012.

Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

4.

Analisando os Saberes e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde da Cidade de Natal

Maísa Paulino Rodrigues

Vilani Medeiros de A. Nunes

Kênio Costa Lima

Eliane Feitosa C. de Almeida

Sânzia Iglésias Freire Barbosa

Introdução

Ao longo dos últimos anos, a tarefa de desenhar e implantar novas estratégias de gestão e organização dos serviços de saúde tem representado um constante desafio para aqueles que trabalham rumo à construção do Sistema Único de Saúde (SUS). É notório que o SUS, apesar das dificuldades, vem avançando e acumulando conquistas significativas.

Até meados de 1991, as tímidas ações na Saúde Pública surtiam pouco efeito, refletindo em indicadores de morbimortalidade materno-infantis bastante elevados. Essa realidade impulsionou o Ministério da Saúde a lançar, em âmbito nacional, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como parte do processo de construção do Sistema Único de Saúde, estabelecida por Norma Constitucional de 1988, apostando em um personagem-chave para o desenvolvimento deste programa – o Agente Comunitário de Saúde (ACS) – capacitado para reunir informações de saúde sobre uma comunidade, com o objetivo de auxiliar essa população a cuidar de sua própria saúde, disponibilizando informações, desenvolvendo ações de promoção da saúde e promovendo a circulação de conhecimentos sobre saúde (BRASIL, 2002).

O ACS é considerado um personagem-chave do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em sua concepção inicial, este ator deveria residir no território onde está situada a unidade Básica de Saúde a qual se vincula. Pode-se afirmar que o ACS atua como um elo entre a equipe e a comunidade, e se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce. Caracteriza-se, também, como um elo cultural do SUS com a população, fortalecendo o trabalho educativo por meio do seu contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde. Sua inserção na comunidade tende a produzir reflexos sobre a unidade de Saúde da Família; a dinâmica social da população assistida e suas necessidades, a identificação de parceiros e recursos existentes no território, entre outros (BRASIL, 2005).

Suas atividades são orientadas por um profissional supervisor (enfermeiro ou médico) da unidade de saúde e constam, prioritariamente, de visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade com vistas a produzir informações capazes de diagnosticar, planejar e atuar sobre os principais problemas de saúde de sua comunidade. Assim, as ações desenvolvidas pelos ACS são direcionadas ao núcleo familiar, com especial atenção às pessoas que apresentam maior risco de adoecer ou morrer. Sua atuação está direcionada a área de abrangência da unidade ambulatorial de saúde a qual o agente está vinculado, visando o acompanhamento de, aproximadamente, 250 famílias incluídas no seu território de atuação (BRASIL, 1994).

Entre as diversas atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde, destacam-se duas, que devem permear a formação desses profissionais. A primeira afirma que os ACS devem orientar as famílias para a utilização adequada dos

serviços de saúde e a segunda refere que devem informar aos demais membros da equipe de saúde sobre a dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades (BRASIL, 2004). Estas atribuições apontam a bidirecionalidade proposta aos ACS, isto é, apontam os dados estabelecidos pelo sistema médico oficial, e a socialização dos problemas de saúde das famílias e suas vulnerabilidades para a equipe local. Isso indica que o processo de capacitação dos agentes deve promover debates sistemáticos a respeito do processo saúde-doença, que tendam a romper com o paradigma biomédico, adotando conhecimentos mais amplos, ou seja, qualificando-os para uma ação efetiva no que tange ao processo de adoecimento das famílias no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2002).

Na agenda de prioridades nacional destaca-se, em 1994, o nascimento do Programa Saúde da Família (PSF) nos Estados do Ceará, Goiás, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, como reflexo dos bons resultados advindos do PACS, surgindo assim uma nova perspectiva para a assistência à saúde das comunidades (BRASIL, 1997). Pode-se dizer que a implantação do PACS foi uma estratégia transitória com vistas a viabilizar a criação de vínculos entre os serviços de saúde e a população, havendo grande estímulo a incorporação gradativa desses agentes ao PSF até a plena expansão do Programa (BRASIL, 2003).

A partir da criação do PSF, pelo Ministério da Saúde, os ACS passaram a ter duas situações distintas em relação à rede do SUS: ligados a uma unidade básica de saúde de modelo tradicional ou inseridos em uma unidade básica de Saúde de Família como membro da equipe multiprofissional (SOUSA, 2001).

A união do PACS ao PSF foi uma espécie de casamento realizado com muita maturidade e cautela, afinal, ambos têm a mesma base genética, muito embora tenham nascido em tempos e lugares diferentes, razão de suas riquezas. Nesse contexto, o ACS é “peça-chave” dessa estratégia, inovando em vários movimentos e fortalecendo o encontro entre famílias/comunidades e os serviços locais de saúde (SOUSA, 2001).

Dessa forma, o Ministério da Saúde reconhece o PACS e o PSF como estratégias importantes para o aprimoramento e a consolidação do SUS, isto é, reorganizando a Atenção Básica e contribuindo para o reordenamento dos outros níveis de complexidade da assistência à saúde (BRASIL, 1998).

Cabe aqui destacar que, durante o seu período de consolidação, o PSF passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF), denominação pela qual é conhecido atualmente, e que é adotada na sequência deste estudo (PEDROSA e LEAL, 2012).

Segundo Sousa (2001), a profissão de ACS foi regulamentada a partir da Lei no 10.507, passando a exigir o certificado de conclusão do ensino fundamental e a qualificação básica para o exercício da função – desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde – ficando seu vínculo a cargo do gestor municipal de saúde.

Entre 1994 e 2011, o número de equipes de Saúde da Família no Brasil saltou de 328 para aproximadamente 32.860 equipes. Até janeiro de 2015 encontravam-se em atividade, no país, aproximadamente 269.868 ACS, presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios urbanizados, industrializados e com índices de desenvolvimento elevados, cobrindo 128.700.915 milhões de pessoas (BRASIL, 2015).

Em Natal, capital do Rio Grande do Norte, a aceleração da implantação das equipes de Saúde da Família não ocorreu de forma diferenciada do restante do país. Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Natal apontavam que, até 2012, havia 116 equipes de Saúde da Família em atividade, estando distribuídas da seguinte forma: 62 equipes no Distrito Sanitário Norte, 40 equipes no Distrito Sanitário Oeste, 11 equipes no Distrito Sanitário Leste e três equipes no Distrito Sanitário Sul. Essas equipes apresentavam a seguinte composição: um médico, um dentista, um enfermeiro, um auxiliar de saúde bucal, dois técnicos de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, perfazendo um total de 575 ACS, destes, 205 oriundos do PACS, palco de sua primeira experiência profissional (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL, 2012).

Diante desse contexto, surgiu o interesse dos pesquisadores, do estudo em tela, de conhecer a visão dos ACS, oriundos do PACS, sobre o seu trabalho/saberes e práticas desenvolvidas na ESF, buscando identificar se a experiência acumulada no PACS teria sido suficiente para uma atuação qualificada na ESF.

Parte-se do pressuposto de que os ACS, que atuaram no PACS, trazem consigo uma bagagem significativa de conhecimentos estando, portanto, habilitados para desempenhar ações mais qualificadas na ESF. Nessa direção, algumas questões nortearam o estudo: os conhecimentos adquiridos pelos ACS durante o PACS foram suficientes para o desenvolvimento das práticas efetivas na ESF? Qual a percepção dos ACS sobre sua prática cotidiana? Eles estariam mais satisfeitos com o trabalho na ESF ou não?

Metodologia

Desenho, cenário e população de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de natureza exploratória, com enfoque quantitativo e qualitativo, direcionado aos ACS, realizado no município de Natal/RN. Os ACS, oriundos do PACS e inseridos na ESF totalizam 205 sujeitos (Tabela 1). Contudo, a amostra foi composta por 133 profissionais, visto que 72 se encontravam afastados da função por motivos diversos: férias, licença médica, recusa em participar do estudo, entre outros. Todos os profissionais que compuseram a amostra tinham experiência de pelo menos cinco anos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e quatro anos de inserção na ESF.

Tabela 1 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde, oriundos do PACS ou não, inseridos na ESF. Natal-RN, 2012

Distrito Sanitário	PACS/PSF	PSF	Total de ACS
Leste	14	45	59
Oeste	90	103	193
Norte	101	204	305
Sul	-	18	18
Total	205	205	575

Fonte: SIAB

O principal instrumento de coleta de dados foi o questionário complementado por investigação documental. O questionário continha questões abertas e fechadas e foi de grande utilidade para capturar informações sobre as características do trabalho dos ACS, por meio de três grupos de questões: perfil dos ACS; percepção da prática cotidiana e a satisfação com o PSF. Buscaram-se associações entre a percepção e as variáveis: faixa etária, sexo, grau de instrução, tempo de trabalho no PSF, tempo de trabalho no PACS, local de residência, oportunidades de participar de capacitações e experiências anteriores relacionadas à saúde ou a movimentos sociais.

As informações sobre o número de ACS foram obtidas por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

A coleta do material ocorreu no período de setembro a dezembro de 2012, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), tendo sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com número CAEE 0284.6212.9.0000.5292.

Inicialmente, convocaram-se os ACS, que fizeram parte do PACS, para participar de um primeiro encontro na sede de seu respectivo Distrito Sanitário. Foram então constituídos cinco grupos (um grupo na sede de Distrito Sanitário Leste, dois grupos no Distrito Sanitário Oeste e dois grupos no Distrito Sanitário Norte). Prosseguiu-se com a apresentação dos objetivos do estudo, do instrumento de coleta de dados e as orientações sobre o TCLE. Na sequência, realizaram-se os agendamentos para a aplicação dos questionários nos locais de trabalho dos ACS. Após as entrevistas realizadas, em salas reservadas, nas Unidades de Saúde da Família deu-se seguimento à análise dos dados.

Nessa perspectiva, a análise dos dados quantitativos foi realizada por meio da estatística descritiva e do teste do qui-quadrado para um nível de significância de 5%. O conteúdo das falas foi interpretado pela técnica de análise de conteúdo à luz do referencial teórico proposto por Bardin (2010) possibilitando apurar descrições de conteúdo muito próximas, subjetivas, pondo em evidência a natureza e as forças dos estímulos a que os sujeitos foram submetidos (MARTINS et al., 1996).

Resultados e Discussão

Na Tabela 2, pode ser observada a predominância do sexo feminino (83,5%) demonstrando a superioridade da força de trabalho das mulheres na área da saúde, revelando que o trabalho feminino desponta como uma alternativa de sobrevivência familiar e também pelo fato de serem elas que mais se aproximam do perfil de cuidadoras seja por imposição sociocultural ou por vocação, repercutindo diretamente em uma maior ocupação dos postos de trabalho na área da saúde (NUNES et al., 2002; SILVA, 2015).

Quanto à faixa etária, observa-se que a maioria dos ACS (82%) encontra-se em uma fase mais madura da vida, acima de 36 anos, o que pode ser considerado um fator positivo para os serviços de saúde à medida que, com o passar dos anos, vai-se acumulando experiências com ampliação dos conhecimentos, o que pode reverter-se em maior capacidade de resolução dos problemas de saúde junto à comunidade assistida.

Tabela 2 – Características dos Agentes Comunitários de Saúde, Natal/RN, 2012

Variáveis	Categorias	N	%
Faixa Etária	Entre 25 e 35 anos	59	44,5
	36 anos ou +	74	55,5
Sexo	Masculino	22	16,5
	Feminino	111	83,5
Escolaridade	Ensino fundamental	08	6,0
	Ensino médio	109	82,0
	Ensino médio incompleto	12	9,0
	Formação universitária incompleta	04	3,0
Total		133	100,0

No que se refere à escolaridade, 6% afirmaram possuir o ensino fundamental, 82% ensino médio concluído, 9% o ensino médio incompleto e 3% encontram-se com formação universitária incompleta, o que pode ser considerado um nível de escolaridade bom, além de sugerir que esses profissionais possuem condições de absorver informações e construir conhecimentos necessários para desempenhar de forma efetiva suas atribuições, podendo desempenhar o papel de agente de transformação da realidade.

A Tabela 3 mostra os resultados da variável local de residência, evidenciando que grande parte dos agentes comunitários de saúde reside no bairro onde trabalha. Essa realidade foi considerada por eles um elemento facilitador da adesão às orientações de saúde por parte da comunidade, significando isto uma relação

de confiança, maiores laços afetivos e consolidação de vínculos. Nessa direção, a Lei Federal de nº 10.507 de 10 de julho de 2002, que aprovou a profissão do ACS, estabelece que, para o exercício da profissão, o ACS deve residir na área da comunidade em que atuar. Nesse sentido, é bastante relevante o percentual de ACS residentes na própria comunidade, o que contribuiu para aumentar a eficácia das ações de educação para a saúde, visto que as pessoas da comunidade compartilham o mesmo contexto sociocultural identificando-se com os ACS (NUNES, 2002).

Tabela 3 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo local de residência. Natal, RN. 2012

Variável	Categoria	N	%
Reside na comunidade onde trabalha	Sim	113	85,6
	Não	19	14,4
Total		132	100,0

Quanto à jornada de trabalho, 84,8% dos entrevistados não referiram mudanças, pois já trabalhavam oito horas diárias no PACS, carga horária exigida também para a ESF. Outros 13,4% afirmaram que a carga horária havia melhorado, certamente aqueles que foram trabalhar no mesmo local onde moravam. Contudo, cabe ressaltar que 15,8% dos ACS que não residiam na área em que trabalhavam afirmaram que a jornada de trabalho havia piorado, isto é, exigindo uma maior disponibilidade de tempo, fato considerado normal devido à necessidade de deslocamento de sua residência até a área de atuação (Tabela 4).

Tabela 4 – Satisfação do ACS em relação a sua jornada de trabalho na ESF. Natal/RN, 2012

	Residência				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Melhorou	15	13,4	2	10,5	17	13
Não mudou	97	86,6	14	73,7	111	84,7
Piorou	0	0	3	15,8	3	2,3
Total	112	85,5	19	14,5	131	100
Qui²					18,1	
P					0,00	

As Mudanças na Prática dos Acs Após sua Inserção na Esf

As atribuições básicas do ACS compõem 33 itens, ou seja, um leque de atividades que abrigam situações e problemas de saúde singulares e coletivos devendo ser

acompanhados na rotina de trabalho, dentre estas, destacam-se: cadastramento das famílias, diagnóstico socioeconômico, demográfico e ambiental; monitoramento de gestantes, puérperas, recém-nascidos, diarreias, infecções respiratórias agudas, dermatoses, parasitoses; busca ativa de doenças infectocontagiosas; ações educativas e de promoção à saúde, com ênfase para a educação nutricional, bucal, preservação do meio ambiente e de direitos humanos, além do estímulo à participação comunitária. Outra especificidade é a exigência do registro das atividades realizadas em um sistema próprio de informação – Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (MARTINS et al., 1996). Tais especificações são consoantes com a Portaria Ministerial nº. 1886 de 1997, tendo entre os itens apresentados a seguir:

o agente comunitário de saúde deve desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares, de ações educativas, individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor lotado na Unidade Básica de Saúde de sua referência. É vedado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 1997).

Tomando por base tais atribuições, verificaram-se algumas mudanças na prática dos ACS em tela, isto é, 91,7% informaram que houve mudança na sua prática quando passaram a fazer parte da Estratégia Saúde da Família, o que foi apreendido em diversas evocações “com o PSF, o ACS dá melhor cobertura indo todos os dias na sua área, trazendo sempre todas as informações e problemas de saúde para a equipe discutir e tentar resolver”. Observa-se que o profissional se coloca como sujeito ativo diante dos problemas a serem enfrentados constituindo um elo entre comunidade e equipe de saúde (Tabela 5).

Nessa direção, o Ministério da Saúde, em um de seus textos, refere que

em muitos municípios, as pessoas já não falam em PACS ou PSF, mas em Saúde da Família. Isto porque Saúde da Família vem demonstrando ser o modelo de assistência à saúde que mais se aproxima dos princípios indicados na Constituição Federal (BRASIL, 2002a).

Ao comparar o trabalho dos ACS antes e após a sua inserção na ESF, constatou-se uma ampliação das ações de saúde e das atividades realizadas junto aos indivíduos e à comunidade, tanto no que diz respeito às ações de assistência quanto as de proteção e promoção da saúde. Nessa perspectiva, os agentes passaram a trabalhar em parceria com as equipes de Saúde da Família desenvolvendo diversas ações: orientação do teste do pezinho, atenção materno-infantil com ênfase na verificação do cartão de vacinas, encaminhamento de gestantes ao pré-natal, acompanhamento do peso das crianças, controle das diarreias, infecções respiratórias, orientação e desenvolvimentos de ações de saúde bucal, acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, tuberculose, hanseníase, acompanhamento dos indivíduos por ciclos de vida e realizações de atividades

de promoção da saúde junto à comunidade, como por exemplo, atividades físicas, orientação de dieta e hábitos saudáveis, por meio de ações educativas e interseoriais, além do estímulo ao desenvolvimento de habilidades artísticas e culturais com vistas a profissionalização e aquisição de um ofício com consequente aumento da renda familiar e melhoria da qualidade de vida.

Tabela 5 – Percepção dos ACS acerca das mudanças na prática após sua inserção na ESF. Natal, RN-2012

Variável	Categoria	n	%
Avaliação em relação à mudança de prática com o PSF	Mudou para melhor	98	74,2%
	Não mudou	24	18,2%
	Piorou	10	7,6%
TOTAL		132	100,0

Algumas evocações conseguem ilustrar melhor essas mudanças de prática referida pelos ACS

[...] Eu agora estou mais preparado, realizo ações de saúde bucal, ações com as gestantes, com idosos, faço reuniões. É bem diferente do que eu fazia antes.

[...] Com certeza melhorou 80%. Temos mais credibilidade com a população

[...] No PSF é uma equipe e aí os problemas da comunidade podem ser mais bem resolvidos, pois tem mais pessoas envolvidas em busca de soluções para os problemas encontrados.

[...] A população está vendo as ações e buscam mais a unidade. Há uma credibilidade maior diante das ações que nós desenvolvemos.

É possível perceber que os ACS apresentam um sentimento positivo de continuidade do cuidado a saúde, ainda que suas ações não se realizem através de procedimentos diretos sobre o corpo, mas mediados pela palavra, no momento do encontro com o usuário quando dialogam, informam e orientam as ações de saúde (BRASIL, 2010).

Um estudo realizado por Oliveira Filho (1999), no Piauí, discorre sobre a melhoria na situação de saúde dos usuários após a implantação dos programas PACS/PSF. Os problemas de saúde encaminhados à unidade de saúde obtiveram resolubilidade e o grau de satisfação foi significativo. A pesquisa mostra ainda que a opinião sobre o acesso aos serviços de saúde proporcionados pelo PACS/PSF é bastante positiva. Dentre suas conclusões, destaca-se que a relação dos profissionais com a comunidade bastante positiva, saindo de uma condição insatisfatória para o estabelecimento de confiança e valorização dos profissionais.

Quando questionados sobre a observação de mudanças positivas relacionadas à saúde no âmbito da comunidade, tanto àqueles que tinham experiências ante-

riores com trabalhos comunitários e saúde (54,5%) quanto os que não haviam trabalhado com problemas de saúde (83,2% afirmaram perceber mudanças consideráveis sobre os problemas de saúde da comunidade, ou seja, melhoria no que toca a informações sobre o autocuidado. Acredita-se que essas afirmações aproximem-se da realidade visto que esses profissionais, além de trabalhar no local, também são membros natos da comunidade, portanto, diretamente beneficiados e interessados. Pode-se ainda constatar essas afirmações através da fala de representantes populares em fóruns de saúde, percebido por ocasião da observação direta durante as visitas às unidades de saúde.

Estudos revelam que inúmeras publicações da Organização Mundial de Saúde enfatizam a factibilidade técnica e os resultados de melhora no estado de saúde das comunidades beneficiadas, destacando, entretanto, que é fundamental o trabalho em equipe, onde haja orientação, supervisão e apoio constante e contínuo, além de respaldo médico (ASSIS, JESUS, 2012; MARTINS et al., 1996).

Outro aspecto a ser realçado é a mudança da prática profissional associada a motivação para o trabalho na ESF referido por 58,3% dos entrevistados. Algumas menções reforçam que a inserção na estratégia Saúde da Família os motivou a melhorar a sua prática. Vejamos a seguir suas falas:

[...] Minha motivação melhorou, pois vejo que meu trabalho tem segmento a cada dia que passa mais motivada eu fico;

[...] Existe motivação porque através do meu trabalho tenho condições de melhorar a qualidade de vida das pessoas da minha área;

[...] Tudo isso é motivação para sairmos e realizarmos nosso trabalho e sermos valorizados na medida em que vamos dando para o usuário o retorno necessário.

[...] o trabalho em equipe dá mais segurança e apoio para o trabalho de orientação e nós já não trabalhamos isolados dos profissionais da Unidade. O paciente está mais bem assistido.

As reuniões semanais da equipe se configuram em espaços de supervisão indireta, momentos em que os agentes apresentam as fichas e debatem os resultados estatísticos: número de visitas realizadas a gestantes, a hipertensos, a crianças e a diabéticos, e também os problemas identificados por eles, geralmente aqueles de difícil solução. Assim, a supervisão se constitui em uma via de mão dupla, isto é, a unidade referencia as situações para que os ACS acompanhem ao longo da semana, e eles retornam expondo os problemas identificados em campo para que toda a equipe possa acompanhar e encontrar estratégias de intervenção. Relataram, também, a importância da supervisão realizada pelos enfermeiros, afirmando ser fundamental para a aprendizagem e para o redirecionamento das ações do processo de trabalho e do cuidado em saúde, o que pode ser vislumbrado no depoimento [...]

na época do PACS, a supervisão era solta e existia apenas na teoria; já na ESF, sinto que meu trabalho está sendo valorizado e na dúvida, eu tenho a quem recorrer. Dentre as mudanças existentes, esta foi a mais notada e eficaz, já que o número de ACS ficou menor para cada supervisor.

Outro dado que chama atenção, referido por 64,4% dos ACS, diz respeito ao bom relacionamento e a interação com os outros profissionais da equipe do PSF como podemos verificar a seguir:

[...] Na ESF, tenho certeza que há o verdadeiro relacionamento, pois tenho a possibilidade de dialogar com todos, do ASG ao médico. Agora posso dizer que trabalho em equipe;

[...] O relacionamento com os profissionais melhorou bastante, pois com o trabalho em equipe cada um dos profissionais sabe a importância que o outro tem para o desempenho e sucesso da equipe e das ações de saúde.

A Valorização Profissional e a Melhoria da Condição Salarial

No tocante a valorização profissional, 44,7% percebem estar mais valorizados após seu ingresso na ESF, enquanto que 53,0% não perceberam mudanças significativas e somente 2,3% afirmaram perceber maior valorização quando faziam parte do PACS.

[...] Sei que sou um profissional de muito valor, um elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Com o PSF houve mais valorização profissional, pois sem o ACS não pode haver PSF;

[...] Com a instalação do PSF na comunidade, a valorização profissional do ACS cresceu muito porque nós somos uma equipe de saúde onde todos os profissionais dependem uns dos outros para que funcione corretamente;

[...] Me valorizo, pois gosto do que faço; só falta ser mais reconhecida e valorizada pela Secretaria de Saúde;

Quando abordados sobre as questões salariais 84,1% comungam que houve melhoria salarial observando-se diferença de opinião quando realizada associação com o distrito sanitário onde trabalham (Tabela 6). Nessa direção, 80,8% dos ACS do Distrito Sanitário Oeste apontaram melhoria e satisfação com a condição salarial. A inclusão do ACS na ESF trouxe também, segundo alguns relatos, um aumento significativo de trabalho e de responsabilidades.

Tabela 6 – Percepção dos ACS sobre as condições salariais, Natal, RN, 2012

	Distrito Sanitário							
	Norte		Leste		Oeste		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Melhorou	4	84,1	11	11	42	80,8	111	84,1
Não mudou	58	5,8	0	0	9	17,3	13	9,8
Piorou	7	10,1	0	0	1	3,3	8	6,1
Total	69	52,3	11	8,3	52	39,4	132	100
Qui²					9,6			
P					0,04			

Em 2006, foram regulamentadas as atividades realizadas pelos ACS por meio da Lei n° 11.350/2006, passando a obter carteira assinada, representando uma conquista da categoria à medida que seus direitos foram reconhecidos como trabalhador brasileiro (BRASIL, 2006). Já em 2007 foi encaminhada a proposta de habilitação técnica para a profissão de agente comunitário de saúde.

[...] Na questão salarial, alguns direitos foram adquiridos tais como: salário família, licença gestante, um terço de férias e o décimo terceiro salário, porém faltam conquistar outros direitos como a insalubridade, a produtividade como incentivos.

[...] Agora temos carteira assinada, isso melhorou muito. Foi uma conquista nossa!

A Educação Permanente em Saúde: uma Estratégia Sugerida

Os ACS que receberam algum tipo de capacitação conseguem observar que esse dispositivo foi fundamental para melhoria de suas intervenções na comunidade, isto é, observaram repercussões positivas sobre as ações de saúde ofertadas por eles. Em contrapartida, aqueles que não passaram por processos de capacitação não vislumbraram qualquer tipo de mudança na sua prática. Entretanto, isso era de se esperar (Quadro 7).

Tabela 7 – Associação entre ter recebido capacitação e percepção sobre mudanças nas ações de saúde. Natal, RN. 2012

	Capacitação					
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Melhorou	73	67	4	44,4	77	65,3
Não mudou	21	19,3	5	55,6	23	22
Piorou	15	13,8	0	0	15	12,7
Total	109	92,4	9	7,6	118	100
Qui²			6,85			
p			0,03			

Faz-se evidente a necessidade de capacitação desses profissionais acerca de temas relacionados à saúde e as suas implicações socioeconômicas, haja vista a complexidade dos problemas de saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade requerendo conhecimentos aprofundados para a elaboração de estratégias que garantam a integralidade do cuidado com iniciativas multiprofissionais e intersetoriais visando a promoção da saúde e o empoderamento da população (BRASIL, 2009; FREIRE, 2011).

A esse respeito iniciativas vêm sendo efetivadas por parte dos profissionais que compõem as equipes da ESF. Durante a aplicação dos questionários (entrevistas nas Unidades) foi possível observar que enfermeiros, médicos, e dentistas promoviam momentos de capacitações e treinamentos junto aos ACS, o que pode ser confirmado através do discurso dos entrevistados, quando 92,4% afirmam ter participado de capacitação ao ingressarem na ESF e que têm participado com razoável frequência de treinamentos e capacitações. Tais resultados mostram que os requisitos básicos propostos pelo Ministério da Saúde estão sendo considerados no município de Natal, senão como política institucional, por iniciativa dos profissionais da ESF. O que pode estar incidindo em resultados significativos na atenção básica. Senão vejamos:

[...] Depois das capacitações do treinamento introdutório e da capacitação que a equipe do PSF da minha unidade fez pra gente eu entendi o conceito ampliado de saúde e agora posso atuar melhor e de maneira integral junto a população

As atividades realizadas pelos ACS demonstram um grande potencial, influenciando a organização social, uma vez que esses profissionais estimulam a participação comunitária nos fóruns oficiais e a construção de conhecimentos sobre a prevenção de doenças e cuidado à saúde. Pode-se afirmar que as ações realizadas pelos ACS do município estão de acordo com as atribuições e diretrizes assinaladas pelo Ministério da Saúde e resumidas da seguinte forma:

Realizar ações básicas de saúde de acordo com seu nível de competência através de visitas domiciliares, reuniões de grupos ou outras modalidades; desenvolver atividades de educação em saúde individual e coletiva; estimular a organização da comunidade; desenvolver outras atividades pertinentes à sua formação; registrar as atividades desenvolvidas em seu trabalho e encaminhá-las à coordenação municipal do programa. (BRASIL, 1991).

A Experiência Anterior com Movimentos Sociais e as Repercussões no Trabalho do Acs

A experiência anterior com trabalhos comunitários em saúde foi relatada como uma importante experiência para uma boa atuação no PACS e na estratégia Saúde da Família, isto é, 22,7% tiveram oportunidade de desenvolver ações relacionadas à saúde ou tiveram alguma inserção em movimentos sociais antes de se tornarem ACS, o que potencializou o desempenho profissional proporcionando maior suporte para lidar com as situações de saúde-doença na comunidade e nas famílias sob sua responsabilidade. Já 40,2% também afirmaram ter ocorrido melhoria no desempenho de suas funções, apesar de não apresentarem experiências anteriores com ações comunitárias em saúde (Tabela 8).

Isso leva a crer que o aprendizado do ACS vai sendo formulado também na prática cotidiana e que a cultura, as crenças e trocas de experiências influenciam as práticas e concepções relativas ao processo saúde-doença. A esse respeito, Carvalho (2002) diz que no delineamento das características que particularizam a prática do ACS, um fato por eles relatado como motivo de ingresso na profissão, e que também é referido como fator interveniente no processo de trabalho foi de, anteriormente ao trabalho de ACS, já atuarem na comunidade em ações de ajuda voluntária, sinalizando uma disposição para o “pendor da ajuda solidária”. Para este autor, nos depoimentos dos ACS de Itapeverica da Serra – SP, é possível verificar a associação do trabalho em saúde com prevenção, em que os aspectos sociais do processo saúde-doença não aparecem no núcleo central do discurso, mas pode ser captado em ações concretas. Podemos dizer também que, no cotidiano do trabalho dos ACS de Natal, as ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde se concretizam.

Tabela 8 – Associação entre experiência anterior com saúde comunitária ou movimentos sociais e melhoria no desempenho profissional do ACS. Significância obtida pelo Teste Qui². Natal, RN. 2012

	Experiência anterior com saúde na comunidade / ou movimentos sociais					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Melhorou	5	22,7	43	40,2	48	37,2
Não mudou	16	72,7	64	59,8	80	62
Piorou	1	4,5	0	0	1	0,08
Total	22	17,1	107	82,9	129	100
Qui²			6,84			
P			0,03			

As Mudanças na Prática do Acs na Estratégia Saúde da Família

Os ACS entrevistados afirmaram possuir um tempo de serviço nas duas estratégias – PACS e ESF- de no mínimo 9 anos e no máximo de 13 anos, tempo este considerado bastante razoável para o acúmulo de saberes e práticas sobre saúde e sobre o manejo com ações comunitárias. Entretanto, quando foram abordados sobre se o tempo de serviço no PACS havia contribuído para melhoria do seu processo de trabalho e desempenho de suas funções no PSF, não se encontrou associação significativa, visto que 62,1% referiram que o processo de trabalho desenvolvido durante o período em que estiveram inseridos no PACS não foi suficiente para induzir mudanças significativas em suas práticas. Ainda que 37,1% tenham afirmado que o aprendizado no PACS foi fundamental para aprimorar seus conhecimentos, permitindo mais aprendizagem através das discussões sobre os problemas de saúde, com os enfermeiros supervisores e também por meio da sabedoria popular contribuindo para um bom desempenho de suas ações na estratégia Saúde da Família (Tabela 9).

Tabela 9 – Associação entre tempo de trabalho como ACS no PACS e a melhoria das práticas e do processo de trabalho na ESF. Natal, RN. 2012

	Período de tempo exercido no PACS					
	66 meses ou menos		Acima de 66 meses		Total	
	N	%	N	%	N	%
Influenciou positivamente	30	49,2	19	26,8	49	37,1
Não influenciou	30	49,2	52	73,2	82	62,1

Influenciou negativamente	1	1,6	0	0	1	0,08
Total	61	46,2	71	53,8	132	100
Qui²				8,66		
p				0,01		

Acredita-se que o ACS é um agente de transformação com grande potencial para imprimir mudanças no processo saúde-doença, em parceria com a comunidade, com capacidade de aprendizagem significativa desde que estimulados. Para tanto, precisam ser oferecidas oportunidades, por parte da gestão local, através de capacitação e educação permanente em saúde e o estímulo a criatividade com a criação de espaços compartilhados na própria comunidade. Nesse sentido, pode-se contribuir para a implantação de um novo saber-fazer a partir de um processo contínuo de ensino e aprendizagem e transformação de práticas não somente na área de saúde, mas também no despertar do potencial humano da consciência coletiva.

Considerações Finais

A ação de saúde desenvolvida pelos ACS, em Natal, vem perseguindo a integralidade do cuidado no discurso e começa a ser implementada no cotidiano dos serviços de saúde: (...) agora nós temos uma comunidade mais bem assistida; (...) O ACS vê o retorno do seu trabalho; (...) A ESF tem tudo para dar certo; (...) Tenho consciência que o trabalho do Agente de Saúde é fundamental para o Programa; (...) Começamos a ser vistos e valorizados como profissionais; (...) Precisamos estar bem para atender bem a comunidade.

O estudo demonstrou que houve mudanças significativas na prática dos ACS após sua inserção na ESF do município de Natal e que essas mudanças deveram-se, principalmente, a sua motivação para o trabalho pelo fato de se sentirem mais valorizados, por obterem o reconhecimento da profissão, pela melhoria salarial e ainda pela integração e interlocução entre a equipe, além do bom relacionamento entre eles.

Por fim, acredita-se que esses aspectos têm refletido, de forma positiva, sobre as ações de saúde junto às comunidades assistidas.

Referências

ASSIS, A. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/servlets/NJUR>>. acesso em: 01 fev. 2004.

_____. Portaria nº 1350, de 24 de julho de 2002. Institui o incentivo financeiro adicional vinculado ao programa saúde da família e ao programa de agentes comunitários de saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/.servlets/NJUR>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. DF, MS, FUNASA, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização do SUS**: cartilha clínica ampliada e compartilhada. Brasília, 2009.

_____. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Programa nacional de agentes comunitários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991, 12 p.

_____. Portaria nº1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/servlets/NJUR>>. acesso em: 01 junho de 2015.

_____. Ministério de Saúde. Saúde da Família: quantos somos (citado em 31 de agosto de 2003). Disponível em <[http:// www.saude.gov.br/psf//programa.index.asp](http://www.saude.gov.br/psf//programa.index.asp)> . Acessado em: 03 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde./SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Brasil. Competência: Janeiro de 1998 a Janeiro de 2015. Acesso em: 31/ mar.03 /2015.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: www.cosemsg.org.br/.../94-lei-113502006-regulamenta-atividades-de-. acesso em: 30 mar.ço de 2015.

CARVALHO, V. L. M. **A prática do agente comunitário de saúde**: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapecerica da Serra. 2002. 34 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2002.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

MARTINS, C. L. *et al.* **Agentes comunitários nos serviços de saúde pública**: elementos para uma discussão. Saúde em Debate, Londrina, PR, n. 51, p. 38-43, jun.1996.

NUNES, M. O. *et al.* **O agente comunitário de saúde:** construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 18, n. 16, p. 1639- 1646; nov./dez. 2002.

OLIVEIRA FILHO, S. M. Saúde da família: uma realidade. **RASPP – Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**, v. 2, n. 1, p. 98-102, jan./ jun.1999.

PEDROSA, O. P.; LEAL, A. F. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia saúde da família em uma capital do norte do Brasil. **Movimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 02, p. 235-253, abr/jun. de 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL. **Relatório da Atenção Básica de Saúde do Município de Natal**. Coordenação da Atenção Básica de Saúde, 2012.

SILVA, I. L. S. **Formação Profissional de Cuidador de Idosos atuantes em Instituições de Longa Permanência**. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRN, 2015.

SOUSA, M. F. **Agentes comunitários de saúde:** choque de povo. São Paulo: Hucitec, 2001.

5.

Análise de Redes Sociais na Estratégia Saúde da Família

O encontro entre usuários
e profissionais

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Andrea Taborda Ribas da Cunha

Adriana Santos Lopes

Geórgia Sibele Nogueira da Silva

Rosana Lúcia Alves de Vilar

Introdução

Analisar redes sociais significa trilhar caminhos diversificados frente à pluralidade conceitual e metodológica contida no tema. O verbete “rede” é usado em diversos campos do conhecimento, com as mais variáveis interpretações, e persistem conflitos epistemológicos entre a escolha de uma concepção mais estrutural ou um direcionamento para uma abordagem mais relacional ou funcional.

Nesta linha de argumentação há dois eixos principais de entendimento: O primeiro é “conceitual”, e está dividido em utilitarista (hegemônico) e humanista (contra- hegemônico); o segundo é “metodológico”, e usa artifícios (métodos) quantitativos (modelos matemáticos) ou qualitativos (fenomenológicos e hermenêuticos). A concepção materialista (escolha racional) entende a finalidade da vida social como um anseio às demandas egoístas (interesses) individuais ou grupais. Já uma apreensão humanista (solidária) percebe a rede como fruto de uma pluralidade de motivações onde o interesse (utilitarista) é apenas uma das razões das interações cotidianas (MARTINS, 2010).

Na abordagem estrutural, as redes são concebidas como um recurso metodológico centralizando os estudos através da Análise das Redes Sociais (ARS), que consiste em traçar, medir, codificar, desenhar a interação entre pessoas, grupos, organizações, computadores ou qualquer outra forma de comunicação, fornecendo uma visualização gráfica, quantitativa e descritiva dos relacionamentos humanos (MENESES, 2007).

Por outro lado, em um direcionamento relacional, as redes são compreendidas na perspectiva sociológica e analisadas principalmente através de metodologias qualitativas interacionais que valorizam a diversidade simbólica e as possibilidades intersubjetivas, procurando apreender os sentidos a partir da negociação de falas, gestos, corpos, intenções e mobilizações que dela emanam (MARTINS, 2011).

Na sociologia, “rede social” é definida como um conjunto de participantes unidos por ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados; um conjunto de elementos e relações que mantém atividades de intercâmbio e troca (RANDOLPH, 2014); uma articulação entre diversas unidades que, por meio de certas conexões, intercambiam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades (MANCINI, 2010).

Continuando o recorte sociológico, uma rede pode ser conceituada como um conjunto de pessoas com quem o ato de manter relações de pessoa a pessoa, de amizade ou de camaradagem, permite conservar e esperar confiança e fidelidade (CAILLE, 2013). E um enfoque mais instrumental a define como estratégia utilizada pela sociedade para que seja possível compartilhar informações e conhecimentos através de relacionamentos (de estudo, trabalho, amizade, lazer) entre os atores (pessoas, grupos, organizações, comunidades) que as constituem (TOMÁS; MARTELETO, 2013).

Nas redes do cotidiano naturalmente ocorrem processos de troca de dádivas e de ações de reciprocidades em registros múltiplos e diferenciados, através de circuitos de afetividades, mobilizações coletivas por direitos e solidariedades reflexivas em torno de ideias comuns (MARTINS, 2013).

Nesta perspectiva, os aportes sociológicos das teorias da dádiva (MAUSS, 2013) e do reconhecimento (HONNETH, 2009), para a saúde coletiva, têm validade para o entendimento destas interações nos circuitos de trocas sociais, pois explica os fundamentos da solidariedade e do vínculo enquanto elementos essenciais para que a reciprocidade possa ocorrer e produzir a responsabilização partilhada pelo cuidado.

“Dom” ou “dádiva” são sinônimos e significam uma teoria geral da obrigação de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais, de forma contínua, por meio de relações sociais. Desta maneira, ocorre uma ambivalência pela indução a uma aproximação entre os protagonistas, enquanto partilha, e, ao mesmo tempo, gera uma espécie de afastamento, pois faz de um o devedor do outro. Ela carrega consigo um paradoxo (obrigação e liberdade) que deve ser compreendido em sua ação integrada, nunca isoladamente (LACERDA; MARTINS, 2013).

O “reconhecimento” está baseado em um conjunto de valores comuns compartilhados entre os atores sociais e emerge a partir e após as experiências vivenciadas. Na tipologia proposta por Honneth (2009), o reconhecimento social acontece após a vivência de interações humanas em três dimensões, ao mesmo tempo sequenciais e mutuamente enlaçadas, que são separadas apenas didaticamente, na forma de uma luta para a obtenção de: confiança, após experiências de amor e afeto na esfera da intimidade; respeito, decorrente da dignidade do alcance de igualdade de direitos; e estima, pela valorização alcançada na solidariedade democrática e na divisão social do conhecimento e no trabalho.

No escopo da Estratégia Saúde da Família (ESF), as redes aparecem como recurso decisivo para permitir o avanço de ações “territorializadas”, que exigem envolvimento e participação ativa das populações locais, objetivando a promoção da cidadania e a democratização da vida local.

A prioridade dada ao caráter interativo pela valorização da família ou dos aspectos simbólicos, éticos e afetivos na relação entre profissional e usuário, durante o processo de cuidado e, também, o uso cada vez mais frequente de inovações tecnológicas leves, vêm permitindo o florescimento de uma cultura de cuidados na saúde, mais plural e humana, na atenção primária. Seguindo este raciocínio, Martins (2011) atesta que as redes podem ser entendidas como sistemas de trocas e de reciprocidades que envolvem obrigatoriamente a pessoa mediante ações de acordo/desacordo ou de alianças/conflitos (dádivas).

É necessário edificar a interação entre os profissionais de saúde e os usuários na direção de processos capazes de gerar solidariedade, pois a troca e o envolvimento entre quem dá e quem recebe resultam em efeitos positivos para ambos,

com consequentes benefícios no aumento da confiança pessoal, na satisfação com a vida e na capacidade de enfrentar problemas (VAITSMAN et al., 2013).

A ESF demanda a produção de estudos e pesquisas que possam esclarecer as mediações entre as equipes multidisciplinares e os usuários ao incorporar a singularidade das perspectivas relacionais, uma vez que ocorre uma vivência comum, que passa a fazer parte da rotina de um estrato significativo da comunidade. Negar o enlace reflexivo desses temas, nesse cenário, é negligenciar a realidade vivida. Considerando o pressuposto de que existem diversas tipologias de redes sociais que permeiam os usuários e os profissionais de saúde, no latifúndio de uma unidade de saúde, grande parte dessas redes é imperceptível pelos sujeitos que nelas transitam (MARTINS, 2013).

Este capítulo é parte de uma pesquisa do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família e apresenta resultados de uma investigação sobre a formação de redes sociais em saúde, a partir da interação entre profissionais e usuários, na Estratégia Saúde da Família. A pesquisa teve como objetivos o mapeamento das redes sociais em saúde existentes no território adscrito; a identificação das funções das redes mapeadas; e a compreensão da percepção dos entrevistados sobre o processo de formação de redes sociais.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa por trabalhar com a dimensão do subjetivo e do simbólico das interações sociais na constituição das redes de sociabilidade, focando o processo vivenciado pelos sujeitos. Neste tipo de abordagem, a realidade é construída a partir das referências dos próprios participantes do estudo, cabendo ao pesquisador decifrar o enigma dos significados das ações compartilhadas (MINAYO, 2014).

Os sujeitos da pesquisa foram dez trabalhadores de saúde e dez usuários, vinculados a uma Unidade de Saúde da Família (USF), de uma capital do nordeste brasileiro. O critério de inclusão, para os profissionais, foi fazer parte do quadro de pessoal da referida unidade, no mínimo há cinco anos e, para os usuários, morar na área de abrangência da unidade por mais de cinco anos e ter participação frequente em, pelo menos, duas atividades coletivas ofertadas regularmente pelo serviço de saúde.

No que diz respeito aos aspectos éticos, a investigação foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no parecer nº 296.248 – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 15800213.7.0000.5292, em 6 de junho de 2013. Todos os participantes leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a preservação do anonimato dos sujeitos, as falas foram identificadas por categoria (profissional ou usuário) e numeração.

Para a coleta dos dados, realizada entre os meses de junho e agosto de 2013, foi feita a opção pela utilização das técnicas de observação participante, entre-

vista semiestruturada individual e grupo focal, conforme orientações de Triviños (2012), que enfatizou que melhores resultados em pesquisas qualitativas são alcançados quando se realizam, inicialmente, entrevistas individuais com pessoas dos diferentes setores envolvidos e, logo em seguida, avançam com grupos representativos de cada setor, para, finalmente, compor a estrutura de uma entrevista coletiva em grupo focal formada por sujeitos dos diferentes grupos.

Para auxiliar o mapeamento e a identificação das redes foi utilizado um “mapa de redes”, preconizado por Sluzki (2010), sistematizado em quatro quadrantes representativos de família, amizades, relações com companheiros de trabalho ou de estudo (escolares), e relações comunitárias, de serviço (unidades de saúde) ou de credo (igrejas, cultos, centros).

Os grupos focais, um total de três, aconteceram após as entrevistas individuais. O primeiro grupo focal foi composto por dez profissionais de saúde, e o segundo foi formado por dez usuários. Por sua vez, o terceiro grupo focal foi constituído por dez sujeitos (profissionais e usuários), que obtiveram maior desenvoltura nos debates realizados nos grupos focais anteriores, cinco provenientes de cada grupo. O áudio das entrevistas individuais e das conversações nos grupos focais foi gravado em aparelho adequado e, posteriormente, as falas foram transcritas para a realização da análise.

A Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES), idealizada por Martins (2009), utilizada no mapeamento de práticas cotidianas, foi adotada para estimular a interação entre os sujeitos da pesquisa, revelando as complexidades motivacional e fenomenal provenientes da constante diferenciação social e institucional presente na sociedade. É uma ferramenta que se adequa ao estudo de redes sociais do cotidiano em geral, e sua operacionalização se compõe de duas fases, que foram desenvolvidas nos grupos focais: a primeira se refere a um movimento de “desconstrução” de representações centradas em opiniões sem fundamentos, preconceitos, ancoragens confusas; e a segunda, direcionada a um movimento de “reconstrução” das redes constitutivas, a partir de uma postura reflexiva dos sujeitos sobre as dificuldades e soluções acerca dos problemas ou temas discutidos.

Para análise das falas foi utilizada a técnica de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Minayo (2014), pela pertinência para o estudo de motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, caminhando na direção da descoberta do que está escondido por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo dito. Essa fase esteve combinada com uma técnica vivencial (MARES) na intenção de ofertar condições adequadas para que os sujeitos pudessem expressar suas expectativas através do que foi escrito, falado, mapeado ou desenhado, de forma concreta ou simbólica, sobre as situações de interesse da pesquisa.

Após a transcrição do material gravado, em uma fase de pré-análise, empreendemos uma leitura flutuante (preliminar e intuitiva) para a definição do *corpus* de análise, a formulação de pressupostos e a leitura exaustiva dos conjuntos de textos, sem intenção de perceber, naquele momento, elementos específicos.

Na fase de exploração, fizemos a codificação, a partir das Unidades de Registro (palavras, frases, parágrafos) e de Unidades de Contexto (temas, resumos, recortes de sentido, eixos, acontecimentos, respostas), buscando a transformação sistemática de dados brutos em núcleos de sentido. Incluímos, nesta esquematização, uma grelha de categorização dos tipos de redes e de suas funções, contendo frequência e porcentagem dos registros.

Finalmente, ocorreu o tratamento e a interpretação dos resultados, classificando os elementos segundo suas semelhanças e diferenças, categorização, inferência e reagrupamento. Dessa forma, a intenção foi desvendar o conteúdo latente, as tendências e as sínteses coincidentes e divergentes de ideias, através da reflexão e do confronto teórico com a realidade empírica.

Nessa fase interpretativa, optamos pelo exercício de um diálogo iluminado pelos referenciais de abstração da Teoria da Dádiva (CAILLE, 2013; MARTINS, 2013; MAUSS, 2013), com aportes da Teoria do Reconhecimento (HONNETH, 2009), norteado pelas seguintes questões: Que redes sociais os sujeitos identificam neste cenário? Elas são visualizadas de igual forma por profissionais e usuários? Como cada um percebe o tecer e destecer de redes nos encontros cotidianos? Quais as concepções que circulam sobre a formação de redes sociais? O que é necessário fazer para formar ou manter redes na Estratégia Saúde da Família?

Resultados

A significação da ação é negociada entre os sujeitos. O processo interativo é tão dinâmico, que seria necessário o uso de uma câmara lenta que possibilitasse a percepção do vaivém dos movimentos complexos, suas interpretações e articulações, que fazem da relação social uma construção partilhada de significados continuamente reinventados, e não apenas uma coleção de conteúdos copiados (MARTINS, 2012).

Assim, as redes constituem sistemas abertos, nos quais cada participante é beneficiado pelos circuitos de reciprocidades positivas que estabelece, através da constante alimentação e retroalimentação de processos comunicativos de apoio e aprendizado, em cada contexto político, cultural e social. “Somos todos seres históricos, constituídos, sustentados e destruídos pela interação entre pessoas e com o mundo” (CAMPOS; CUNHA e FIGUEIREDO, 2013, p. 17).

Apresentamos o perfil dos entrevistados e, em seguida, os resultados referentes aos objetivos do estudo, respectivamente, o mapeamento das redes sociais em saúde existentes no território adscrito; a identificação das funções das redes mapeadas e a compreensão da percepção dos entrevistados sobre o processo de formação de redes sociais. É conveniente enfatizar que, por opção de recorte da investigação, os resultados apresentados emergiram a partir do encontro entre pesquisadores e pesquisados, durante as entrevistas, e entre usuários e profissionais de saúde, nos grupos focais.

Sobre o perfil dos sujeitos, a faixa etária dos profissionais de saúde compreendeu de 32 a 64 anos; todos do sexo feminino; com 11 a 31 anos de formação; e 9 a 11 anos de dedicação ao trabalho na ESF. Destas, 40% não têm filhos e 60% têm; 30% são solteiras e 70%, casadas. Ao total, foram três profissionais de nível superior, duas técnicas de nível médio e cinco Agentes Comunitários de Saúde. Já os usuários tiveram a faixa etária variando de 38 a 67 anos de idade; todos do sexo feminino; com tempo de residência no território da USF variando entre 13 e 25 anos. Seis delas tinham ocupação do lar, três estavam aposentadas e uma tinha a profissão de costureira. Oito tiveram de um a três filhos, e duas não tiveram filhos.

Em relação ao primeiro objetivo, o mapeamento de redes existiu, no imaginário dos sujeitos (profissionais e usuários) um senso comum fortemente compartilhado, atrelando as noções sobre “rede social” à internet, reflexo da massiva divulgação feita pela mídia, em relação a alguns sistemas e softwares denominados ou classificados como redes sociais. Assim, na atualidade, é comum associar as redes sociais aos encontros e aos espaços virtuais de interação, relacionamento e colaborações, na Internet (MARTELETO, 2010).

É meio de comunicação. É interagir. É a internet, E-mail (Usuário 3).

São as variadas trocas de informações, a internet, são sites de relacionamentos (Profissional 2).

A rede que obteve maior referência foi a “rede virtual”, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais. Essa forte significação, que subestima a complexidade das interações e trocas, nas sociedades contemporâneas, influenciou a identificação do segundo tipo de rede mais citada por ambas as categorias de sujeitos, a “rede de atenção à saúde” (RAS), que conecta os serviços de saúde, articulando e organizando os diferentes níveis e densidades tecnológicas, para centralizar a atenção nos usuários (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2011).

Quando a gente vem na unidade para marcar alguma consulta ou exame (Usuário 3).

Através de acesso à regulação de consultas (Profissional 2).

Os sujeitos também relacionaram alguns procedimentos e atividades características do processo de trabalho na saúde da família, com a RAS, de maneira genérica, ainda sem associar os grupos de acompanhamento enquanto redes sociais, conforme atestam as seguintes falas:

Eu acho que a rede social existe aqui ao redor e aqui na unidade [...]. Para socializar o pessoal, para ensinar como é que se escova os dentes, para ensinar que tem que lavar as mãos antes de comer (Usuário 5).

Entendo como reuniões de profissionais para intervir ou interferir de forma positiva para o bem coletivo (Profissional 6).

Martins (2011) afirma que os moradores de uma localidade, em relação comunitária com uma unidade de saúde, podem compor uma “rede de usuários” a partir de trocas e de reciprocidade entre os envolvidos mediante ações de aproximação (acordos) e distanciamento (conflitos). Nesse contexto, os grupos operativos formados constituíram o terceiro tipo mais identificado de redes.

É você participar, interagir [...]. Porque tem pessoas que não conhecem os grupos. Eu já estive muito depressiva [...]. E, para mim, interagir no grupo é a medicação (Usuário 1).

Estes grupos podem ser aproveitados, visto que tem os mesmos interesses, e reunidos para facilitar a transmissão de informações para atingir um maior número de pessoas, quanto à saúde (Profissional 1).

Os sujeitos identificaram mais dois tipos de redes: a “rede pessoal” e uma rede secundária deliberativa, o “conselho comunitário”. Concordamos com Martins (2011), quando indica que um indivíduo com perfil de mediação pode ser ponto de partida para o surgimento de uma rede, através de sua autonomia reflexiva crítica.

Eu acho que a rede social é a pessoa querer participar, querer vencer, querer que aconteça alguma coisa. Eu acho que a rede social deve começar por nós todos (Usuário 5).

É essa rede que nós criamos [...], assim, na lida, assim, na comunicação fala a fala. Eu acho que é muito importante porque tudo que dizemos, tudo que falamos, é repassado (Profissional ‘3).

Os usuários podem, ainda, constituir redes informais iniciadas a partir da tomada de consciência, em uma comunidade, cujos interesses e/ou necessidades são comuns (MARTELETO, 2010). E, no decorrer do processo, mobilizações de caráter não formal podem se tornar oficiais (formais). Em relação ao Conselho Comunitário, as falas abaixo o identificaram enquanto importante rede social:

Vejo o conselho comunitário [...]. Se o conselho participasse mais dos encontros, das reuniões, ajudava muito a saúde da comunidade (Usuário 5).

É esse trabalho comunitário que está sendo feito para ir atrás de mais linhas de ônibus e da construção do posto, o conselho comunitário (Profissional 4).

Finalmente, o sexto tipo de rede identificada foi a “escola”, mencionada apenas pelos profissionais ACS e de nível superior. Nem os usuários, nem os profissionais de nível médio a visualizaram. O curioso é que algumas atividades coletivas são realizadas em parceria com as escolas da área de abrangência da unidade de saúde.

Pode ser a questão das escolas. É uma rede social, quando se vai trabalhar (Profissional 9).

A partir do entendimento de rede social como organização em grupos, seria possível enumerar: grupos de usuários de drogas; grupo de gestantes; grupos de idosos; escolas; conselho comunitário (Profissional 1).

As pessoas, independentemente de suas concepções teóricas ou práticas, entendem as redes sociais como espaços de trocas coletivas qualificadoras de experiências, que revigoram formas de sociabilidade e de comunicação, durante interações que são constantemente redesenhadas (MARTELETO, 2010).

Em relação ao segundo objetivo, a identificação das funções das redes mapeadas apresentou os resultados dos registros em ordem decrescente, juntamente com algumas falas transcritas, segundo pré-categorização feita a partir de Sluzki (2010), que classifica funcionalmente as redes sociais como: companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselheiro; regulação social; ajuda material de serviços; e acesso a novos contatos.

A “companhia social” é a função de compartilhamento da rotina cotidiana, que transmite cultura, constrói sentidos, novos rituais e modos de viver:

Troca de conhecimentos e experiências, aprendizado, harmonia, bem-estar, carinho, amor e o respeito que existe nos grupos, o espírito de amizade e companheirismo (Profissional 7).

A rotina é a amizade, a gente ter o prazer de poder chegar lá com uma turma para conversar, dialogar. Eu me sinto muito feliz ao lado de todos (Usuário5).

O “apoio emocional” conota as atitudes positivas que promovem compreensão, simpatia, estímulo, afeto, percepção de aconchego, pertencimento, autoestima:

A gente via que, muitas vezes, o problema do outro era maior do que o nosso. Aquilo nos fortalecia em participar e em melhorar do nosso problema (Usuário 7).

Encontrei pessoas tão alegres e que já passaram por tantas situações. Me espelhei nelas e ‘fui indo’. E, graças a Deus, estou melhor (Usuário 2).

A função “guia cognitivo e conselheiro” permite a troca de informações, esclarece expectativas, oferece modelo de papéis sociais, edifica identidade pessoal, grupal e institucional:

Para eu aprender e saber lidar com as pessoas. Para eu saber acolher as pessoas, ser uma pessoa mais humana (Profissional 10).

Informações, a troca de ideias, escuta, partilha (Profissional 2).

A “regulação social” reafirma responsabilidades, resolve conflitos, forma acordos, promove alteridade, define papéis:

Discussões, informações e acordos, para um melhor funcionamento (Profissional 6).

Troca de conhecimentos, reconhecimento do grupo (Profissional 5).

Nas redes sociais, a gente está agrupada com a comunidade para ver a parte social, os direitos que se têm (Profissional 9).

Por sua vez, a “ajuda material e de serviços” oferece colaboração especializada, serviços de saúde, suporte social:

Eu vejo a preocupação com o outro, a vontade de resolver o problema do outro (Usuário 4).

É bom para interagir com a unidade, saber dos projetos, pois é bom para a comunidade (Profissional 3).

E, finalmente, o “acesso a novos contatos” permite a conexão com outras pessoas e outras redes, gera diversidade:

É onde a gente conhece mais pessoas, faz mais amizades, se identifica com outras pessoas (Profissional 7).

A vontade de participar, de aprender e me comunicar melhor com a população (Profissional 3).

Sobre o terceiro objetivo, a percepção dos sujeitos acerca da formação das redes, a análise temática apontou duas categorias: 1) “diálogo”, que remete à comunicação (verbal, não verbal); conversação; força da palavra; expressividade dos conteúdos verbalizados; verbos que indicam ações; e 2) “encontro”, que indica proximidade, que movimenta a aproximação, que reduz a distância; cenário (contextualizado) de interação; e testemunha do bem dito ou do mal dito:

Diálogo, informação, para ter entendimento (Profissional 2).

Eu acredito muito numa conversa, no diálogo (Usuário 1).

Algo mais que nos aproximasse. Encontros d’a gente’ (Profissional 1).

Reuniões sistemáticas e melhoria da comunicação (Profissional 4).

A conversa (ou conversação) é a atividade de fala que geralmente ocorre no encontro, na qual os participantes sustentam seu envolvimento no que está sendo dito, falado, debatido. Assim, os diálogos e os encontros acontecem nos espaços delimitados e definidos pelos sujeitos, ou seja, nos cenários onde se desenrolam os eventos cotidianos (GARCEZ; OSTERMANN, 2002).

Os motivos das relações sociais estão alicerçados principalmente na dimensão interpessoal e na qualidade dos vínculos constituídos entre os parceiros de interação. Entretanto, para a formação de redes sociais, existem motivações que são muito particulares e que merecem estudos complementares, como aquelas que

se referem às dimensões mais afetivas e aos interesses relacionados ao simples prazer de estarem juntos (CACCIUTTOLO, 2009).

O principal interesse (objetivo) relatado pelos usuários, relacionado à participação nas atividades coletivas (redes), foi a necessidade de melhorar de saúde, em relação aos sofrimentos físicos e mentais acontecidos anteriormente em algum momento de suas biografias, consequentes às limitações físicas da idade, ao luto, ou agravos crônicos associados ou não aos hábitos saudáveis.

Em uma dimensão mais física, os registros dos agravos mais frequentes foram hipertensão, diabetes, doenças ósseo-articulares:

Eu comecei a ter problema de pressão alta, e aí, minha sogra me convidou e eu passei a participar, para tentar melhorar de saúde. Principalmente, para a saúde (Usuário 8).

A necessidade mesmo, viu? Primeiro, eu comecei com artrite [...], então, o médico recomendava que eu procurasse fazer algum tipo de exercício. Tenho também problemas no joelho [...] Operei já os dois ombros por problemas de calcificação [...]. Então, eu tenho que fazer a dança e a ginástica (Usuário 1).

Eu sentia muitas dores no meu corpo, tenho problemas de diabetes, sou hipertensa. Aí, foi para mim o maior prazer comparecer a isso, para satisfazer a saúde, para melhorar a saúde. Antes disso, eu não participava de nada e melhorei bastante do que eu sentia (Usuário 5).

Em um escopo mais psíquico, apareceram referências à ansiedade, à solidão, ao estresse e à síndrome do pânico. E, juntamente com os registros dos agravos, surgiram menções relacionadas com a mediação da fé (transcendente), a oportunidade de atividades participativas e a importância da conversa como estratégias produtoras de aspectos positivos fundamentais para a superação dos problemas que foram percebidos.

Depois que eu fiz minha cirurgia de histerectomia total, eu entrei na síndrome do pânico [...] E aí eu comecei a ir [...] Gostei [...] Comecei a melhorar das crises que eu estava tendo (Usuário 4).

No meu caso, depois que o meu filho morreu, foi que eu comecei a participar do grupo de terapia (Usuário 3).

Eu estava me sentindo muito sozinha porque os filhos trabalhavam e eu não tinha com quem conversar. A gente fica nervosa, estressada [...]. Aí, entrei no grupo e, até hoje, graças a Deus, estou nele (Usuário 10).

Lacerda (2010) constatou que o reconhecimento recíproco entre os trabalhadores de saúde, por meio da troca de informações, da construção compartilhada de conhecimento e das conversas, propicia mais a dimensão do respeito social do que a dimensão da intimidade, durante as interações mais formais de uma instituição. Entretanto, em equipes que compartilham o trabalho e que convivem há

bastante tempo, a circulação de afetividades e o desenvolvimento de ações solidárias são mais frequentes e contribuem para o fortalecimento da confiança e da autoestima, capazes de promover a superação do sentimento de vergonha social, pela valorização da liberdade e da diversidade.

A conversação fornece a possibilidade de se fazer entender, compreender a si mesmo e ao outro. É o veículo mais genérico para tudo aquilo que os homens têm em comum. As pessoas geralmente conversam sobre os conteúdos que desejam comunicar, e a conversa é detentora de uma grande capacidade de ressonância social (reprodução), pela transmissão de impressões e informações a outros, que, a seu turno, repassarão esses conteúdos para outros, permitindo a elasticidade e a multiplicação do alcance das conversações (ALCÂNTARA JUNIOR, 2005).

A circulação da dádiva da palavra falada permite estabelecer relações de aliança e de afinidade. A partir dela, pode ser possível estabelecer vínculos, criar uma rede (Rede de Conversa) entre os conversadores, onde a palavra pode ser o fio que conecta os atores. São dons de solicitação (solicitudude), que inicialmente permitem a apresentação de cada um, situando pontos de vista. O que circula são as palavras e geralmente é impossível saber de antemão, entre doador e receptor, quem faz o dom. Não custa nada ou vale muito, para quem fala e/ou para quem ouve. “Na conversação animada, cada um deverá brilhar por seu espírito, pela vivacidade de suas réplicas, pela força de seus julgamentos ou pela originalidade da informação comunicada” (CAILLÉ, 2002, p. 101).

Desejando ser reconhecido, o ser humano almeja ser amado (após experiências afetivas desenvolvidoras de autoconfiança), respeitado (após alcance de direitos promotores de autorrespeito) e estimado (frente a vivências de solidariedades cívica e profissional geradoras de autoestima). Torna-se estratégico conhecer quais os atributos que os sujeitos (individuais e coletivos) esperam alcançar ou receber para que se sintam reconhecidos (CAILLÉ, 2013).

O valor social a reconhecer torna legítima a existência do dom. Demonstra a capacidade que as pessoas têm de se manter no círculo virtuoso da dádiva, compartilhando conteúdos nas formas de pertencimento, nos circuitos sociais que frequentam, polinizando o húmus da vida social com a solidariedade em seu cotidiano biográfico, transitando por entre espaços de encontro.

Discussão

A Sociologia identifica duas grandes dimensões de Redes Sociais: as primárias, referentes às interações pessoais cotidianas durante os processos iniciais de socialização (família, parentela, amigos, vizinhança, etc.), geralmente através de relacionamentos espontâneos, informais, afetivos e autônomos; e as secundárias, formadas a partir da atuação coletiva em grupos, instituições e movimentos sociais que defendem interesses comuns e partilham conhecimentos e experiências (escola, trabalho, estudo, associações, clubes etc.).

Neste espaço intercessor de encontro entre usuários e profissionais de saúde, no território de abrangência de um equipamento público centrado na lógica da ESF, ocorre um enlace de fios provenientes de diversas redes, nas quais, de uma forma ou de outra, todos transitam, seja de forma mais pontual ou contínua. Entretanto, constatamos, conforme Menezes (2007), que essas redes são invisíveis a maior parte do tempo, muito embora as pessoas transitem entre elas de forma rotineira.

Os sujeitos não fizeram menção diretamente às redes primárias, eles apenas se referiram a interações e relacionamentos de amizades e proximidade geográfica (vizinhança), na fase inicial de coleta, durante as entrevistas individuais, entretanto, sem ainda associar à ideia de que seriam redes. Acreditamos que esse hiato pode ser justificado, em parte, pelo direcionamento da pesquisa a uma dimensão interativa voltada mais ao encontro entre os sujeitos nos espaços de atividades coletivas.

Na perspectiva da construção de um conceito de rede de vigilância em saúde, Martins e Fontes (2008) elaboraram uma tipologia de redes em três dimensões: sociotécnica, socioinstitucional e sócio-humana. Esta classificação tem adequação para ser aplicada ao contexto da ESF, que, para se configurar como porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado na atenção primária, articula-se a diversos e variados arranjos interativos de caráter público, privado e filantrópico.

As redes sociotécnicas estão presentes nos sistemas formais de organização (Estado, agências governamentais, academias, universidades, instituições etc.), e atendem às demandas interdisciplinares e intersetoriais, favorecendo a descentralização e a gestão participativa, e têm poder decisório. A USF, enquanto tentáculo da RAS, na esfera municipal, também está articulada às instituições intersetoriais, a exemplo do convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sendo campo de prática de inserção precoce dos discentes dos cursos da área de saúde, nos cenários dos serviços comunitários.

Por sua vez, as redes socioinstitucionais formam-se nas fronteiras entre Estado e sociedade civil, com a parceria entre organizações governamentais e não governamentais, lideranças comunitárias, associações científicas e religiosas, entre outras, e não possuem poder decisório, mas influenciam de forma ascendente a definição de políticas públicas. A empiria contém diversas instituições religiosas com racionalidades singulares. Inclusive existem grupos pastorais, da saúde e da criança, porém não foram percebidos enquanto redes. Os sujeitos apenas identificaram as lideranças do conselho comunitário, que já foram representadas pelas falas destacadas neste texto.

Finalmente, as redes sócio-humanas são constituídas a partir dos vínculos mais ou menos espontâneos entre amigos, vizinhos, familiares. Nelas, ocorre a socialização e a estruturação da vida social. Nenhum participante fez referência à Família enquanto uma rede social (primária). Ela pode e deve ser vista nesta concepção, pois também são teias de relacionamentos criadas pela experiência vivida, fundamental para a socialização, o apoio emocional e o suporte mate-

rial. Martins (2006) recomenda o aprofundamento da compreensão dos arranjos familiares, ultrapassando a noção limitada de família-domicílio (público-alvo), para considerar a sua dinâmica particular de organização em diferentes contextos históricos, culturais e sociais.

Desta maneira, cada arranjo familiar pode ser uma expressão singularizada de redes de parentesco, seja ele composto por: uma rede de famílias aparentadas por laços de consanguinidades ou aliança; famílias nucleares tradicionais; e/ou redes de parentela, formadas por indivíduos aparentados, padrastos, madrastas, enteados, novos dependentes, e até amigos, em novos arranjos familiares.

Nas realidades empíricas que dispõem de atividades de apoio matricial, no caso específico, o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em saúde mental, é comum a construção compartilhada, por profissionais e usuários, de projetos terapêuticos singulares, inclusive fazendo uso de ferramentas (como genograma, ecomapa) para a identificação de redes de apoio àquela situação específica, mobilizando amigos, vizinhos, profissionais de saúde, outros mediadores e redes substitutivas, entre outras. Entretanto, esses aspectos não foram lembrados.

Em uma perspectiva construtivista, a família é um arranjo aberto, amplo, complexo, intersubjetivo e instável. Um todo em que as partes estão relacionadas em padrões interativos recorrentes e previsíveis, entretanto mutante, em constante conexão com o contexto social. Desta forma, a família pode ser vista ou concebida de diferentes modos, em diversas lentes, não existindo a priori, um observador, pois é este que a faz emergir, logo, o arranjo familiar somente poderá ser estudado se for evocado durante a entrevista ou a observação, se fizer parte do roteiro norteador (AUN; VASCONCELLOS; COELHO, 2012).

A ausência, no desenho deste estudo, de questões ou recursos mobilizadores relacionados a esses aspectos, foi uma opção da pesquisa, o que limitou por um lado a acuidade do olhar dos sujeitos em direção à teia de relações entre os membros familiares, embora por outro lado, tenha sido muito rica em informações relacionadas a outros tipos de redes vinculadas às instituições – neste caso, a USF –, ao território.

A inspiração em Santos (2008) nos faz pensar que o fio da esperança (expectativa) pode alimentar as ações coletivas de promoção de saúde (experiências) através da valorização de alternativas cabíveis em um horizonte de possibilidades concretas, capaz de ampliar ou dilatar o presente, para que a realidade cotidiana seja vivida com mais intensidade.

A possibilidade é o movimento do mundo, em momentos de carência, tendência (processo e sentido) e latência (por vir). As expectativas de transformação social emergem do desejo ou da dor, do entusiasmo ou da indignação. “A vontade do desafio sustenta o desafio da vontade” (SANTOS, 2008, p. 119).

Maturana (1997) explica que a emoção especifica o espaço de ações e relações nas diversas formas de se conviver com o outro e consigo mesmo. Assim, a emo-

ção do amor constitui o espaço de interações de aceitação do outro e de si. Os arranjos de convivência conformados a partir da emoção do compromisso constituem ações de aceitação condicionadas à realização de tarefas, a exemplo das relações no trabalho. E, na hierarquia das relações de poder, a emoção pode configurar ações de negação de si e do outro, ou de aceitação da submissão própria ou ao outro, pela ordem e pela obediência.

Considerações Finais

As redes sociais, na perspectiva relacional ou interativa, são constantemente desenhadas e redesenhadas, enquanto qualificadoras de experiências capazes de caminhar em direção a uma práxis transformadora, ao promover ações de cuidado em saúde que reforçam a confiança, o respeito e a estima dos participantes, identificando rotas comuns de caminhos possíveis, fazendo do reconhecimento recíproco um dom em constante circulação, fundamental para a manutenção dos vínculos constituídos.

A valorização da potência das redes sociais locais, tecidas na interseção entre usuários e profissionais de saúde, pode significar uma maior adesão às atividades coletivas de promoção da saúde, e um fortalecimento das práticas ofertadas ou desenvolvidas no território da unidade de saúde, induzindo uma apropriação política das relações comunitárias para a formação de novas redes sociais ou para o incremento da participação nas redes já existentes.

A aposta no circuito da dádiva ou dom pode ser capaz de ampliar a experiência do tempo presente, na direção de uma continuidade de ciclos virtuosos, representados pela tripla obrigação e liberdade de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais, fortalecedores dos laços sociais. E o aporte da teoria do reconhecimento, nos estudos sobre redes sociais na saúde, poderá representar um caminho para a emancipação e o empoderamento, pela busca da circulação de afetividades, na luta pela igualdade de direitos e na solidariedade.

Referências

ALCÂNTARA JÚNIOR, J. O conceito de sociabilidade em Georg Simmel. **Ciências Humanas em Revista**, São Luís, v. 3, n. 2, dez. 2005.

AUN, J. G.; VASCONCELLOS, M. J. E; COELHO, S.V. **Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais**. v. I. Fundamentos teóricos e epistemológicos. 3ed. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2012.

CACCIUTTOLO, P. En busca del contenido de las redes sociales: los “motivos” de las relaciones. **Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales**. v.6, n.7, jun. 2009. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es>>. Acesso em: 05 Dez. 2013.

CAILLÉ, A. O dom entre interesse e “desinteressamento”. **Realis**, Recife, v. 3, n. 1, p. 7-42. jan./jun. 2013. Disponível em: <www.revista-realis.org>. Acesso em: 26 jun. 2013.

CAILLÉ, A. A dádiva das palavras: o que o dizer pretende dar. In: MARTINS, Paulo Henrique (Org). **A dádiva entre os modernos**: discussão sobre os fundamentos e as regras do social. Petrópolis: Vozes, 2002. Cap. 3. p. 99-136.

CAMPOS, G.; CUNHA, G.; FIGUEIREDO, M. Metodologia Paidéia e o modo de pensar e de fazer baseado na práxis: democracia, cogestão e apoio. In: _____. **Práxis e formação Paidéia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. Cap1, p. 13-49.

GARCEZ, P.; OSTERMANN, A. C. Glossário conciso de sociolinguística interacional. In: RIBEIRO, Bianca Telles; GARCEZ, Pedro. **Sociolinguística interacional**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 257-64.

HONNETH, A. **A luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

LACERDA, A.; MARTINS, P. H. A dádiva no trabalho dos agentes comunitários de saúde: a experiência do reconhecimento do amor, do direito e da solidariedade. **Realis**, Recife, v. 3, n. 1, p. 194-213. jan./jun. 2013. Disponível em: <www.revista-realis.org>. Acesso em: 26 jun. 2013.

_____. **Redes de Apoio Social no Sistema da Dádiva**: um novo olhar sobre a integralidade do Cuidado no Cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. 2010. 201f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). FIOCRUZ, 2010.

MANCINI, E. A. **Organizzare reti solidali**: strategie e strumenti per un altro sviluppo. Italia: Edup, 2010.

MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Pesq. Bras. Ci. Inf.**, Brasília, v.3, n.1, p.27-46, jan./dez. 2010.

MARTINS, J. S. O senso comum e a vida cotidiana. In: _____. **A sociabilidade do homem simples**: cotidiano e história na modernidade anômala. São Paulo: Contexto, 2012. Cap. 2. p. 51-58.

MARTINS, P. H. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; Recife: EDUFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.p. 61-89.

MARTINS, P. H. MARES: Desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. Cap. 4. p. 75-87.

_____. Redes sociais como novo marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas. **Caderno CRH**, Salvador, v. 23, n. 59, p. 401-418, maio/Ago. 2010.

_____. Ação pública, redes e arranjos familiares In: _____; FONTES, B. (Org.). **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife: UFPE, 2006. Cap. 1. p. 19-50.

_____; FONTES, B. Construindo o conceito de redes de vigilância em saúde. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. 2 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008. Cap. 5. p. 103-20.

MATURANA, H. Ontologia do conversar. In: _____. **Ontologia da realidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1997.

MAUSS, M. **Ensaio sobre a dádiva**. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

MENESES, M. P. R. **Redes sociais pessoais: conceitos, práticas e metodologia**. 2007. 136f. Tese (Doutorado em Psicologia). PUCRS, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

RANDOLPH, R. **Fóruns políticos, exercício do poder e arranjos territoriais: contextos para a formulação de políticas regionais de desenvolvimento no Brasil**. Scripta Nova (Barcelona), v. XVII, p. 254-271, 2014.

SANTOS, B. S. Uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: _____. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. 2. p. 93-135.

SLUZKI, C. E. Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. **Families, Systems, & Health**, v.28, n.1, p. 1-18, 2010.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: _____. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. 2 ed. Campinas: Saberes, 2011. p. 69-85.

TOMAEL, M. I.; MARTELETO, R. M. Redes sociais de dois modos: aspectos conceituais. **Transinformação**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 245-253, Dec. 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. In: _____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2012. Cap. 5. p.116-175.

VAITSMAN, J.; RIBEIRO, J. M.; LOBATO. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis** (UERJ. Impresso), v. 23, p. 589-611, 2013.

6.

Planejamento e Diagnóstico Situacional na Estratégia Saúde da Família

Concepções, métodos e
desafios

Moacir Andrade Ribeiro Filho

Elizabeth Gonçalves Magalhães Filha

Livia de Sousa Rodrigues

Glauberito da Silva Quirino

Antônio Germane Alves Pinto

Introdução

Nas últimas décadas têm-se observado avanços no campo da saúde coletiva brasileira, especificamente na reorganização do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS). Atualmente, os avanços competem com problemas que ainda dificultam a continuidade deste processo.

Por um lado, ocorreram avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de equidade, integralidade e universalidade; por outro, a fragmentação dos processos de trabalho e um efetivo planejamento estratégico das ações e dos serviços de saúde esgarçam as relações entre os diferentes profissionais e os usuários, o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva das práticas do cuidado, fragilizando-o.

Neste sentido, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) com foco na atenção básica a populações marginalizadas no Nordeste brasileiro, sendo que, em 1998, foi reformulado para se tornar uma estratégia de reorganização da APS e de todo o sistema público de saúde (CONILL, 2008). Em linhas gerais, a reorientação de modelo tecnoassistencial proposta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se pelo deslocamento do eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas tomadas em seu contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático, a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde (SARTI et al., 2012).

Corroborando a concepção anterior, o Ministério da Saúde (MS) refere que a Saúde da Família constitui uma estratégia para a organização e o fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Busca a reorganização do modelo de atenção à saúde pela ampliação do acesso e qualificação das ações da atenção básica, centrando-as no modelo de promoção da saúde, construídas com base na reorientação das práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

Para tanto, as ações articuladas da APS, principal porta de entrada do sistema de saúde, devem iniciar-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minimizando danos, sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011).

Segundo Figueiredo (2015), muitos profissionais presenciam ainda hoje a hegemonia dos saberes e a separação dos fazeres. A formação acadêmica, durante o tempo de universidade, foi desenvolvida segundo uma lógica de trabalho isolado, no qual apenas nossos pares faziam parte da cadeia de discussão e de tomadas de decisões, o que dificultou a ideia do trabalho compartilhado.

Essas relações, muitas vezes são conflituosas, acarretando a seus membros competitividade, conflitos e hostilidade, situações que podem ser superadas com

a construção de um projeto comum em que seja definida a responsabilidade de cada membro, assim como a disposição em ouvir e considerar as experiências uns dos outros, sendo a comunicação a principal ferramenta para que esses conflitos sejam convertidos em crescimento para a equipe e em um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que resulte na gestão do cuidado integral do usuário (BRASIL, 2011; FRANCISCHINI; MOURA; CHINELATTO, 2008).

Soma-se a este contexto, a falta de médicos em determinadas regiões do país, a desarticulação entre a formação, a oferta de profissionais, as necessidades do sistema de saúde e os direitos da população. Estes problemas decorrem da ausência de uma política de planejamento da força de trabalho para o SUS; esse quadro tem sido uma das consequências da opção do Estado, nas duas décadas de existência do SUS, de ter subsidiado os interesses de setores privados, vinculados ao mercado da saúde – ou “indústria da doença” (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Promover saúde perpassa pelo âmbito profissional, comunitário e de gestão, sendo que estes precisam estar em equilíbrio e articulados para a resolução das demandas e fortalecimento da APS. Entretanto, isto não ocorre sem um planejamento estratégico que permita a participação social.

Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

Entendendo que o planejamento é ferramenta importante no processo de saúde, vale ressaltar a proposição do MS, segundo a qual: planejar, organizar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde, presentes em seu território, são funções administrativas legalmente preconizadas aos gestores do SUS pelas Leis no 8.080/90 e no 8.142/90 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Conforme Teixeira (2010), o interesse pelo planejamento das ações de saúde surgiu como decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população em diversos países. Nessa perspectiva, a realização de campanhas sanitárias e, posteriormente, a elaboração de programas de controle de doenças podem ser consideradas atividades que já incluíam a prática do planejamento.

O planejamento de recursos humanos foi uma atividade importante para a maioria das agências de saúde dos países americanos e uma linha de cooperação também importante para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde os anos 1960 até início dos anos 1980. O debate se polarizava entre as propostas de planejamento normativo e estratégico. Porém, essa

prioridade de planejamento para as organizações perdeu força até quase desaparecer, e, apesar da ausência de uma política de planejamento de recursos humanos na década de 1990, observa-se, atualmente, na América Latina, uma tentativa de mudança, na medida em que problemas relacionados aos recursos humanos têm exigido mais atenção nas agendas políticas (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Para Battesini, Fischmann e Weise (2013), o esforço para a qualificação do planejamento parece justificável frente à realidade observada, que admite afirmações preocupantes: tradicionalmente os diagnósticos de saúde presentes em planos de saúde não guardam muita relação com as propostas de ação, seja por insuficiência de análise ou inércia do sistema de prestação de serviços; o planejamento no SUS é ritualístico e sem compromissos com a solução de problemas; e a inserção de ações de planejamento nas instituições públicas de saúde tem sido precária e, muitas vezes, orientada pela produção burocrática de um plano documento e de demonstrações físicas da implantação de unidades de saúde.

Nesta perspectiva, o Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), apresenta uma proposta que entende os serviços de saúde como locais de produção do conhecimento e propõe o fomento do conhecimento metodológico, o desenvolvimento do potencial analítico e da capacidade de reflexão crítica dos profissionais da ESF, relacionados com a mudança no modelo assistencial para a plena implementação do SUS (MORAIS et al., 2012).

O MPSF/RENASF encontra-se estruturado em módulos organizados em atividades presenciais e de dispersão, dentre estes, destaca-se o de Produção do Conhecimento em Serviços de Saúde que, de acordo com as orientações da RENASF visa desenvolver, como competência, a capacidade de compreender o pensamento contemporâneo na produção do conhecimento, utilizando diversas estratégias educacionais para isto, dentre elas o Grupo Tutorial (GT), que fomentou o objetivo de conhecer as concepções, métodos e desafios do planejamento e diagnóstico situacional na ESF. Portanto, esse compilado questiona-se acerca da necessidade do planejamento no processo de trabalho em Saúde da Família de maneira a subsidiar a tomada de decisão a partir da análise situacional e baseada em etapas bem definidas.

Método

Esse construto reflexivo é uma pesquisa bibliográfica inspirada a partir de um dos objetivos de aprendizagem do Grupo Tutorial “Estudando a Realidade: o conhecimento e a vida”, estratégia pedagógica utilizada no Módulo de Produção do Conhecimento em Serviços de Saúde que aconteceu entre novembro e dezembro de 2014. Este módulo é um componente obrigatório dentro da matriz curricular do MPSF/RENASF.

De acordo com Gil (2010), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado e sua principal vantagem reside no fato de permitir ao

investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente, tornando-se importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço.

Na busca bibliográfica das temáticas, planejamento em saúde e diagnóstico situacional na ESF foi realizado o levantamento de informações, principalmente, em livros e artigos científicos eletrônicos, nos quais obteve-se maior compreensão sobre o assunto. Observou-se várias concepções e métodos que a permeiam, proporcionando ampla análise e reflexão para atender ao pressuposto do objetivo de aprendizagem do Grupo Tutorial e desenvolvimento de competência requerida pelo módulo.

O Grupo Tutorial é uma estratégia educacional utilizada para o processamento de situações-problema, que aborda diferentes temas e contextos da atuação profissional em saúde com o intuito de retomar e explicar os saberes prévios frente a uma situação relacionada ao mundo real, identificar necessidades de aprendizagem com vistas a desenvolver a capacidade de enfrentar situações semelhantes, bem como construir novos saberes que possibilitem o desenvolvimento de competência para atuar no campo da saúde. O GT é composto por sete passos: esclarecer os termos no texto problema; definir o problema; analisar o problema; sistematizar a análise e hipóteses de explicação ou solução do problema; formular objetivos de aprendizagem; identificar fontes de informação e adquirir novos conhecimentos individualmente; sintetizar o conhecimento e revisar hipóteses iniciais para o problema (MORAIS et al., 2012).

Seguindo os passos do Grupo Tutorial, surgiram dois termos desconhecidos que foram esclarecidos: objeto de pesquisa e processo de trabalho. O problema foi delimitado como “Indefinição do objeto de pesquisa relevante para o processo de trabalho”, sendo, em seguida, analisado partindo da chuva de ideias. A sistematização originou as seguintes categorias: planejamento e diagnóstico situacional; definição e aprofundamento teórico e metodológico do objeto de pesquisa; e impacto da pesquisa no processo de trabalho. Formularam-se três objetivos de aprendizagem: conhecer o processo de planejamento e diagnóstico situacional; descrever etapas teóricas e metodológicas para a definição do objeto de pesquisa; e compreender a relação entre produção e o impacto da pesquisa no processo de trabalho. Individualmente, buscaram-se fontes de informação para aquisição de novos conhecimentos. A síntese do conhecimento e revisão de hipóteses iniciais para o problema foi concluída no segundo encontro do módulo.

O momento seguinte deter-se-á ao construto bibliográfico e reflexivo originado pelo primeiro objetivo de aprendizagem: conhecer o processo de planejamento e diagnóstico situacional em sua amplitude e relação com a ESF. Para tanto, desenvolveram-se três categorias temáticas: concepções e métodos do planejamento em saúde; diagnóstico situacional como instrumento para o planejamento no território da ESF; e avanços e desafios no cotidiano da ESF: planejar é possível.

Resultados e Discussão

Concepções e métodos do planejamento em saúde

Algumas concepções são imprescindíveis para a delimitação de como agir em saúde, partindo de uma reflexão crítica sobre a organização do trabalho de equipes da ESF e dos elementos essenciais para aprimoramento do processo de trabalho, rumo a uma mudança real no modelo assistencial em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS.

A nossa atuação se faz a partir de modelos, ou seja, nosso modo de agir é sempre orientado por algumas concepções nos diferentes âmbitos e realidades, e em nossa vida profissional não é diferente. Nossas atividades, as técnicas, os recursos diagnósticos e os instrumentos que utilizamos condizem com alguma ideia do que devemos fazer em nossa profissão em cada situação, em cada realidade.

No entanto, em nosso cotidiano temos dificuldades para refletir sobre o modo como estamos agindo. Às vezes fazemos as coisas de forma automática, guiados pela nossa intuição ou pelo senso comum. Assim sendo, nossas atitudes podem não ser as mais adequadas, podem não ser as mais eficazes e, conseqüentemente, não conduzir aos resultados que desejamos. Porém, de algum modo, a realidade sempre bate à nossa porta, pedindo-nos para refletir melhor, para avaliar criticamente o que temos feito em face dos resultados que temos obtido (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), nossa reação frente a essa situação não deve ser de insatisfação, frustração, desapontamento, nem muito menos de indiferença. Temos que buscar os elementos para compreender o que é adequado ao nosso trabalho, promovermos as transformações necessárias que nos levem a melhorar a nossa atuação e, assim, obter melhores resultados. No caso do setor saúde, especificamente na ESF, surgem cotidianamente, situações complexas, envolvendo uma diversidade de relações e com alta pressão por resultados. Lidar com as demandas e necessidades de indivíduos, famílias e comunidades requer, entre outras coisas, instrumentos também complexos, para que façamos intervenções e avaliações adequadas.

Para tanto, o planejamento é a principal ferramenta para o alcance adequado desses objetivos. Quando se pretende alcançar objetivos complexos e fazê-lo coletivamente é imprescindível contar com um método de planejamento que possibilite a compreensão e o compartilhamento de conceitos básicos, terminologias, instrumentos utilizados, contribuindo assim para o diálogo e efetiva participação dos envolvidos na formulação e operacionalização de um plano.

Planejamento não é o mesmo que fazer plano. Segundo Matus (1993), o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento, funciona como um instrumento para permitir o compartilhamento e a negociação dos projetos elaborados.

Ademais, para Campos, Faria e Santos (2010), planejamento envolve situações dinâmicas que sofrem constantes transformações, sendo por isso fundamental estabelecer um processo permanente que corrija os rumos e mantenha direcionalidade das ações desenvolvidas em relação aos objetivos a serem alcançados.

Planejar é então, pensar antes, durante e depois. É um cálculo sistemático que precede e preside a ação, por isso deve ser sistemático e articular a situação imediata e o futuro, apoiado pelo saber técnico científico de especialistas ou teorias, por diferentes visões ou pontos de vista dos políticos, que captam a realidade buscando realizar seus projetos ou compromissos, assim como propostas oriundas da própria comunidade que, em última análise, é que sofre com os problemas que o planejamento pretende resolver (MATUS, 1993).

No entanto, existem diferentes maneiras de planejar, ou seja, existem distintos modelos ou métodos de planejamento. É importante conhecê-los para escolher aquele mais adequado ao nosso modelo assistencial de saúde e, por conseguinte, ao modelo de gestão que adotamos. Dentro do modelo normativo, temos o “Método CENDES/OPAS”; e, dentro do planejamento estratégico, temos a “Proposta da CPPS ou Formulação de Políticas de Saúde”, a “Contribuição de Mário Testa ou Postulado da Coerência” e “Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus”.

Método CENDES/OPAS

De acordo com Teixeira (2010), o planejamento normativo surgiu em 1960 na América Latina, através da elaboração de um método de planejamento econômico para o campo social e, especificamente, para a saúde, que ficou conhecido como método CENDES/OPAS, elaborado por duas instituições, o Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES) e a OPAS. Constituiu uma ampla aplicação da visão ecológica do processo saúde-doença, incluindo variáveis próprias do ambiente físico, biológico e social, além das exclusivamente sanitárias. Possuía enfoque basicamente descritivo, fundamentado no levantamento de informações que permitiam a construção de indicadores de saúde, sem que se questionassem as limitações desses indicadores, tanto como descritores da realidade de saúde, quanto pela dificuldade intrínseca em explicar a situação epidemiológica encontrada.

Nesse método, a formulação do plano inicia-se com a realização de um diagnóstico, seguida pela seleção de prioridades, finalizando com a definição das ações e dos recursos com o intuito de alcançar mais eficiência com o menor custo possível. Essa é uma proposta tecnocrática, na qual o planejador, baseado em seus conhecimentos técnicos, “neutros”, faz o plano e estabelece as prioridades, normativa e economicista, pois a norma tem como fundamento principal a relação custo-benefício. Por ser um método normativo, planejado por apenas um ator com plenos poderes, desconsiderando a existência de conflitos e os diferentes interesses existentes, sem apreciar a variabilidade e a complexidade da realidade.

de, mostrou-se incompleto e limitado para a elaboração de intervenções, caindo, portanto em descrédito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Proposta da CPPS ou Formulação de Políticas de Saúde

Em 1975, aconteceu um marco inaugural do debate acerca da formulação de políticas de saúde na América Latina com a primeira formulação de planejamento estratégico. Foi o documento intitulado *Formulación de Políticas de Salud*, elaborado pelo Centro Panamericano de *Planificación de la Salud* (CPPS) que se estrutura em quatro capítulos: introdução aos conceitos de política e processo político; sistemas de serviços de saúde, política e planejamento; um esquema para a formulação de políticas de saúde; e áreas sujeitas à política. Segundo essa proposta, a formulação de políticas pode ser entendida como um

processo mediante o qual a autoridade política estabelece os objetivos gerais que se pretende alcançar, os meios através dos quais se deverá atuar para alcançá-los e a enunciação de ambos em termos claros e precisos (OPS; CPPS, 1975 apud TEIXEIRA, 2010 p. 35).

O capítulo três dedica-se ao processo de formulação de políticas, afirmando ser extremamente difícil propor um procedimento ou uma sequência que satisfaça a todos aqueles que têm a responsabilidade de formular políticas de saúde, ou ainda, que satisfaça totalmente a alguns, mas mesmo assim, sugere um esquema que se propõe a traduzir e interpretar o modelo mental sequencial que se considera ser o estilo intelectual que o político utiliza na formulação de políticas de saúde. Essa sequência inclui a elaboração de uma “Imagem-Objetivo”, entendida como uma situação futura que se deseja construir, partindo de uma situação inicial ou do diagnóstico de situação. Em seguida, desenvolve-se a “Formulação preliminar de proposições políticas”, etapa na qual se estabelecem os objetivos que se pretende alcançar, determinando prazos e selecionando os meios para alcançá-los. Posto isso, passa-se à “Análise das proposições”, trazendo três tipos de análise: coerência, factibilidade e viabilidade para subsidiar o processo de elaboração das estratégias a serem implementadas para o alcance dos objetivos. O processo encerra-se com a “formalização de políticas”, em documentos institucionais como leis, decretos, portarias, planos, programas ou projetos (OPS; CPPS, 1975 apud Teixeira, 2010).

Algumas limitações foram apontadas nessa proposta da CPPS, tais como, apresentar uma ordem sequencial do processo de formulação de políticas quando de fato esse processo é complicado e interativo, pois essas fases acontecem repetidas e simultaneamente, e se imbricam mutuamente; a primeira etapa do processo de formulação de políticas de saúde deveria contemplar a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como o perfil da demanda social, mas não há proposta de métodos e técnicas específicas para isso; o fato de assumir que o único ator facultado a elaborar uma imagem-objetivo é a autoridade política, quando, no entanto, todos os atores políticos e sociais têm essa capacidade.

Contribuição de Mário Testa ou Postulado da Coerência

Segundo Teixeira (2010), em 1989 identifica-se na literatura latino-americana outro desdobramento, representado pelo pensamento estratégico, formulado por Mário Testa, cuja reflexão toma como ponto de partida a crítica à valorização da análise da problemática do poder e suas formas de expressão e materialização nas relações entre os diversos atores sociais que atuam no processo político configurado no “setor saúde”.

Tomando como ponto de partida a definição de “política” como “uma proposta de distribuição do poder” e a definição de estratégia como uma “forma de implementação de uma política”, elaborou-se uma tipologia do poder em saúde, distinguindo-se o poder político do técnico e administrativo. O poder administrativo corresponde às atividades e processos que implicam o manejo de recursos, o poder técnico se define pelo uso de conhecimentos e tecnologias em quaisquer dos níveis de funcionamento no setor saúde, e o poder político, que expressa a defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos no setor (TESTA, 1995).

Com base na reflexão sobre o Poder e as estratégias de ação em saúde, Testa sistematizou o chamado “Postulado de Coerência”, diagrama que explicita propósitos (permanência, crescimento e mudança) que são orientados para os métodos (práticas de planejamento) e para a organização (estruturas e formas de organização do processo de trabalho), sendo que aqueles também se encontram direcionados para esta, constituindo um modelo de análise que pode ser aplicado ao estudo de processos de formulação e implementação de políticas de saúde. Em outras palavras, representa as relações que podem ser estabelecidas entre propostas políticas, consubstanciadas em determinados métodos de trabalho que podem ser utilizados para concretizar estes propósitos e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais (TESTA, 1992).

Entretanto, de acordo com Testa (1995), o setor saúde não pode ser considerado separado da totalidade social, pois tanto a situação de saúde de uma população quanto à organização setorial são fenômenos socialmente determinantes e são relevantes para o entendimento dos problemas de saúde, bem como de todo o processo de planejamento. Todos os atores sociais são imprescindíveis nesse novo modo de pensar, esse conjunto pode configurar-se como favorável ou desfavorável à formulação e à implementação de uma determinada política.

Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus

Silva et al. (2012) referenciam que Carlos Matus, em sua proposta conceitual e metodológica, toma como ponto de partida o modelo de processamento de problemas e soluções, que corresponde à sua proposta de Planejamento Estratégico Situacional (PES), processado em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, a serem utilizados em momentos distintos do planejamento, oportunizando ao ator social que planeja fazer parte da realidade a ser planejada.

O avanço das ideias do método PES se dá a partir de 1978 até 1981, pelo economista chileno Carlos Matus, enquanto exilado na Venezuela. O enfoque situacional foi amadurecido durante toda década de 1980 e culminou em uma proposta conceitual e metodológica abrangente sobre política, planejamento e governo. Toma como ponto de partida a noção de “situação”, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social; “problema”, que é definido como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social; “ator social” que é uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação; e “estratégia”, que é uma maneira de construir viabilidade para um plano elaborado, visando alcançar determinados objetivos (MATUS, 1993).

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), o PES propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo, possibilitando a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, em uma perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e viabilidade política ao plano.

O PES é constituído por quatro momentos dinâmicos e de permanente dialética, contrapondo a ideia de etapas estanques e rígidas, adotadas no planejamento tradicional. O primeiro momento é explicativo, busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas; o segundo é normativo, quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados; o terceiro é estratégico, busca-se analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas através da formulação de estratégias para alcance dos objetivos traçados; o quarto é tático-operacional, que é o momento de execução do plano, em que devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano (MATUS, 1993).

De acordo com Teixeira (2010), um dos elementos centrais da obra de Matus é o desenvolvimento da “ciência e das técnicas de governo” que possam contribuir para o aumento da capacidade de governo dos estados latino-americanos. Para ele, governar é algo muito complexo que não pode reduzir-se inteiramente a uma teoria, é uma arte, porém requer cada vez mais certo domínio teórico sobre os sistemas sociais. Governar exige articular constantemente três variáveis que compõem o triângulo de governo: projeto de governo (conteúdo propositivo da ação que um ator propõe realizar para alcançar seus objetivos), capacidade de governo (acervo de técnicas, métodos, habilidades e experiências de um ator para conduzir o processo rumo aos objetivos) e governabilidade do sistema (graus de liberdade/exigência do ator para a ação no governo).

Diante deste contexto, Matus (1997) apud Teixeira (2010), aponta que a análise sobre o “equilíbrio” entre os três vértices do triângulo permite avaliar quais são os “pon-

tos fracos” de um processo de gestão orientando, com mais clareza, o processo de tomada de decisões sobre as intervenções necessárias. Isto é, se é preciso definir melhor o projeto e/ou se é preciso aumentar a governabilidade e/ou a capacidade de governo.

Na perspectiva do enfoque estratégico-situacional, a atuação planejada sobre qualquer recorte da realidade implica em um esforço de entendimento entre os diversos atores sociais ali presentes, de modo a permitir uma explicação abrangente sobre uma dada situação e sobre as formas de intervir sobre os problemas, de modo a resolvê-los ou controlá-los. Este enfoque vem sendo incorporado ao debate, à reflexão e ao processo de elaboração metodológica da planificação em saúde por vários estudiosos e técnicos em diversos países, inclusive no Brasil (TEIXEIRA, 2010).

Diagnóstico situacional como instrumento para o planejamento no território da ESF

Os serviços de saúde estão em permanente interação com o meio ambiente, afetando-o e sendo por ele afetados. Forças ambientais influenciam todo o processo de formulação de objetivos e terminam por atingir todo o comportamento da equipe, portanto, é inquestionável que a área adscrita seja estudada antes de qualquer intervenção. A ESF trabalha com uma área de abrangência delimitada geograficamente e população definida. Esta estratégia pressupõe a disponibilidade regular de Unidades Básicas de Saúde (UBS) à população, condição para o acesso aos cuidados de saúde e é responsável pela assistência em sua área de abrangência, portanto, um espaço comum a vários profissionais que podem sistematizar práticas e saberes de diferentes categorias e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do serviço de saúde (Facchini, 2006).

Entende-se o diagnóstico situacional ou organizacional como o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo. Esses dados são oriundos da participação efetiva das pessoas que atuam no local de estudo. O diagnóstico pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão. É uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população, para posteriormente planejar e programar ações (SANTOS et al., 2010).

Assim, o diagnóstico situacional representa também um meio de pontuar, analisar e interpretar as relações entre os setores (recursos humanos, físicos, materiais e administrativos) e as atividades de prestação de serviços com eficiência e efetividade, além de identificar a satisfação de clientes com os serviços administrativos, atualizar a comunidade sobre os processos formais e informais existentes que não sejam de seu conhecimento e informar sobre as relações mantenedoras e financeiras (RIBEIRO et al., 2008).

Segundo Santos (2002), o diagnóstico constitui a fase inicial do planejamento, apresenta-se como método de análise e identificação da realidade e das necessidades da prática diária. Tem o objetivo de fazer com que se tomem medidas para

organização e correção do serviço quando esse se encontrar em situação crítica. Objetiva identificar problemas; estabelecer prioridades; observar fatores que limitam o desenvolvimento das atividades; estabelecer diretrizes para a definição de ações a serem implementadas; proporcionar aprendizagem; identificar e reorganizar a área física, número de pessoal, horário de trabalho, material e equipamento disponível e, principalmente, tornar clara a realidade da instituição para todos e, assim, possibilitar que o planejamento, coordenação e controle sejam realizados corretamente, ou seja, é um instrumento para pensar o cotidiano do serviço.

Desta forma, para Facchini (2006), o componente situacional do diagnóstico permite analisar a situação da área de abrangência como um todo e de cada território específico pertencente à ESF no que se refere ao número de pessoas assistidas, divisão por sexo, faixa etária e escolaridade. Proporciona o conhecimento das condições de saneamento, utiliza alguns indicadores como tratamento e abastecimento de água no domicílio, tipo de casa, destino do lixo, das fezes e urina, além da utilização de energia elétrica. Esse instrumento também pontua questões como as consultas médicas por faixa etária, os tipos de atendimento realizados como puericultura, pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino, infecções sexualmente transmissíveis, diabetes, hipertensão arterial, hanseníase, tuberculose entre outros processos assistidos. Identifica a realização de exames complementares, encaminhamentos, internação hospitalar, procedimentos e visitas domiciliares, ou seja, o diagnóstico traça um perfil da população assistida, além de caracterizar o serviço.

Para a coleta desses dados pode-se utilizar o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) que se propõe a ser um instrumento para o gerenciamento, produzir informações para monitorar o desenvolvimento das ações dos serviços de saúde local e respaldar, tecnicamente, as decisões e planejamento implementados nesse nível (RIBEIRO et al., 2008).

Campos, Faria e Santos (2010) orientam que, além do SIAB para a elaboração de um diagnóstico situacional de determinado território, pode ser utilizado o método da Estimativa Rápida, com uma equipe composta de técnicos da saúde e/ou de outros setores e representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer.

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em um curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais – que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

As principais vantagens da Estimativa Rápida relacionam-se ao fato de ser uma abordagem rápida e eficiente nos custos, como também por contribuir para a participação da comunidade e facilitar o trabalho intersetorial (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Com a utilização de todos esses recursos e a partir da elaboração do diagnóstico em um serviço, vários focos são determinados, porém é preciso diferenciar com clareza que apenas a identificação do foco não é suficiente ou o mais importante ou politicamente prioritário, mas, sim, aquele conjunto de ações que, ao serem implantadas como estratégias, tornam-se um material pedagógico para o processo de fortalecimento da assistência na APS (LIMA et al., 2014).

Avanços e desafios no cotidiano da ESF: planejar é possível

A ESF foi implementada em um contexto para melhorar sua adequação conceitual aos objetivos propostos pela APS, uma vez que o mesmo

[...] visa desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas realizadas nos domicílios ou junto às coletividades (TRINDADE; LAUTERT, 2010, p. 275).

A implantação de uma estratégia com o alcance pretendido, demanda da sociedade brasileira como um todo, esforços no sentido de adequar práticas, conceitos e valores com vistas à efetivação do paradigma da promoção da saúde.

O potencial de mudança do PSF reside tanto nas diretrizes que norteiam o processo de trabalho dos profissionais quanto na reorganização de serviços e práticas que ele pode ensinar” (PIRES; GÖTTEMS, 2009, p. 296). Constituiu-se, desta forma, em uma mudança profunda do modelo de atenção à saúde pública no Brasil.

Tem-se, portanto, uma alteração conceitual no potencial do setor saúde que passa a ter a função primordial de promover a saúde de uma população que, até então, adoecia e procurava o hospital para curar a doença. O contexto de implantação e rápida expansão:

[...] redefiniu sua importância enquanto estratégia reorganizadora da atenção básica e colocaram no centro da discussão questões relacionadas à qualificação das equipes e à resolubilidade, impulsionando a necessidade de articulação efetiva da atenção básica com os demais níveis de organização do sistema. (BRASIL, 2005, p.13).

O caráter programático da prática cotidiana apresenta falhas e limitações que podem comprometer o resultado esperado das ações realizadas pelos profissionais envolvidos. Gadelha (2005) apud Pires e Göttems (2009), afirmam que a ESF fragiliza-se quando traz à tona o intuito de se constituir em uma ação de baixo custo para grupos marginalizados. Tal concepção encontra-se impregnada no

imaginário popular que relega a assistência à saúde pública, operacionalizada, sobretudo por meio da ESF, aos grupos vulneráveis e de baixo poder aquisitivo. Porém, não representa apenas uma visão de pessoas leigas, estando intrinsecamente imbuída na formação de alguns profissionais de saúde.

Pode-se dizer que o modelo compartimentalizado é também um limitante para a atuação satisfatória da ESF, ideia corroborada por Ribeiro, Pires e Blank (2004) ao mencionar que a ESF trabalha com execução das atividades programadas sem considerar as necessidades da população dificultando, assim, a mudança no modelo de atenção. A concepção de Albuquerque et al. (2011), enfatiza um outro aspecto desta realidade ao manifestar que tal prática se distancia das formulações teóricas conduzindo à repetição dos erros devido à ineficiência ou inexistência dos processos de avaliação.

Desta forma, emerge a visão da necessidade de modificações nos processos de formação dos profissionais envolvidos com a gestão e com a assistência em saúde coletiva, bem como da conjuntura política responsável pela gestão local dos serviços, visando a real adesão aos princípios e diretrizes do SUS e da ESF.

Considerando as formas de organização do processo de trabalho da ESF, bem como a distância existente entre o prescrito e o executado no âmbito da estratégia, cabe uma reflexão acerca do intuito do planejamento das ações de saúde, bem como da possibilidade de êxito de tais feitos. A lógica do trabalho fundamentado nos princípios propostos prevê a avaliação da situação de saúde presente no contexto de atuação, a intervenção junto ao cenário obtido e a avaliação contínua das ações.

Este conjunto ordenado de técnicas e procedimentos poderia compor o processo conhecido como planejamento, partindo da avaliação da situação de saúde da população em direção a intervenções pautadas na satisfação das necessidades detectadas. Merhy e Rivera (1995) apud Rivera e Artmann (2010) assinalam a existência de quatro correntes de planejamento/gestão em saúde. A seguir, descreve-se a concepção destes autores acerca de tais tendências.

A primeira delas compreende a gestão estratégica do Laboratório de Planejamento (LAPA) da Faculdade de Medicina de Campinas. Defende premissas como forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação. Tal modelo incorpora os conceitos de acolhimento e vínculo a partir da Política Nacional de Humanização (RIVERA; ARTMANN, 2010).

O Planejamento Estratégico Comunicativo, segunda tendência, baseia-se na Teoria do Agir Comunicativo (TAC) de Habermas e aplica o referencial da psicossociologia à gestão organizacional e ao desenvolvimento das capacidades de liderança (AZEVEDO; BRAGA NETO; SÁ (2002) apud RIVERA; ARTMANN, 2010).

A terceira tendência, ou corrente da Vigilância e Saúde, comporta a defesa da integração horizontal em detrimento da atomização dos programas verticais da saúde pública. Por último, temos a escola da ação programática da Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo (USP), que inclui o uso da epidemiologia clínica e social para o planejamento das ações, bem como reflexões sobre o processo de trabalho em saúde (RIVERA; ARTMANN, 2010).

Considerações Finais

Considerando o planejamento como uma ferramenta-chave para o êxito das ações nos serviços de saúde e as evidências acerca do tema, infere-se a sua relevância enquanto prática cotidiana nos segmentos de gestão e atenção à saúde. No contexto brasileiro, ainda é incipiente sua utilização em âmbito local, ficando este sob a tutela da gestão, o que impõe uma dicotomia entre planejamento e execução das ações.

As propostas aqui abordadas subsidiam a mudança de atitude dos atores envolvidos com a Estratégia Saúde da Família no sentido de incorporar o saber sobre o tema à práxis dos mesmos e, assim, propiciar uma ação integrada entre planejadores e executores, cumprindo o que preconizam as políticas de saúde brasileiras.

Desta forma, a inferência realizada a partir de tais movimentos em favor do planejamento em serviços de saúde, permite o vislumbre de uma prática estruturada e sistematizada na direção de uma maior qualidade na gestão e na assistência demandada pela população brasileira.

Referências

ALBUQUERQUE, F. J. B. *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família a partir das crenças dos profissionais. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 363-370, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n3/a08v28n3>>. Acesso em: 06 mar. 2015.

BATTESINI, M.; FISCHMANN A.; WEISE A. D. Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. **Temas Livres. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3673-3682. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a23v18n12.pdf>>. Acesso em 05/03/2015>. Acesso em: 02 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 204, p. 55, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 de dezembro, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 setembro de 1990b.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul/set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a02v37n98.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2015.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, n. 24, v. 1, 2008. Suplemento. Disponível em: <<http://www.pppo.ufma.br/uploads/files/Eleonora%20Minho%20Conill%201.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232006000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 mar. 2015.

FIGUEIREDO, E. N. de, **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. Especialização em Saúde da Família. UNA-SUS | UNIFESP. 2015. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/.../unidade05.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2015.

FRANCISCHINI, A. C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELATTO, M. A importância do trabalho em equipe no PSF. **Revista Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 25-32, jan./dez. 2008. Disponível em <<http://www.publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/download/62/28>>. Acesso em: 09 mar. 2015.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- LIMA, C. A. *et al.* Diagnóstico situacional na unidade de saúde: uma experiência na perspectiva de graduando de enfermagem. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 05, n. 3, p. 1109-1119. 2014. Disponível em: <<http://www.gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/.../760/pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2015.
- MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: PEA, 1993.
- MORAIS, I. C. P. S. *et al.* Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 1, p. 96-104, jan./mar. 2013.
- PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a20v62n2.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho do Programa de Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em 14 mar. 2014.
- RIBEIRO, L. C. C. *et al.* O Diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações da estratégia de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 448-452. jul./set, 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/13044>>. Acesso em: 10 mar. 2015.
- RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a02.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015.
- SANTOS, C. H. Subsídios para elaboração do diagnóstico administrativo de enfermagem. **Legislações e Normas COREN-MG**. Ed. Especial. Belo Horizonte: 2002. Gestão 1999/2002. p. 29-32. Disponível em: <<http://www.corenmg.gov.br/anexos/modelDiagnosticos.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.
- SANTOS, L. C. *et al.* **Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. Belo Horizonte: UFMJ, 2010. Disponível em: <https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf>. Acesso em: 17 març. 2015.
- SARTI, T. D. *et al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar., 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n3/14.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

SILVA, I. Z. F. *et al.* Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3145-3147, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a29.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques teórico-metodológicos do Planejamento em saúde. In: Teixeira, Carmem Fontes (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a29.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2015.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação**. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC, 1995.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, USP, v. 44, n.2, p. 274-279, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/05.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/proformar/material/teste/documentos/arquivos_downloads/pdf/Modulo_6_Planejamento.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2015.

7.

Epidemiologia da Hipertensão e Diabetes no Município de Sobral-CE

Contribuições para a
gestão do cuidado

Carina Guerra Cunha

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Geilson Mendes de Paiva

Marcos Aguiar Ribeiro

José Jeová Mourão Netto

Introdução

As transições da situação da saúde de uma sociedade geram necessidade de mudança na estrutura dos sistemas de saúde para responder de forma oportuna à demanda da saúde, portanto a transição epidemiológica, transição demográfica e incorporações de novas tecnologias que se projetam em uma sociedade exigem respostas dos sistemas de saúde.

Na perspectiva demográfica, o Brasil vive uma transição acelerada, onde a população, apesar de baixas taxas de fecundidade, continua crescendo. Por outro lado, na perspectiva epidemiológica, o país vivencia uma forma de transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos, sendo expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas (MENDES, 2012).

Dentre as condições crônicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge cerca de 20% da população adulta é a mais frequente das doenças cardiovasculares, é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal, do mesmo modo, o Diabetes Mellitus se configura hoje como uma epidemia mundial sendo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (BRASIL, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Em relação ao Diabetes, pode-se permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária). (BRASIL, 2013)

A operacionalização de um modelo de atenção às condições crônicas de saúde exige mudanças em nível gerencial no sistema de saúde. Em nível gerencial atenta-se para mudanças na condução dos processos de reorganização das ações e serviços de saúde, com elaboração de linhas-guias, aplicação de auditorias clíni-

cas e mudança para filosofia de gestão estratégica e participativa. Dessa forma, o gerenciamento das condições crônicas vem se firmando como um dos principais instrumentos de planejamento em saúde (VERAS, 2001).

Neste processo, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde através da estratégia de reordenamento do sistema de saúde com uma forma singular de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população.

Além disso, a APS caracteriza-se pela complexidade do cuidado no âmbito individual e coletivo com baixa densidade tecnológica que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde através do cuidado multiprofissional e interdisciplinar, com a aplicação de saberes e práticas de campo e núcleo.

Esta proposta de mudança para um modelo de atenção centrado nas condições crônicas de saúde, tendo a APS como coordenadora do cuidado com objetivo de desenvolver uma atenção integral que proporcione impactos na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, converge com os preceitos da Gestão da Clínica que se caracteriza por um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade. Constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera (MENDES, 2012).

Neste ínterim, têm-se como objetivo analisar a tendência epidemiológica da Hipertensão e/ou Diabetes no município de Sobral, interior do Estado do Ceará.

Gestão do Cuidado a Pessoas com Hipertensão e Diabetes

A gestão do cuidado a pessoas com hipertensão e diabetes pode ser compreendida como a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2011).

A gestão da clínica constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir destas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera (MENDES, 2012).

A qualidade de um serviço de atenção teria três componentes em sua determinação: excelência técnico-científica, qualidade da relação entre profissionais e pacientes e aspectos de organização e distribuição de recursos. A excelência técnico-

-científica corresponderia ao que alguns autores descrevem como fazer a coisa certa de modo certo (exemplo: utilização das diretrizes clínicas). A qualidade da relação com o paciente estaria diretamente ligada à empatia com o paciente e seu sofrimento, respeitando suas preferências e valores (exemplo: realização do acolhimento em uma unidade de saúde). O terceiro componente é relacionado à forma como as organizações desenham a oferta de cuidados em um contexto de limitação de recursos, de forma a otimizá-los, melhorando o acesso, a prontidão e reduzindo o retrabalho (exemplo: implementação da dose unitária em hospitais) (GRABOIS, 2011).

Esforços para garantir qualidade devem prevenir ou, alternativamente, detectar e superar três problemas: (a) superutilização de serviços desnecessários ou inapropriados; (b) subutilização de serviços necessários; e (c) desempenho ruim em termos técnicos e interpessoais. Dessa forma, teremos obtido um cuidado com qualidade se não houver dano ao paciente, se utilizarmos a melhor evidência científica, evitando a sobreutilização ou a subutilização de recursos; se centrarmos o cuidado nas necessidades dos pacientes, e se garantirmos o cuidado no momento adequado e de forma a obter os melhores resultados com o mais baixo custo possível (GRABOIS, 2011).

Mendes (2004) atribui a estas tecnologias um papel de mediar processos que envolvem bastante autonomia dos profissionais em uma organização de burocracia profissional com os esforços para redução da variabilidade na atenção aos pacientes e na adoção de práticas que sejam baseadas em evidências científicas.

Segundo Mendes (2007) e Portela e Martins (2008), estas tecnologias de gestão da clínica seriam: (1) gestão de casos; (2) gestão de patologia; (3) adoção de diretrizes clínicas; (4) monitoramento de indicadores de processo e resultado, entre outras.

Métodos

Este estudo é de abordagem quantitativa que, segundo Moresi (2013), é usada quando se quer determinar o perfil de um grupo de pessoas, baseando-se em características que estas tenham em comum (demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas).

Com base nos seus objetivos gerais, este estudo é classificado como epidemiológico, que visa estudar determinado fenômeno na população em geral, descrevendo a distribuição ou variação deste fenômeno na população, através da investigação de um grande número de sujeitos, em amplas amostras representativas (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Além disso, o estudo também está subclassificado com estudo ecológico de referência temporal longitudinal. Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2002) o estudo ecológico compõe uma tipologia de pesquisa epidemiológica que aborda áreas geográficas ou blocos de populações bem delimitados, analisando comparativamente variáveis globais, quase sempre por meio de correlação entre indicadores de condições de vida e indicadores de situação de saúde.

O cenário do estudo foi o município de Sobral, interior do Estado do Ceará. O referido município conta atualmente com 56 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sete equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídas em 31 Centros de Saúde da Família (CSF), localizados em áreas compreendidas como territórios, com cobertura assistencial de 78% da população, o que equivale a 214.206 pessoas acompanhadas.

Foram eleitos como participantes do estudo, pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, sendo suas informações acessadas por meio de fontes documentais. Segundo Gil (2002), os documentos constituem uma fonte rica e estável de dados, uma vez que subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica.

Nesse sentido, para o desenvolvimento do estudo, foram utilizados os dados disponibilizados pelo Sistema de Informações de Saúde de Hipertensão e Diabetes (SIS HIPERDIA) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), correspondente ao período de 2004 a 2012.

O SIS HIPERDIA foi criado para melhorar o acesso às informações sobre o acompanhamento da população hipertensa no âmbito da atenção básica, em 2002, pela Portaria Conjunta no 112, de 19 de junho de 2002, criou-se o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), gerenciado pela Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com a Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo DATASUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

No que concerne à coleta de dados, esta aconteceu entre os meses de novembro e dezembro de 2014. Inicialmente, foram localizados os arquivos no SIS HIPERDIA para o período de janeiro de 2004 a dezembro de 2012 no endereço eletrônico do DATASUS, de forma a totalizar uma amostra 10.424 cadastros de pessoas com Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes com Hipertensão (DM + HAS). Após o estudo das estruturas dos arquivos, constituíram-se como variáveis da pesquisa: o número de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão, estratificado por Sexo, tipo e risco; e o número de pacientes por sexo e faixa etária.

Os dados da pesquisa foram digitados em dupla entrada e processados em microcomputador utilizando-se, para tabulação e para a realização de testes estatísticos simples, o software EpiInfo versão 7.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). Um algoritmo para extração e manipulação de dados foi construído a partir dos arquivos originais, com a redação de diversas sintaxes para execução no software EpiInfo 7.0, formando arquivo único com as informações relevantes para todo o período histórico.

A escolha do software EpiInfo™, é justificada por ser um software de fácil utilização em locais com conectividade de rede limitada ou recursos limitados para software comercial e profissional de suporte de tecnologia da informação. O mesmo é flexível, dimensionável e livre, permitindo a coleta de dados e análises estatísticas.

Posteriormente, foram obtidas as frequências de casos de Hipertensão, Diabetes e Hipertensão com Diabetes por sexo e idade. Foi realizada uma análise da série histórica para identificação de tendências de crescimento da Hipertensão, Diabetes e Hipertensão com Diabetes no município de Sobral. Para análise dos dados, optou-se pela construção de gráficos.

Infere-se ainda, que o estudo obteve parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú no mês de novembro do ano de 2013, com número de parecer 470.655, sendo orientado a partir da Resolução de no 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Resultados e Discussões

Diante da Situação de Saúde do Brasil, torna-se relevante a observação da situação epidemiológica da HAS e/ou DM em Sobral através de dados coletados no DATASUS.

O Gráfico 1 representa a incidência de cadastros no sistema HIPERDIA de Sobral numa série histórica de 2004-2012 pela soma dos casos de HAS, DM e HAS+DM classificados pelas idades e agrupados triênios de notificação. Durante este período foram cadastrados um total de 10.424, sendo 26% (2.703) dos casos cadastrados entre os anos de 2004-2006, 35,5% (3.702) dos casos cadastrados entre 2007-2009 e 38,5% (4.019) dos casos cadastrados entre 2010-2012.

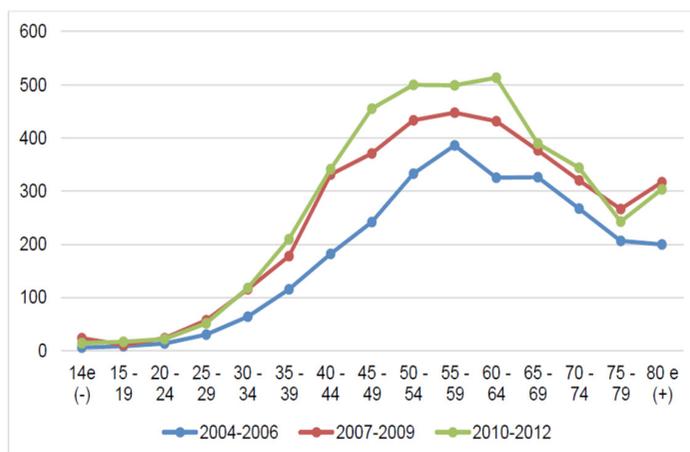


Gráfico 1 – Série histórica de 2004-2012 de hipertensão e diabetes no município de Sobral, CE.

Fonte: Própria.

Com relação à faixa etária, observa-se que a elevação da curva inicia-se na faixa de 25-29 anos e que no período de 2007 a 2012 a incidência de notificação de casos nesta faixa etária vem se apresentando cada vez mais frequente, apresentando o pico na faixa etária de 55-59 anos com regressão da curva nas faixas etárias após 60 anos.

Através destes dados podemos inferir que a notificação de casos de HAS e/ou DM apresentou um crescimento nos últimos anos, evidenciando a tendência epidemiológica que se apresenta no Brasil devido a crescente e acelerada transição demográfica, ou seja, o aumento do número de idosos no país. O gráfico também evidencia uma elevação na curva em faixas etárias mais jovens demonstrando uma tendência do aumento de notificação de diagnósticos de HAS e/ou DM vem se tornando cada vez mais precocidade.

Em um estudo realizado por Sartorelli e Franco (2003) verifica-se uma tendência do aumento da frequência do diabetes entre as faixas etárias mais jovens, cujo impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença ao sistema de saúde é relevante. O aumento das taxas de sobrepeso e obesidade associado às alterações do estilo de vida e ao envelhecimento populacional, são os principais fatores que explicam o crescimento da prevalência do diabetes. As modificações no consumo alimentar da população brasileira – baixa frequência de alimentos ricos em fibras, aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares da dieta – associadas a um estilo de vida sedentário, compõem um dos principais fatores etiológicos da obesidade, diabetes e outras doenças crônicas.

No que concerne à hipertensão na faixa etária mais jovem, verifica-se que a mesma aparece como consequência de outros fatores. Dessa forma, outros fatores de riscos devem ser considerados e ponderados como possíveis causas de

hipertensão entre os jovens, dentre eles a ingestão de álcool, o tabagismo, o uso de drogas ilícitas, a utilização de hormônios esteróides e/ou do crescimento, de anabolizantes e de anticoncepcionais orais (VI DBHA, 2010).

Em relação a hipertensão, estudos epidemiológicos têm demonstrado não só o aumento da prevalência da hipertensão com a idade, mas também a sua ocorrência associada a outros fatores de risco, de estilo de vida e metabólicos, todos independentemente associados ao aumento de risco para a ocorrência de doenças Shaw, Sicree e Zimmetanos representa a elevada morbimortalidade relacionada à condição de saúde da pessoa com HAS e/ou DM, uma vez que as doenças crônicas são responsáveis por 66% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (BRASIL, 1998).

Shaw, Sicree e Zimmet (2010) estimaram a prevalência de diabetes, tendo como referência a população mundial do ano de 2010, e obtiveram projeções para 2030 em diversos países do mundo, entre eles o Brasil. De acordo com as estimativas, entre 2010 e 2030, haverá um aumento de 69% no número de adultos com diabetes, na faixa etária de 20-79 anos, nos países em desenvolvimento e um aumento de 20% nos países desenvolvidos.

No Brasil, a frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2013). Com relação à DM a prevalência na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 e aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos apresentam a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes (BRASIL, 2013).

Tal afirmativa reforça a hipótese de que o município de Sobral segue a tendência nacional em relação ao crescimento nos casos notificados de HAS e DM, cada vez mais precoce e que a idade é fator determinante para esta tendência.

O gráfico 2 representa a notificação de casos de Hipertensão, Diabetes e Hipertensão com Diabetes classificados por sexo e agrupado por triênios de uma série histórica do ano de 2004 a 2012. O gráfico apresenta os casos notificados em pessoas do sexo masculino na barra superior, os casos notificados em pessoas do sexo feminino na barra mediana e o somatório de casos em ambos os sexos na barra inferior. Podemos observar uma elevação contínua de notificação de casos em ambos os sexos, sendo mais incidente em pessoas do sexo feminino sendo notificados 1.763 (65,22%) casos no triênio de 2004-2006, 2.459 (66,42%) casos no triênio de 2007-2009 e 2.634 (65,54%) casos no triênio de 2010-2012, em detrimento de 940 (34,78%) casos notificados no sexo masculino no triênio 2004-2006, 1.243 (33,58%) casos notificados no triênio de 2007-2009 e 1.385 (34,46%) casos notificados.

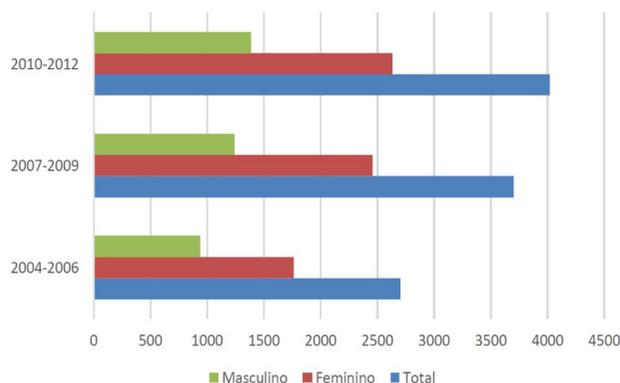


Gráfico 2 – Hipertensão e Diabetes por sexo em Sobral, CE, de 2004-2012

Fonte: Própria.

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%) (BRASIL, 2013). Ao analisar a DM de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%) (BRASIL, 2013).

Em Sobral, a média de notificação de casos de Hipertensão, Diabetes e Hipertensão e Diabetes para pessoas do sexo feminino é de 65,72% em relação a 34,28% de notificações no sexo masculino, esta afirmação reforça a ideia de que Sobral segue a tendência nacional.

Nessa perspectiva, na área de abrangência estudada, o perfil epidemiológico dos indivíduos com Diabetes mellitus e hipertensão caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino, pois, no planeta, a população feminina é maior que a masculina, segundo dados mundiais. Este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres acometidas, e ainda que são diagnosticadas por procurarem mais frequentemente os serviços de saúde (MIRANZI, 2008).

Cotta et al. (2009) corroboram ao afirmar que a predominância do sexo feminino pode ser explicada pelo fato de que as mulheres têm maior acessibilidade aos serviços de saúde. Acessibilidade esta que pode estar relacionada à existência de um maior número de programas de saúde na Atenção Básica direcionados às mulheres quando comparado aos homens, acrescido ao fato de que, na maioria das vezes, são as mulheres que acompanham as crianças aos serviços de saúde, facilitando assim o acesso às atividades e às equipes de saúde.

Os gráficos 3 e 4 demonstram a tendência do aumento de registro de casos de HAS e/ou DM no Ceará e em Sobral em uma série histórica de dez anos, através de uma curva exponencial.

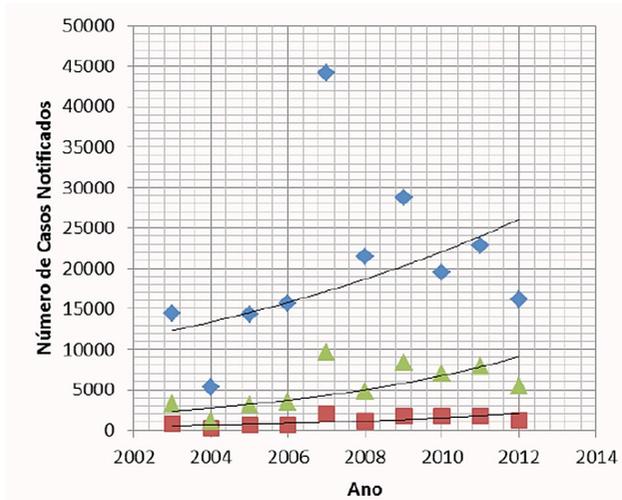


Gráfico 3 – Tendência de crescimento da Hipertensão, Diabetes e Hipertensão com Diabetes no Ceará

Fonte: (PAIVA, 2014)

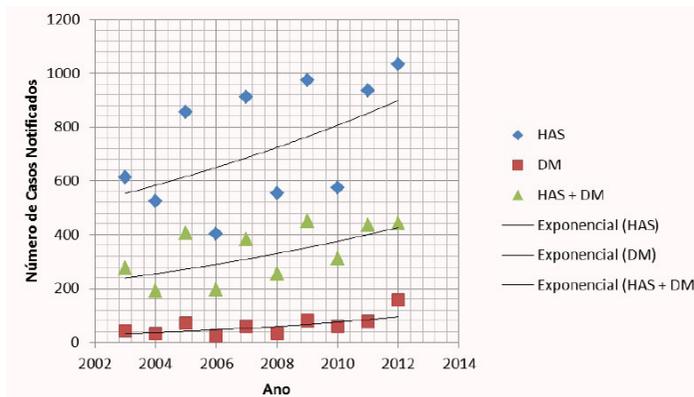


Gráfico 4 – Tendência de crescimento da Hipertensão, Diabetes e Hipertensão com Diabetes em Sobral, CE

Fonte: Própria.

Os achados evidenciam o crescimento significativo nos registros de HAS e/ou DM tanto no Ceará quanto em Sobral, o que revela uma equivalência no crescimento em ambos os casos.

Nesse sentido, infere-se a relevância de fortalecer a gestão do cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes, de forma a construir linhas de cuidados que valorizem a atenção equânime, integral, singular e humanizada, por meio de equipes multiprofissionais.

Neste contexto, o cuidado as pessoas com hipertensão e diabetes necessita da articulação dos diversos equipamentos e serviços que compõem a rede de atenção, de forma a promover ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, mas, também, uma visão global das suas condições de vida (BRASIL, 2008).

Assim, a gestão do cuidado as pessoas com hipertensão e diabetes precisa considerar a existência do cuidador, o uso da tecnologia leve, o projeto terapêutico adequado, a existência da rede de serviços que suporte as ações necessárias, o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais (MALTA; MERHY, 2010).

Considerações Finais

A partir da realização do estudo, verifica-se que o município de Sobral apresenta um crescimento no número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no programa HIPERDIA do ano de 2003 a 2012, com desenho epidemiológico em que se torna cada vez mais frequente a detecção de casos em jovens entre 25 e 29 anos, cujo crescimento se inicia em adultos jovens com pico entre pessoas que tenham em média 55 anos, tornando a reduzir após os 60 anos, o que demonstra um alto índice de mortalidade relacionada à HAS, DM e suas comorbidades. Além disso, a condição crônica de saúde é a que mais está relacionada a anos de vida perdidos por incapacidade no Brasil.

Assim, pondera-se que a organização da Atenção Primária à Saúde para a promoção da atenção integral à pessoa com hipertensão e diabetes com base na gestão do cuidado, precisa ser centrada em equipes multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e usuários, levando em conta os determinantes sociais da saúde.

Neste ínterim, os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da Hipertensão e da Diabetes. Assim, infere-se a relevância de uma prática centrada na pessoa, de forma a envolver usuários e cuidadores, individual e coletivamente, na definição e implementação de estratégias de vigilância, prevenção e controle.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução a epidemiologia**. [s.l.]: MEDSI, 2002.
- BANDEIRA, M. Tipos de Pesquisa. 2008. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/lapsam/texto%201b%20-%20TIPOS%20DE%20PESQUISA.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA.** Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta Nº 112, de 19 de junho de 2002. **Dispõe sobre o fluxo de alimentação da base nacional do Hiperdia.** Brasília, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para a promoção, prevenção e controle de DCNT.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. (org.). **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Vozes, 2008.

COTTA, R. M. M. *et al.* Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: GRABOIS, V.; MENDES, W.; GONDIM, R. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2011, 480 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. Organização de GIL, A. C. São Paulo: Atlas, 2002.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** (Botucatu), v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **Programa Mãe Curitibana:** uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná. Lima: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

_____. **Revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. Belo Horizonte:** Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto – enferm.** (online), v. 17, n. 4, p. 672-679, 2008.

MOSERI, E. **Metodologia da Pesquisa**. Brasília, 2013.

PAIVA, G. M. **Gestão da Clínica do Programa de HIPERDIA**. 2014. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2014.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, 2006.

PORTELA, M.; MARTINS, M. Gestão da qualidade em saúde. In: LOPES, C. M. B.; BARBOSA, P.R. (Org.). **Educação a distância**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2008. p. 70-81.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**. v. 81, n. 1, p. 4-14, 2010,

VERAS, R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 72-85, 2001.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010.

8.

Avaliação do Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família em São Luís-MA

Maria dos Remédios da Silva Lira

Nair Portela Silva Coutinho

Introdução

A Atenção Básica (AB) no Brasil cujo princípio organizativo preconiza a descentralização, deve situar-se no local mais próximo da vida das pessoas, uma vez que funciona como o primeiro contato dos usuários, sendo considerada a porta preferencial de entrada e o núcleo de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Explicitando, assim, a importância da orientação pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Em busca de um Sistema Único de Saúde (SUS) humanizado e tendo a Atenção Básica como um espaço privilegiado, em 2004 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no SUS, conhecida como Humaniza SUS, desenvolvida de modo a qualificar o SUS e estabelecer, na prática, suas diretrizes (BRASIL, 2006).

A PNH (2006, p. 7) definiu, então, como humanização “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”. Tendo, portanto, um caráter transversal, qualificando a comunicação no sistema; explicitando a estreita relação entre atenção e gestão, garantindo a integralidade do cuidado e produção de saúde; evidenciando o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos (SCHOLZE; DUARTE JR.; FLORES E SILVA, 2009).

O acolhimento, portanto, é compreendido a partir da PNH (2004), como o processo característico das práticas de produção e promoção de saúde que corresponsabiliza o trabalhador e ou equipe pelo usuário, ouvindo sua queixa, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio de articulação das redes de assistência à saúde.

Para Faria (2009), só é possível debater acolhimento nos serviços de saúde fazendo memória aos princípios do SUS estabelecidos na Lei nº 8.080, tais como: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços nos diversos níveis de assistência. E, ao discuti-lo, surge o cuidado como ação humana fundamental.

A prática do acolhimento no cotidiano apresenta uma inversão na lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, baseado no tripé: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo acesso e universalidade; reorganizar o processo de trabalho, com deslocamento do eixo centrado no profissional médico para uma equipe multiprofissional e, por fim, qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (SOUZA et al., 2008).

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), assim como na Estratégia Saúde da Família (ESF) o acolhimento é a “porta” de acesso, o primeiro contato do usuário com o

serviço de saúde deve ser compreendido como uma estratégia de escuta qualificada, que permite identificar necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, realizando um encaminhamento adequado frente às necessidades apresentadas pelo usuário (MOTA, 2009).

No caso das políticas e serviços de saúde, a avaliação tem encontrado destaque, ocorrendo um crescente interesse nessa prática. No Brasil, apontam-se mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, tais como o processo de descentralização apontando responsabilidades dos entes federativos, ações e recursos; demonstrando a complexidade do perfil epidemiológico do país e a exigência, cada vez maior, do controle dos gastos em saúde (FIGUEIRÓ; THULER; DIAS, 2008).

Esse crescimento na prática de avaliar os serviços, programas, ações e políticas tem tornado evidente o papel fundamental da avaliação no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

A Política Nacional de Humanização foi inspiração para que o município de São Luís, por meio da Secretaria de Saúde de São Luís (SEMUS) começasse, ainda em 2004, a trabalhar a PNH com a implantação do Programa “Conte Comigo”, sendo o primeiro contato de acolhimento ao usuário. Em 2005, a Superintendência em Saúde de Educação em Saúde se reuniu com os gestores das Unidades de Saúde para apresentação da PNH, objetivando construir uma Política Municipal de Humanização (COUTINHO et al., 2007).

Em maio de 2006 foi lançada, oficialmente, a PMH através do Seminário de Humanização, houve publicação de várias cartilhas, como: Manual da PMH, Manual do Grupo de Trabalho Humanizado (GTH), Cartilha dos direitos e deveres de pacientes hospitalizados, além da implantação de 64 (sessenta e quatro) GTH formados por gestores, trabalhadores e usuários do Sistema de Saúde. Em 2007 houve capacitação dos membros dos GTH's com o curso: “Caminhos para o extraordinário” com a proposta de um atendimento com eficiência e eficácia à população de São Luís (COUTINHO et al., 2007).

Portanto, o estudo em questão traz como pergunta norteadora: Como o acolhimento tem acontecido nas Unidades de Saúde de São Luís?

Atuando como enfermeira de uma equipe de Saúde da Família (eSF) em Unidade Básica de Saúde na periferia de São Luís, deparo-me frequentemente com situações em que o exercício do acolhimento seria extremamente benéfico, visto que contribuiria para que o usuário em busca de atendimento fosse direcionado da forma mais adequada quanto ao agravo e ou sofrimento apresentado. Contudo, o que se observa é a ocorrência de certa fragilidade na identificação dos usuários que deveriam ser prioridade no acesso ao atendimento, o que provoca

dificuldade no fluxo desse paciente, demora na resolução do agravo/sofrimento, sobrecarga de alguns profissionais, estresse dos usuários, gerando, assim, descrédito no serviço de saúde.

Na Atenção Primária, o acolhimento apresenta-se como uma possibilidade de reorganização do processo de trabalho na UBS com ou sem a equipe de Saúde da Família com o objetivo de prestar aos usuários um atendimento humanizado, com resposta mais rápida a sua demanda, no instante em que busca o serviço de saúde; otimizando e viabilizando a resolução das ações desenvolvidas. Todas essas questões despertaram meu interesse de avaliar o acolhimento nas Unidades de Saúde da Família.

Esta pesquisa teve, como objetivo geral, a avaliação do acolhimento nas unidades de saúde da família no município de São Luís-MA, na perspectiva do usuário, profissional de saúde e do gestor e, como objetivos específicos, a caracterização das condições de acolhimento no acesso ao serviço, assim como as relações de vínculo dos usuários com o serviço de saúde; a verificação da escuta qualificada no processo de trabalho nas unidades básicas; e a identificação de resolubilidade do serviço na promoção e produção de saúde nas unidades básicas.

Método

O estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação da qualidade dos serviços da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no município de São Luís, Maranhão”, que avaliou a qualidade da Atenção Básica do município levando em conta as Equipes de Saúde da Família e as informações obtidas do gestor, do profissional de saúde e da utilização dos serviços pelos usuários.

Tipo de estudo

Descritivo, avaliativo e de abordagem quantitativa do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). De acordo com Figueiredo (2008), nesse tipo de pesquisa, o principal objetivo é a descrição de características de determinada população ou fenômeno, fatos observados, registrados, analisados, classificados e interpretados por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário, sem que o pesquisador interfira neles.

Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, que ocupa uma área de 834, 780 km² em um Estado de 331.935,507 Km². Segundo dados do Censo 2010 – IBGE, o município possui 1.014.837 habitantes. O estudo foi realizado de janeiro de 2010 a março de 2011.

A rede de serviços de saúde do município de São Luís, em julho de 2011, estava modelada por 41 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 91 equipes da Estratégia

gia Saúde da Família (ESF), 2 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 4 Unidades Mistas, 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 3 Centros de Especialidades Médicas, 4 Projetos Salvamar, 4 Hospitais de Urgência e Emergência, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), 2 Centros de Atendimento Psicossocial, 3 Residências Terapêuticas, 1 (um) Hospital da Mulher e 1 (uma) Maternidade, de acordo com a gestão municipal.

População e amostra

A composição da população deste estudo foi feita com a participação de gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços das Unidades Básicas de Saúde da Família.

Critérios de Inclusão:

Para profissionais e gestores, mínimo de seis meses de experiência na UBSF;

Para usuário adulto e usuário menor de idade, deveria estar cadastrado na ESF, ter sido atendido, anteriormente, pela equipe ou aguardando atendimento. Os adultos devem ter no mínimo 18 anos e, para os menores de idade ou incapacitantes, os acompanhantes responderiam o questionário.

No caso dos gestores e profissionais, foi utilizada toda a população. No total foram 54 gestores: 39 diretores das Unidades de Saúde da Família, 12 supervisores de área da Estratégia Saúde da Família (ESF), e 3 coordenadores do nível central da Secretaria de Saúde. Quanto aos profissionais, 89 eram da medicina, e 89 eram enfermeiros. Na época da coleta de dados havia de fato 79 ESF, totalizando 158 profissionais (79 médicos e 79 enfermeiros). Dos que atendiam o critério de inclusão e quiseram participar da pesquisa restaram 80 profissionais sendo 58 enfermeiros e 22 médicos. E, no caso dos gestores, 32 participaram do estudo.

Quanto aos usuários, calculou-se uma amostra por conglomerado em duas etapas. Das 41 UBSF, 1 (uma) unidade estava em reforma e outras ficaram excluídas do sorteio. Então, foram selecionadas aleatoriamente 20 UBSF, já que nessas unidades existiam 44 ESF em funcionamento que foram automaticamente incluídas no estudo. Em seguida, a amostra de usuários foi selecionada dentro das Unidades de Saúde sorteadas.

Para definir o tamanho dessa amostra, usou-se a fórmula:

$$n = 4(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 / (\delta/\sigma)^2$$

$$(\delta/\sigma)^2$$

n = tamanho amostral

$Z_{1-\alpha/2}$ = valor da distribuição normal correspondente à probabilidade de erro tipo 1 (0,05);

$Z_{1-\beta}$ = valor da distribuição normal correspondente à probabilidade de erro tipo 2 (0,8);

δ = diferença entre o valor médio postulado e o valor hipotizado;

σ = desvio padrão das médias.

Levando em conta a possibilidade de existir mais semelhanças entre os usuários da mesma unidade de saúde do que entre os usuários de unidades diferentes, foi necessário controlar essa correlação no cálculo da amostra, multiplicando o tamanho amostral pelo efeito do desenho, usou-se a fórmula: $1+\rho(m-1)$.

Onde: ρ = correlação intraclasse e m = número de observações por conglomerado.

O valor da correlação intraclasse era desconhecido, utilizou-se o estudo de Almeida e Macinko (2006) como referência e foi considerado $\rho = 0,25$.

A amostra foi calculada em 834 usuários da ESF, foram acrescentados 10% para garantir representatividade e cobrir possíveis perdas, ficando o tamanho da amostra em 917 usuários. Esse valor foi dividido entre as 44 ESF, resultando em 21 usuários a serem entrevistados após as devidas aproximações em cada ESF.

Ao término da coleta de dados foram entrevistados 882 usuários, destes, 649 eram usuários adultos e 233 acompanhantes de usuários menores de idade ou incapacitantes.

Instrumentos de Pesquisa

A partir dos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, foram utilizados questionários validados, elaborados na Universidade John Hopkins e validados no Brasil no estudo realizado por Almeida e Macinko (2006) para avaliação da rede básica do município de Petrópolis. O instrumento contempla os atributos da atenção primária proposta por Starfield: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, integralidade, coordenação dos serviços, centralidade na família, orientação para a comunidade e formação profissional.

Foram aplicados 4 tipos de questionários de acordo com a avaliação que se pretendia realizar; com os profissionais, com os gestores, os usuários adultos e com os acompanhantes de menores de 18 anos ou incapacitantes.

O instrumento utilizado foi construído para trabalhar com os atributos da Atenção Básica, entretanto foi possível identificar características e variáveis que correspondiam ao objeto de estudo: o acolhimento, o que permitiu uma nova visão do próprio instrumento.

Cada questionário apresentava o quantitativo de aproximadamente 100 perguntas específicas, correspondendo aos atributos da atenção básica. Após a identificação das questões relacionadas ao acolhimento, foram selecionadas 35 (trinta e cinco) variáveis do instrumento que são: (1) oferta de medicamento; (2) oferta de equipamento; (3) consulta médica em 24h; (4) funcionamento da UBS nos fins de semana; (5) funcionamento da UBS após as 18h; (6) telefone para informação quando a UBS está aberta e (7) quando ela está fechada; (8) tempo de es-

pera para atendimento; (9) resolução de dúvidas por telefone como profissional que o atendeu; (10) normas para referenciar; (11) uso de normas para referência; (12) visita domiciliar; (13) examinado pelo mesmo profissional; (14) tempo para manifestação de dúvidas; (15) participação do usuário em caso de transferência; (16) permissão para olhar o prontuário; (17) disponibilidade de prontuário durante consulta; (18) investigação sobre doenças de outros membros da família; (19) possibilidade de falar com a família do usuário; (20) utilização dos prontuários pelos profissionais; (21) informação escrita no processo de referência; (22) organização do prontuário por família; (23) organização dos serviços baseado na necessidade da comunidade; (24) facilidade em conseguir consulta; (25) busca pela UBS; (26) busca a UBS para ações preventivas; (27) encaminhamento pelo profissional da UBS; (28) a UBS atende as necessidades de saúde do usuário; (29) compreensão dos profissionais sobre as perguntas dos usuários; (30) profissional responde de forma clara às perguntas dos usuários; (31) registro das queixas nos prontuários; (32) percepção do usuário somente e como doente; (33) percepção do usuário como ser humano completo; (34) interesse sobre condições de vida do usuário e família; (35) interesse pela opinião do usuário sobre seu tratamento.

As variáveis foram agrupadas em 4 categorias para melhor caracterização do acolhimento e foram nominadas utilizando termos presentes no conceito de acolhimento da PNH: (a) acesso; (b) escuta qualificada; (3) vínculo e (4) resolubilidade.

Foram utilizadas 6 opções de resposta para cada item. Cada resposta foi convertida em um escore que variou de 1 a 6; quanto maior o escore melhor a avaliação com maior percentual de obtenção do atributo (Quadro 1).

Quadro 1 – Tipos de resposta e parâmetros de classificação da capacidade e do desempenho da Estratégia Saúde da Família. São Luís, 2011

Tipos de Respostas	Parâmetro		
	Escore	Percentual de obtenção	Grau de Obtenção
Nunca	1	0%	Crítico
Quase nunca	2	1% – 20%	
Algumas vezes	3	21% – 40%	Insatisfatório
Muitas vezes	4	41% – 60%	
Quase sempre	5	61% – 80%	Satisfatório
Sempre	6	81% – 100%	

Coleta de dados

Os dados foram coletados por uma equipe treinada em todas as etapas, sendo composta por alunos de Iniciação Científica e mestrandas da Pós-Graduação em

Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, e ainda alunos voluntários de Curso de Graduação em Medicina e Enfermagem.

Os gestores supervisores de área da ESF e coordenadores do nível central foram entrevistados na SEMUS. Enquanto que os profissionais de saúde e gestores locais foram entrevistados na própria unidade, bem como os usuários que estavam aguardando atendimento. As visitas às UBSF foram realizadas em dias e turnos diferentes.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo de número 2311500 8870/2009-76. As entrevistas foram iniciadas somente após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B), respeitando-se os princípios éticos e legais da Resolução nº 196/96 e suas complementares. Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA.

Análise dos dados

Para avaliação, análise e discussão dos resultados, as variáveis selecionadas do banco de dados original estavam relacionadas com o objeto do estudo – o acolhimento – sendo, posteriormente, organizadas em categorias para compreensão e conclusão da análise.

A separação entre usuários adultos e acompanhantes de usuários menores de 18 anos foi realizada para a coleta de dados, entretanto, para análise foram agregados todos como usuários.

Para compreender com mais nitidez a análise e discussão dos resultados das variáveis referentes ao acolhimento, estas foram agrupadas nas categorias:

Categoria Acesso: oferta de medicamento, oferta de equipamentos, consulta médica em 24h, funcionamento da UBS em fins de semana, funcionamento da UBS após as 18h, tempo de espera para atendimento, permissão para olhar o prontuário, disponibilidade do prontuário durante a consulta, facilidade em conseguir consulta.

Categoria Resolubilidade: normas para referenciar, uso de normas para referência, resolução de dúvidas por telefone com profissional que o atendeu, utilização do prontuário pelos profissionais, organização do prontuário por família, organização dos serviços baseada na necessidade da comunidade, referenciamento pelo profissional da UBS, se a UBS atende às necessidades de saúde dos usuários, telefone para informação quando a UBS está aberta, telefone para informação quando a UBS está fechada, informação escrita no processo de referenciar.

Categoria Escuta Qualificada: tempo para manifestação de dúvidas, participação do usuário em caso de transferência, compreensão dos profissionais sobre as

perguntas dos usuários, profissional responde de forma clara às perguntas dos usuários, registro das queixas nos prontuários, percepção do usuário somente como doente, percepção do usuário como ser humano completo, interesse pela opinião do usuário sobre seu tratamento.

Categoria Vínculo: visita domiciliar, examinado pelo mesmo profissional, investigação sobre doença de outros membros da família, possibilidade de falar com família do usuário, busca pela UBS, busca a UBS para ações preventivas, interesse sobre condições de vida do usuário e família.

Os resultados foram descritos e dispostos em tabelas para melhor compreensão. Na análise dos dados, utilizou-se frequências relativas (percentuais) dos indicadores de cada categoria dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

O Índice Composto do acolhimento foi obtido através da soma das médias de todos os indicadores. Ele indica a experiência total da UBSF em realizar o acolhimento. Foram utilizados os *softwares* STATA 10.0 para processamento e conclusão da análise dos dados.

Resultados

Tabela 1 – Escores dos indicadores de acolhimento nas Unidades de Saúde da Família, segundo sujeito entrevistado. São Luís, 2011.

Indicador	Usuários		Profissional		Gestor	
	Escore	IC95%	Escore	IC95%	Escore	IC95%
Acesso						
Oferta de medicamentos	4,3	(4,2 – 4,4)	3,6	(3,3-3,8)	3,8	(3,4-4,2)
Oferta de equipamentos	4,5	(4,4 – 4,6)	3,5	(3,3-3,7)	3,7	(3,3-4,1)
Facilidade em conseguir consulta	2,1	(2,0- 2,3)	--	--	--	--
Consulta médica 24h	4,5	(4,4 – 4,6)	4,0	(3,7-4,3)	4,6	(4,3-4,9)
Funcionamento da UBS nos FDS	3,3	(3,1- 3,4)	1,2	(1,1-1,4)	1,4	(1,1-1,6)
Funcionamento da UBS após 18h	2,7	(2,6- 2,8)	1,1	(1,0-1,2)	1,5	(1,1-1,9)
Tempo de espera acima de 30 min	5,0	(4,9- 5,1)	3,5	(3,2-3,8)	3,8	(3,4-4,3)
Permissão para olhar prontuário	2,4	(2,2- 2,6)	4,3	(3,8-4,6)	4,9	(4,4-5,4)
Disponibilidade do prontuário durante consulta	5,2	(5,1-5,3)	5,3	(5,1-5,5)	5,8	(5,6-6,0)
Resolubilidade						
Telefone para informação quando UBS aberta	3,9	(3,7-4,0)	2,9	(2,5-3,4)	3,9	(3,2-4,6)
Telefone para informação quando UBS fechada	1,1	(1,0- 1,2)	1,4	(1,1-1,7)	1,6	(1,0-2,1)
Resolução de dúvida pelo telefone com o profissional que o atendeu	3,4	(3,3- 3,5)	2,9	(2,5-3,3)	3,2	(2,5-3,9)
Utilização do prontuário	--	--	5,7	(5,6-5,8)	5,9	(5,9-6,0)

Continuação						
Normas para referenciar	--	--	3,9	(3,6-4,3)	4,0	(3,4-4,6)
Uso de normas para referenciar	--	--	4,0	(3,7-4,4)	4,3	(3,7-4,9)
Informações escritas para referenciar	4,2	(4,0- 4,4)	4,9	(4,6-5,2)	5,0	(4,6-5,5)
Organização dos prontuários por família	--	--	5,6	(5,5-5,8)	5,9	(5,8-6,0)
Organização dos serviços baseada nas necessidades da comunidade	--	--	2,5	(2,2-2,9)	4,1	(3,6-4,7)
Referenciamento pelo profissional da UBS	5,4	(5,3-5,5)	--	--	--	--
UBS atende as necessidades dos usuários	2,9	(2,8- 3,1)	--	--	--	--
Escuta Qualificada						
Compreensão dos profissionais sobre as perguntas dos usuários	5,2	(5,1- 5,3)	--	--	--	--
Resposta clara às perguntas dos usuários	4,9	(4,8 -5,0)	--	--	--	--
Registro das queixas no prontuário	5,2	(5,1- 5,3)	--	--	--	--
Percepção do usuário como doente	3,7	(3,6-3,8)	--	--	--	--
Percepção do usuário como ser humano	3,5	(3,4-3,6)	--	--	--	--
Participação do usuário em casos de transferências	3,0	(2,8- 3,2)	4,8	(4,5-5,0)	4,8	(4,3-5,4)
Interesse sobre opinião do usuário	2,7	(2,5- 2,8)	--	--	--	--
Tempo para manifestação de dúvidas	4,7	(4,5- 4,8)	4,7	(4,5-5,0)	4,4	(3,9-4,9)
Vínculo						
Examinado pelo mesmo profissional	3,8	(3,6- 3,9)	4,6	(4,4-4,8)	4,8	(4,4-5,2)
Busca UBS para ações preventivas	4,8	--	--	--	--	--
Busca UBS	4,2	(4,7-4,9)	--	--	--	--
Investigação sobre doenças dos membros da família	2,8	(4,1-4,3)	4,8	(4,6-5,1)	5,2	(4,9-5,6)
Possibilidade de falar com a família do usuário	2,5	(2,6-3,0)	4,4	(4,1-4,7)	5,0	(4,7-5,4)
Interesse sobre condições de vida do usuário e família	1,8	(2,3-2,6)	4,6	(4,3-5,0)	5,2	(4,8-5,5)
Visitas domiciliares	4,9	(1,7-1,9)	5,6	(5,4-5,7)	5,8	(5,6-6,0)
Índice Composto do Acolhimento	3,7		4,0		4,3	

Na tabela acima estão dispostos os escores das respostas às variáveis relacionadas a cada um dos três grupos dos sujeitos da pesquisa; a ausência de dados na tabela indica que aquela variável não estava no questionário respondido pelo sujeito em questão.

Na análise sobre o acolhimento na categoria acesso, o indicador com pior avaliação para o usuário foi sobre a *facilidade em conseguir consulta*, que obteve escore de 2,1 seguido do indicador *permissão para olhar o prontuário*, com escore de 2,4. A variável *tempo de espera pelo atendimento acima de 30 minutos*, obteve escore 5,0 significando que quase sempre ou sempre, os usuários esperam mais que meia hora pelo atendimento. Para os profissionais, os indicadores com pior avaliação foram o de funcionamento da UBS nos finais de semana com escore de 1,2 e funcionamento após as 18 horas com escore de 1,1. Já para os gestores, esses escores corresponderam a 1,4 e 1,5 respectivamente. (TABELA 1)

Na categoria resolubilidade, o indicador que chama mais atenção foi se a *UBS atende as necessidades dos usuários*, que obteve escore 2,9, para usuário. Para os profissionais, o indicador com pior escore foi se a *organização do serviço é baseada nas necessidades da comunidade*, obteve escore 2,5 e para os gestores o escore foi de 4,1. (TABELA 1)

Sobre a categoria escuta qualificada, os piores escores para os usuários foram: *interesse sobre opinião do usuário* (2,7); *participação do usuário em casos de transferência* (3,0) e a sua *percepção como ser humano completo* (3,5). Na visão do profissional e gestor, a *participação do usuário em caso de transferência* obteve 4,8. (TABELA 1)

Na categoria vínculo, para o usuário, o indicador com pior escore foi o de *interesse sobre condições de vida do usuário e família* com a pontuação de 1,8; para o profissional, o escore foi de 4,6 e para o gestor foi de 5,2. (TABELA 1)

O Índice Composto do acolhimento foi obtido por meio da média dos escores de seus indicadores sendo 3,7 para usuários, 4,0 para profissionais e 4,3 para os gestores. (TABELA 1)

Dos 31 indicadores respondidos pelos usuários 9 (29%) foram considerados críticos, 17 (55%) foram tidos como insatisfatório e apenas 5 (16%) como satisfatório. Para os profissionais, eram 24 variáveis agrupadas por categorias e 6 (25%) foram consideradas críticas, 14 (58%) consideradas insatisfatórias e 4 (17%) foram satisfatórias. Enquanto que, para os gestores, dos 24 indicadores apenas 3 (13%) foram considerados críticos, 13 (54%) tidos como insatisfatórios e 8 (33%) foram tidos como satisfatórios, demonstrando portanto, que a percepção de quem gerencia se distancia, principalmente, da percepção do usuário.

Discussão

Quando comparados os percentuais de participação no estudo tanto de profissionais (44,9%) quanto de gestores (23%) fica demonstrada a dificuldade de coleta de dados com esses grupos, principalmente pela baixa participação do profissional médico (24,7%). De acordo com Cruz (2011), este impasse pode estar relacionado com o entendimento equivocado do conceito de avaliação em saúde, por este ser atrelado a juízo de valor e na lógica da sociedade moderna o julgamento ainda é associado à punição.

De acordo com a população estudada, o pouco tempo de atuação dos gestores na função e a ausência de alguns profissionais nas unidades de saúde pode ser um indicador de discordância entre a política oficial do SUS e a gestão do trabalho das equipes de saúde da família. Segundo Reis et al. (2013) para que haja uma consolidação dos processos de trabalho e gestão é necessário tempo de maturação, o que é dificultado pela rotatividade de gestores e profissionais de saúde e ainda pela pouca disponibilidade de tempo dos profissionais nas UBS.

No estudo ora apresentado, a maioria dos usuários entrevistados era composto de pessoas do sexo feminino e com ensino fundamental incompleto. Resultados de outras pesquisas também demonstram uma maior procura e demanda das mulheres pelos serviços de saúde em relação ao público masculino, visto que os homens costumam recorrer aos serviços de saúde apenas quando a doença está mais avançada (ÁVILA, 2003; CABRAL et al., 2012; GOMES, 2008; NASCIMENTO; NUNES et al., 2012).

As análises demonstram que as percepções dos gestores, na maioria dos indicadores estudados, apresentaram percentuais e escores mais elevados quando comparados com os outros dois grupos, principalmente em relação ao usuário. Deixa claro, ainda, a discordância entre a opinião de quem está na gestão e dos que utilizam os serviços.

Embora o Índice Composto do Acolhimento para os sujeitos tenha alcançado valores diferentes sendo para o usuário foi de 3,7; para o profissional 4,0 e para o gestor 4,3, tais valores indicam que o usuário não se percebe acolhido pelo serviço, mas demonstra também que tanto para os profissionais quanto para os gestores o acolhimento necessita de intervenção nos serviços da saúde da família.

Os sujeitos da pesquisa concordaram que o acolhimento visto pelo panorama do acesso apresentou fragilidades e foi considerado insatisfatório. Esse resultado foi encontrado por Correa et al. (2012) no estudo realizado em Cuiabá-MT e por Reis (2013) no estudo sobre acesso aos serviços em São Luís –MA. Tal achado evidencia que os princípios do SUS, no que se refere ao acesso, está sendo desrespeitado.

Os indicadores na categoria acesso que demandam melhoria foram: facilidade em conseguir consulta, tempo de espera pelo atendimento e a permissão para olhar o prontuário.

Divergências nas expectativas dos sujeitos envolvidos: usuários, profissionais e gestores em relação à atenção desenvolvida têm sido verificadas na literatura e foram identificadas também no estudo de Reis et al. (2013). Sobre o acesso e utilização dos serviços na ESF realizado em São Luís–MA, essa semelhança foi novamente notada nessa pesquisa.

Ficou demonstrado que os serviços das UBS não têm sido resolutivos para os usuários, fato que está de acordo com o achado no estudo de Esperança, Cavalcante e Marcolino (2006) em Minas Gerais e com o de Correa et al. (2012) ao considerar que este fato interfere na escolha do serviço e essa baixa resolubilidade gera encaminhamentos desnecessários, razão pela qual o usuário muitas vezes busca um serviço mais distante de sua residência.

Porém, em outra pesquisa realizada por Nunes et al. (2012) sobre a resolubilidade da atenção básica, que calculou o índice de resolubilidade específica, apontou que apenas 8,6% de todos os casos, atendidos na UBS estudada, foram referenciados para outros serviços. Representando, portanto, uma resolubilidade de mais de 90% dos

casos. Outro estudo realizado por Cabral et al. (2012), encontrou que apenas 7% dos usuários atendidos por médicos, em uma UBS na cidade de São Paulo, foram encaminhados para outros serviços, demonstrando que o atendimento foi resolutivo em 93% dos casos. Comprovando, assim, que é possível ter uma atenção básica resolutive.

Tal achado reforça que a Atenção Básica pode resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da população. Mas, para que isso ocorra, é necessário que os serviços sejam organizados com base nas necessidades da comunidade assistida. A lógica deveria ser um serviço centrado no usuário.

Na categoria resolubilidade, as variáveis que mais necessitam urgentemente de alinhamento são: organização dos serviços baseados nas necessidades da comunidade e a UBS atender às necessidades dos usuários.

Para o usuário não acontece a escuta qualificada, uma vez que ele não se sente ouvido. Enquanto que para os profissionais e gestores ela ocorre, e é satisfatória. Na pesquisa de Raimundo e Cadete (2012) ficou claro que a escuta qualificada é uma ferramenta que surge apenas nos espaços coletivos.

Cavalcante Filho (2009) refere que, com a escuta qualificada, seria garantida a universalidade ao atendimento ao usuário. E a necessidade do sujeito é que definiria a configuração das ofertas de ações e serviços já que a responsabilização com o usuário orientaria o processo de trabalho, e não o contrário.

No estudo de Brehmer e Verdi (2010), em uma de suas categorias, há evidências que demonstram o desejo de o usuário querer sentir-se acolhido, escutado por ter vivenciado experiências no cotidiano da UBS, que se configuraram em relatos de exclusão e de negação do direito à saúde.

No panorama da escuta qualificada, o que mais demanda intervenção são os indicadores, a percepção do usuário como ser humano completo e o interesse sobre a opinião do usuário quando de seu tratamento pelos trabalhadores de saúde.

Nesta pesquisa, apresenta-se e aponta-se a necessidade de reflexão sobre valores assumidos na PNH, traz-se à tona a importância do acolhimento nos serviços de saúde e retomam-se questões de bioética com relação à autonomia do paciente/usuário, quando o profissional de saúde não percebe o usuário como ser humano completo, a sua complexidade e ainda o pouco interesse do profissional da saúde em relação à opinião do usuário sobre seu próprio tratamento. É um princípio que se refere ao respeito devido aos direitos fundamentais do homem, inclusive o da autodeterminação (SGRECCIA, 2002).

No caso desta pesquisa, para o usuário, o vínculo foi considerado insatisfatório, fato que expressa a fragilidade dos laços que os usuários possuem com o serviço da saúde da família. Enquanto que, para profissionais e gestores, o vínculo acontece e é satisfatório.

Como o vínculo está diretamente ligado à relação entre usuário e profissional de saúde, sendo proposta da ESF a descrição de um território e população, para

cada equipe de saúde da família, segundo Cunha (2009) esta pode ser traduzida na utilização da UBS como fonte regular de cuidado continuado e preventivo.

Um vínculo mais estreito entre a ESF e os usuários deveria ser rotina nas UBSF, no entanto o que se percebe é uma ação que contraria os próprios princípios do SUS e da atenção básica. O que, de acordo com Coelho e Jorge (2009) fortaleceria a familiaridade e participação do usuário no processo. Na pesquisa desses autores ficou nítida, na fala dos usuários, a necessidade do estabelecimento de contato entre profissional e usuário, para conhecer o paciente, manter vínculo e uma sequência no acompanhamento desse usuário.

Constatou-se também que, na categoria vínculo, o que mais necessita ser melhorado é o indicador: interesse sobre condições de vida do usuário e família. Novamente fica demonstrado que o olhar de quem está na gestão se distancia de quem deveria ser o objetivo do serviço, ou seja, o usuário.

Por fim, é necessário, pontuar sobre o *PCATool* utilizado nesta pesquisa, pois sendo um instrumento quantitativo, feito para avaliar de forma numérica um objeto, conseguiu mensurar e obter escore para o objeto – acolhimento – que possui características qualitativas, o que se pode definir como um desafio, porém, demonstrou-se as potencialidades, ocorrendo assim, ampliação e novas possibilidades na utilização do instrumento em outros estudos.

Considerações Finais

O acolhimento nas unidades de saúde da família necessitam de intervenções urgentes. Ficou demonstrado que os usuários consideram o acolhimento insatisfatório, com índice composto (IC) de 3,7, quando analisados os 31 indicadores dos usuários, a insatisfação ficou ainda mais comprovada apresentando 54,8% como insatisfatório. Para os profissionais foram 24 obtiverem avaliadas, que obteve índice composto de 4,0 e foi considerado 58% de insatisfatório. Enquanto que, para os gestores, o Índice Composto foi 4,3 e somente 33% dos indicadores foram considerados insatisfatórios.

Considerou-se, portanto, que o acolhimento pode favorecer a reorganização dos serviços de saúde e a qualificação da assistência prestada, quanto aos objetivos específicos, estes tinham como finalidade caracterizar as condições de acesso, identificar a ocorrência de resolubilidade nos serviços da UBSF, verificar a escuta qualificada no processo de trabalho e caracterização das relações de vínculo, na perspectiva do usuário, profissional e gestor nas UBSF em São Luís.

Para que estudos como este possam trazer efetivas contribuições ao atendimento em saúde, faz-se necessário que os profissionais de saúde e gestores repensem suas práticas, e que busquem sempre atuar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Na avaliação dos serviços, a escuta da opinião de quem recebe a assistência é um elemento importante, bem como ocorre a organização do serviço e o processo de trabalho. Foram identificados alguns fatores que dificultam o acesso, tais como a espera prolongada pelo atendimento, dificuldade em conseguir consulta, o funcionamento da UBS, a organização do serviço que não está de acordo com as necessidades da comunidade, o fato de o usuário não ser percebido como ser humano completo, o da não participação nos casos de transferência para outros serviços, o baixo interesse sobre a opinião do usuário sobre seu tratamento e baixo interesse sobre condições de vida do usuário e família.

Questões como estas, aqui referidas e pesquisadas, podem não apenas ser consideradas, mas, sobretudo, devem, sim, provocar reflexões, principalmente nas práticas cotidianas nos serviços de saúde tanto dos profissionais como dos gestores.

Referências

ALMEIDA, C. A.; MACINKO, J. Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica. In: _____. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: OPAS/MS, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde)

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública.**, v.19, n.2, p.465-469, 2003.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 3, p.3569-3578, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – material de apoio 3**. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAVALCANTE FILHO, J. B. *et al.* Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface – Comunic. Saúde. Educ.**, v. 13, n. 31, p. 315-28, out./dez. 2009.

COUTINHO, A. F. *et al.* (Org.). **Política Municipal de Humanização**. Secretaria Municipal de Saúde de São Luís. Ed: SEMUS, 2007.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In : MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.181-199. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 20 mar. 2014.

- ESPERANÇA, A. C.; CAVALCANTE, R. B.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **REME –Rev. Min. Enf.**, v.10, n.1 p.30-36, jan./mar., 2006.
- FIGUEIRÓ, A. C.; THULER, L. C.; DIAS, A. L. F. Padrões Internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Z.M.A., FELISBERTO, E; SILVA L.M.V. (Orgs.). **Meta avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- MOTA, P. de P. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do Processo de trabalho no Programa Saúde da Família**. 2009, 27 f. TCC – Especialização para obtenção de título de especialista em Atenção Básica e Saúde da Família.
- NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.7, p.1556-1564, 2008.
- NUNES, A. A. et al. Resolubilidade da Atenção Básica e o PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 36, p.27-32, 2012.
- RAIMUNDO, J. S; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul Enferm.**; 25 (Número Especial 2), p.61-67, 2012 .
- REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013.
- SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.
- SGRECCIA, E. **Manual de bioética I: Fundamentos e ética biomédica**. 2. ed. São Paulo. Loyola, p.686, 2002.
- SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup1: S100-S110, 2008.

9.

**Avaliação da
Longitudinalidade do
Cuidado ao Idoso na
Estratégia Saúde da
Família da Regional
Sul de Teresina-PI**

Svetlana Coelho Martins

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Introdução

O envelhecimento da população é hoje um fenômeno mundial, que vem ocorrendo de forma crescente tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, válido somente em países em desenvolvimento e o limite de 65 anos quando se trata de países desenvolvidos. Assim, emprega-se neste estudo 60 anos ou mais como referencial para o ingresso na terceira idade, conforme o Estatuto do Idoso vigente na Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003).

Isso representa um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários. Moraes (2008) destaca que esse crescimento é resultante da alta fecundidade no passado (anos 1950 e 1960) e do aumento da expectativa de vida da população. A queda na taxa de fecundidade atual resulta em uma mudança na distribuição etária da população brasileira, tornando os idosos um componente cada vez mais expressivo na população total.

Paralelamente ao envelhecimento e ao aumento de expectativa de vida dos brasileiros, surge a transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas, que se caracterizam pela sua longa evolução clínica e irreversibilidade. Tais condições interferem diretamente na qualidade de vida da população idosa, tornando-a frágil e vulnerável.

Os dados demográficos mostram a necessidade urgente dos gestores observarem o panorama dessa transição, analisando as ações voltadas a essa população na Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista ser esta estratégia a proposta prioritária de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de reorganização da Atenção Básica no Brasil.

É válido destacar que, embora a ESF tenha avançado em cobertura dos municípios brasileiros, esta expansão nem sempre tem correspondido a mudança no modelo de atenção (GIOVANELLA *et al*, 2009). Dentre os limites para a organização e consolidação da ESF, a literatura aponta aqueles relacionados às práticas profissionais e de gestão (GIL, 2006; PEDROSA; TELES, 2001) a falta de integração dos serviços no sistema de saúde e coordenação dos cuidados (ESCOREL *et al*, 2007; ALMEIDA *et al*, 2010) e pouco investimento na produção e inovação tecnológica aplicada aos processos de monitoramento e avaliação dos resultados da ESF (SOUSA; HAMANN, 2009).

De acordo com Campos (2005) faz-se necessário a institucionalização da avaliação na Atenção Básica, como prioridade para o fortalecimento da ESF e, para isso, deve-se buscar instrumentos e metodologias simples, factíveis e operacionais. O Ministério da Saúde, em 2011, lançou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), e entre os objetivos do Programa,

destaca-se a institucionalização da cultura de avaliação a partir, principalmente, de processos autoavaliativos de gestores e profissionais (BRASIL, 2012).

Há uma dicotomia na saúde de quem planeja e quem executa, cabendo aos gestores planejar e, por vezes, avaliar, ocorrendo que não há a participação dos profissionais. As ações de saúde não são avaliadas e, conseqüentemente, não planejadas, caindo por vez no imediatismo e em práticas alienadas. O profissional da ESF deve ser agente participativo nos processos de avaliação, pois a ESF como eixo estruturante do SUS deve ser avaliada, buscando o direcionamento para a consolidação do sistema de saúde.

Embora seja necessária a avaliação da Atenção Básica, partindo dos sujeitos envolvidos *in loco*, sabe-se da tarefa desafiante, tendo em vista a multiplicidade de serviços, ações e a dimensão a que ela se responsabiliza. Portanto, faz-se necessário identificar se os atributos essenciais da Atenção Primária/Atenção Básica estão sendo contemplados e se as necessidades de saúde dos usuários idosos estão sendo atendidas no cotidiano das equipes que compõem a ESF da Diretoria Regional de Saúde Sul de Teresina.

Para Starfield (2002), a longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da Atenção Primária em Saúde (APS)]; tal atributo pressupõe uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Salienta-se que, neste estudo, adotaremos o conceito desta autora e os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária em Saúde (APS) como equivalentes.

O termo longitudinalidade não é usual no contexto da AB/APS no Brasil, utiliza-se comumente “cuidado continuado”. A Portaria 24.888, 21 de outubro de 2011 dispõe que a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenias decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

Em uma revisão sistemática realizada por Cunha e Giovanella (2009), sobre longitudinalidade/continuidade do cuidado foram apontadas três dimensões deste atributo da ABS/APS no contexto do SUS: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e a continuidade informacional. Tais elementos são identificados como dimensões da longitudinalidade.

Considerando a complexidade dos problemas apresentados pela população idosa no âmbito da ESF, o desafio da avaliação em saúde e a importância da Saúde da Família para uma Atenção Primária/Atenção Básica resolutiva, nos propomos realizar este estudo. Tratando-se da Atenção Básica, no que se refere

a longitudinalidade do cuidado, nos parece um recorte representativo desta realidade para ser avaliado. Portanto, este estudo tem, como objeto de investigação, a avaliação dos aspectos estruturais e processuais da longitudinalidade do cuidado ao idoso da ESF da Regional de Saúde Sul de Teresina-PI. Para tanto, nos apoiaremos em dois referenciais: de avaliação, Donabedian (2003) e conceitual de longitudinalidade do cuidado, Starfield (2002).

Método

Tipo de estudo/Abordagem

Estudo avaliativo-descritivo, com abordagem quantitativa a partir do modelo sistêmico proposto por Donabedian, considerando os componentes estrutura e processo.

Donabedian desenvolveu uma classificação de possíveis abordagens para a avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: input-process-output (SILVA, FORMIGLI, 1994).

Donabedian (2003) ressalta que estrutura, processo e resultados não são atributos da qualidade em saúde, mas sim abordagens (*approaches*) pelas quais se obtêm dados sobre a presença ou ausência dos atributos que constituem a qualidade.

O Modelo Sistêmico de avaliação, proposto por Donabedian (2003), foi adotado como o referencial teórico para o estudo, tendo em vista ser ainda o referencial mais utilizado para avaliação de programas e serviços de saúde, mesmo em face às diversas críticas.

Vale ressaltar que, para Vuori (1991) apud Samico *et al.* (2006) esta abordagem é estática, não permitindo muitas vezes a análise da realidade como um todo. Tanaka (2011) propõe romper com a sequência da tríade, segundo o qual as avaliações na Atenção Básica deveriam ser iniciadas pelo componente processo visando identificar a adequação da oferta e das relações entre os distintos procedimentos desse nível de atenção. No entanto, a prática é dinâmica, assim como são os processos no território da ESF, e nenhuma teoria poderia apreender a realidade. O estudo propõe mesmo fazer uma avaliação clássica tradicional, pois compreendemos que a avaliação da longitudinalidade ao idoso no contexto da ESF em um grande centro urbano é algo inovador, necessitando para o seu delineamento apoiar-se em uma teoria clássica como a de Avedis Donabedian.

Quanto a escolha da abordagem quantitativa, esta se deve à natureza do objeto de estudo, avaliar a longitudinalidade do cuidado ao idoso na ESF requer uma abordagem estatística, tendo em vista possibilitar a objetividade e confiabilidade do estudo, além de se pretender a avaliar a AB/APS não é uma atividade simples, é um desafio o qual nos propomos realizar utilizando a estatística.

A abordagem quantitativa, para Gil (2011), refere-se ao tipo de pesquisa que requer a análise de dados objetivos, passíveis de quantificação. Pressupõe a previsão de mensuração das variáveis preestabelecidas, almejando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis. Para Minayo et al (2005), a abordagem quantitativa tem por base filosófica o positivismo, assim a pesquisa quantitativa ocupa-se dos fatos e não de representações.

Neste estudo são apresentados a avaliação e os componentes estruturais e processuais quanto a longitudinalidade com base no referencial de Donabedian. Assim, adotamos que a estrutura foi avaliada pela infraestrutura física e disponibilidade de equipamentos e insumos das Unidades Básicas de Saúde e perfil dos profissionais. O componente processo, pela relação interpessoal dos usuários idosos, e os profissionais de saúde da equipe local e pela continuidade informacional.

Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na capital do Estado do Piauí, na cidade de Teresina na Regional Sul. A gestão da Fundação Municipal de Saúde se constitui, de forma descentralizada, em 3 Diretorias Regionais de Saúde (DRS), a DRS-Sul, DRS-Leste sudeste, DRS-Centro norte. Atualmente, estão implantadas 243 equipes ESF com cobertura de 95,5% da população teresinense (SIAB/fev/2013). A DRS-Sul está dividida em 4 territórios, na área urbana há 77 ESF e 23 Unidades Básicas.

População

O estudo teve três unidades de análise, a saber: (1) usuários idosos com 60 anos e mais; (2) enfermeiro (a) e médico (a) das equipes de saúde da família e (3) coordenadores das UBS.

Amostra e amostragem. Quanto aos usuários idosos utilizou-se uma amostra probabilística aleatória simples constituída de 385 idosos. A amostra ficou distribuída proporcionalmente nas 23 UBS's da zona urbana n_i , $i=1,2,3,4...23$, de acordo com o número (m_i) de idosos atendidos e registrados no Sistema de Atendimento Ambulatorial (SIA) no período de janeiro a abril de 2013; como critério de aleatorização utilizou-se a data de aniversário, mais próxima, por ocasião da coleta de dados. Como critério de inclusão, apontamos ter utilizado a UBS pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, ser cadastrado em alguma ESF da área de abrangência da UBS e aceitar participar da pesquisa a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos profissionais da ESF, utilizou-se uma amostra intencional. Uma equipe de saúde da família de cada unidade foi selecionada, no total, 23 equipes. Os profissionais deveriam atender os seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo três anos de atuação no mesmo território atual da ESF e concordarem em par-

ticipar do estudo a partir da anuência do TCLE. A amostra de profissionais do estudo foi composta por 18 médicos e 21 enfermeiros, totalizando 39 profissionais.

A população de 100% dos coordenadores das UBS's da zona urbana foi entrevistada, no total 23 coordenadores participaram do estudo.

Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados. Os dados deste estudo foram coletados em duas etapas, a primeira ocorreu no período de novembro a dezembro de 2013 e foram realizadas entrevistas com os profissionais da ESF e os coordenadores da UBS. A segunda foi realizada com os usuários idosos e ocorreu em janeiro e fevereiro de 2014.

Os instrumentos aplicados aos profissionais da ESF e aos usuários idosos foram adaptados de um roteiro com quinze perguntas proposto por Cunha e Giovanella (2011) para investigação da longitudinalidade, com base na versão brasileira do PCATool, previamente testado por Almeida e Macinko (2006).

Aos coordenadores das UBS foi aplicado um formulário que buscou realizar uma avaliação acerca da estrutura que a UBS oferece para ser reconhecida como fonte regular de cuidados a população idosa e como está garantido na continuidade informacional. Tal formulário foi construído com base no estudo de Cunha e Giovanella (2011) para investigação da longitudinalidade, no que se refere somente a continuidade informacional e na ferramenta AMAQ- dimensão Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2013).

Adaptações comuns aos três formulários foi a inclusão de respostas fechadas em escala tipo Likert. Na presente pesquisa, adotamos as respostas do estudo de Almeida; Macinko (2006): “nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “quase sempre” e “sempre”. A cada resposta foi atribuído um escore que vai de 1 a 6.

Organização, análise e interpretação dos resultados

Para Gomes *et al*, (2005), a organização e o processamento de dados são um dos aspectos mais complexos da avaliação, esta etapa deve se articular com a etapa do trabalho de campo e a perspectiva analítica adotada, que, no presente estudo, tem por base dados objetivos, portanto, quantitativa.

O primeiro passo foi a organização dos dados em três grupos: 1) dados dos formulários aplicados aos usuários, 2) profissionais da ESF e 3) coordenadores da UBS's. O segundo passo foi a criação do banco de dados em meio eletrônico inicialmente na planilha Microsoft Excel. O terceiro passo consistiu na exportação do Excel para o Programa IBM/SPSS versão 21.0, no qual os dados foram processados.

Utilizou-se a estatística descritiva e indutiva para análise dos dados, partindo da construção de tabelas com as médias (dos valores dos escores obtidos e do Erro Padrão da Média (EP), que permite observar a variação máxima e mínima da média. A classificação quanto as médias dos valores dos escores obtidos e conceitos adotados na pesquisa está descrita no quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Classificação quanto as médias dos valores dos escores e conceitos adotados na pesquisa

Classificação Respostas	Escore	Média (\bar{x}) Escores Obtidos	Conceitos
Nunca	1	1 A 2,99	Insuficiente
Quase Nunca	2		
Algumas Vezes	3	3 A 3,99	Regular
Muitas Vezes	4	4- 4,99	Bom
Quase Sempre	5	5-6	Excelente
Sempre	6		

Fonte: Elaboração das autoras

Posteriormente, os resultados foram discutidos à luz do referencial de Donabedian (2003) e da literatura pertinente ao objeto de estudo.

– O teste para verificação se a diferença entre as médias (\bar{x}) dos profissionais médicos e enfermeiros foi teste não-paramétrico Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes. Utilizou-se também para a verificação da diferença entre as médias da distribuição dos usuários entre os territórios 1, 2, 3 e 4 o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis. Em ambas as situações, as hipóteses nulas de igualdade das médias foram rejeitadas quando atingiram o nível de significância $p < 0,05$.

O presente estudo, após a anuência da Fundação Municipal de Teresina-Piauí, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Acaraú sob o parecer de número 420.462.

Análise e Discussão dos Resultados

A análise da **estrutura** inclui a infraestrutura e equipamentos da UBS, os insumos disponíveis na UBS de acordo com os coordenadores, bem como a identificação do perfil socioeducacional dos profissionais. O componente **processo** abrange a relação interpessoal na perspectiva dos profissionais e dos usuários e a análise da continuidade informacional também na perspectiva dos profissionais, coordenadores das UBS's e do usuário idoso.

As médias gerais obtidas de cada dimensão da longitudinalidade do cuidado relacionadas à estrutura e ao processo estão apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 – Médias gerais de cada dimensão da longitudinalidade do cuidado ao Idoso relacionadas à estrutura e ao processo, Teresina-PI, nov./dez. 2013 e jan./fev. 2014

ESTRUTURA		PROCESSO	
Dimensão	Média Geral	Dimensão	Média Geral
Infraestrutura e equipamentos	4,57	Relação interpessoal na perspectiva dos profissionais (médicos e enfermeiros) da ESF	5,53
		Relação interpessoal na perspectiva dos usuários idosos	5,52
Insumos	4,74	Continuidade informacional profissionais	5,09
		Continuidade informacional usuários	5,23
		Continuidade informacional coordenadores	5,07
ESTRUTURA	4,65*	PROCESSO	5,28

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: *Exclui o perfil dos profissionais

Perfil socioeducacional dos Profissionais

De acordo com Donabedian (2003), um dos aspectos da estrutura são os recursos humanos, tais como a quantidade e qualificação dos profissionais bem como pessoal de apoio. A qualificação dos profissionais é importante fator estruturante para o trabalho na AB/APS.

Assim, neste estudo, identificamos o perfil dos médicos e enfermeiros da DRS-sul, quanto aos seguintes aspectos; faixa etária, tempo de atuação na ESF, considerando somente na ESF em Teresina e formação na área da ESF (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil socioeducacional dos médicos e enfermeiros. Teresina (PI), 2014

PERFIL	Nº	%	
Categoria profissional	Médico	18	46,15
	Enfermeiro	21	53,85
	Total	39	100,00
Faixa etária	26 a 35 anos	8	20,51
	36 a 44 anos	14	35,90
	45 a 54 anos	11	28,21
	55 a 64 anos	6	15,38
	Total	39	100,00
Tempo de atuação	2 a 7 anos	14	35,89
	8 a 13 anos	22	56,41
	14 a 19 anos	03	7,69
	Total	39	100,00
Formação na área da ESF	Sim	29	74,36
	Não	10	25,64
Tipo de formação *	Especialização	21	72,41
	Curso introdutório	21	72,41
	Total	29	100,00

Nota: * Soma mais de 100%, um profissional pode ter mais de uma formação.

Entre os principais achados destaca-se que a faixa etária de maior frequência foi de 36 a 44 anos ($f= 35,9\%$), o tempo de atuação de maior frequência variou de 8 a 13 anos ($f= 56,41\%$), e o fato de que há profissionais que não têm formação na área ($f= 25,64\%$), embora outros tenham mais de uma formação.

No trabalho de campo, nos deparamos com a dificuldade de compor a amostra dos médicos na quantidade proposta tendo em vista o critério de inclusão de ter mais de 3 anos na ESF de Teresina não ser atendidos por alguns profissionais. Assim, apoiados na literatura, essa dificuldade nos levou a compreender os fatores relacionados à rotatividade dos profissionais na ESF, para analisamos melhor esta realidade encontrada. (CAMPOS; MALIKI, 2008, SERAPIONI; SILVA, 2011).

De acordo com referencial de avaliação adotado para este estudo, vale salientar que há outros fatores limitantes na estrutura para ofertar o cuidado longitudinal é a qualificação dos profissionais para exercer o cuidado. De acordo com o perfil dos profissionais da ESF pesquisados, há profissionais sem formação na área da ESF ($f=25,64\%$). Constatamos ainda uma expressiva rotatividade dos profissionais, sobretudo dos médicos, pois para compor a amostra deste estudo houve

algumas dificuldades relacionadas ao critério de inclusão de ter mais de três anos de atuação na ESF de Teresina-PI.

O achado da alta rotatividade dos médicos nas equipes da ESF assemelha-se ao estudo de Guarda *et al.* (2012), sobre o perfil sociodemográfico dos médicos da Região Metropolitana de Recife. Outros estudos relacionam que, entre os fatores que influenciam a alta rotatividade dos médicos, inclui-se a saída para Cursos de Residência (Departamento de Atenção Básica, 2004), procura por melhores condições de trabalho (SERAPIONI; SILVA, 2011) e questões relacionadas à satisfação no trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008).

A rotatividade compromete a continuidade do cuidado, além de dificultar o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e a população atendida (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Para Starfield (2002), a longitudinalidade do cuidado requer a identificação de uma fonte regular de cuidados quer seja um profissional, quer seja um local específico, portanto, a rotatividade dos profissionais dificulta a identificação da fonte regular de cuidados, bem como a construção de relações terapêuticas duradouras, o que implica uma fragilidade para um maior alcance da longitudinalidade no contexto da ESF de Teresina-PI.

Para procurar responder a esta necessidade de fixação dos profissionais na ESF, sobretudo dos médicos, e aperfeiçoar os mesmos para atuação nas políticas públicas de saúde do país, em 22 de outubro de 2013 foi instituída a Lei no 12.871 do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013). Após 20 anos de Saúde da Família, o Programa Mais Médicos surge em parceria entre Ministério da Saúde e Educação, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS e entre os objetivos destaca-se fortalecer a prestação de serviços de Atenção Básica em Saúde do país. Na prática, no dia a dia da ESF, gestores, usuários e profissionais anseiam não esperar mais duas décadas para atingir os objetivos propostos pelo Programa Mais Médicos.

Infraestrutura, equipamentos e insumos sob o olhar dos coordenadores

A média geral encontrada para infraestrutura e equipamentos na opinião dos coordenadores foi de (EP= 0,17); quanto aos insumos, os coordenadores opinaram que *muitas vezes* os insumos estão disponíveis para as ações de saúde.

Quanto à infraestrutura física, considerando as entrevistas realizadas com os coordenadores, destacamos que faz-se necessário melhorias na infraestrutura física das UBS para o acolhimento aos usuários. Esta realidade atualmente encontrada na ESF de Teresina foi constatada em estudos anteriores Conill (2008) e Serapioni; Silva (2011).

Em 2011, o Ministério da Saúde diante da realidade nacional, que se assemelha a das UBS de Teresina, instituiu o Requalifica UBS. Esse programa tem como

objetivo criar incentivo financeiro para reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Tem como proposta um modelo para estrutura física das unidades básicas de saúde acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade, a qual facilite a mudança das práticas das equipes de saúde.

A DRS-Sul, em 2011, foi contemplada pelo Requalifica SUS através da Portaria MS/GM no 2.814 com a reforma de uma das 26 UBS nessa regional, e somente em 2014 foi concluída. Observamos que o programa normatiza os projetos de ampliação e reforma e a execução ocorre a passos lentos.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (2011), faz-se necessário que as UBS disponham de infraestrutura e instalações adequadas a fim de que os usuários sintam-se acolhidos e elejam de fato a UBS como porta de entrada da AB/APS, permitindo a formação de vínculos e, assim, a longitudinalidade do cuidado.

Relação Interpessoal na perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros

Para que ocorra a longitudinalidade do cuidado, torna-se necessário uma relação de confiança mútua entre o profissional e o usuário, pautada na boa comunicação e na disponibilidade do profissional, bem como o conhecimento do histórico familiar e social do paciente (Starfield, 2002). Assim, os instrumentos aplicados para avaliar o alcance desta relação versam sobre estes aspectos mencionados anteriormente.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, a primeira, com os profissionais e a segunda, com os usuários idosos. O banco de dados da coleta de dados das duas análises foi realizado em separado, não foi possível a realização de testes estatísticos que estabelecessem estas relações, mas podemos através da descrição, realizar algumas inferências.

Como apresentado na tabela 2, os profissionais opinaram que *quase sempre* os usuários idosos são atendidos pelo mesmo profissional, que conhece o histórico familiar e social do paciente, e que, em caso de dúvida, o paciente consegue falar com o profissional que o atende regularmente, que há tempo suficiente para os pacientes explicitarem as dúvidas, queixas e preocupações as dúvidas, queixas e preocupações dos pacientes são registradas no prontuário e que também *quase sempre* se expressa com clareza, de forma que o paciente entende, e que há espaço para que o paciente discuta o tratamento e tome decisões junto ao profissional. Não há diferença significativa entre as categorias profissionais ($p>0,05$).

Tabela 2 – Relação interpessoal na perspectiva dos médicos e enfermeiros. Teresina (PI), novembro-dezembro, 2013

	Classe profissional					
	Médico		Enfermeiro		Total	
	Média	Erro padrão da média	Média	Erro padrão da média	Média	Erro padrão da Média
Atendimento regular pelo mesmo profissional *	5,83	0,09	5,76	0,15	5,79	0,09
Profissionais conhecem histórico familiar e social do paciente*	5,06	0,29	5,19	0,18	5,13	0,16
Caso de dúvida o paciente consegue falar com o profissional que o atende *	5,61	0,14	5,57	0,15	5,59	0,10
Tempo suficiente para os pacientes explicitem dúvidas, queixas e preocupações *	5,17	0,26	5,48	0,13	5,33	0,14
Dúvidas, queixas e preocupações dos pacientes são registradas no prontuário *	5,56	0,15	5,86	0,10	5,72	0,09
Profissional se expressa com clareza de forma que o paciente entende *	5,78	0,10	5,95	0,05	5,87	0,05
Espaço para o paciente discuta tratamento e tome decisões junto ao profissional *	5,28	0,25	5,29	0,14	5,28	0,14
Média geral da relação interpessoal*	5,47	0,12	5,59	0,07	5,53	0,07

* P > 0,05

Relação Interpessoal na perspectiva dos usuários idosos

Quanto à opinião dos usuários idosos sobre a relação interpessoal no cuidado em saúde, houve variações de respostas e diferença significativa ($p < 0,05$) entre os territórios (Tabela 3). A média geral atribuída foi ($\bar{x} = 5,52 / EP = 0,4$).

Variações encontradas para menos, podemos citar dentre estas o referente ao item sobre o conhecimento dos profissionais da ESF do histórico familiar e social do paciente, a maioria dos idosos nos quatro territórios concorda que *muitas vezes* ($\bar{x} = 4,81 / EP = 0,09$) o profissional tem esse conhecimento.

Outra variação da média geral foi no Território 4, quanto ao item sobre caso de dúvidas o usuário consegue falar com o profissional, opinaram que *muitas vezes* ($\bar{x} = 4,97 / DP = 0,18$), diferentemente do que foi encontrado nos demais territórios, segundo os usuários concordam que *quase sempre*, Território 1 ($\bar{x} = 5,54 / EP = 0,12$), Território 2 ($\bar{x} = 5,59 / EP = 0,08$) e Território 3 ($\bar{x} = 5,34 / EP = 0,17$)

De acordo com Donabedian (2003), um dos aspectos da abordagem processual deve a relação entre o profissional e o paciente e sua família.

Tabela 3 – Relação interpessoal na perspectiva dos usuários por território, Teresina-PI, jan./fev. 2014

	Território									
	1		2		3		4		Total	
	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP
Atendido regularmente pelo mesmo médico ou enfermeiro**	5,88	,05	5,72	,07	5,81	,08	5,32	,14	5,69	,04
Profissionais conhecem histórico familiar e social**	4,87	,20	5,05	,13	4,65	,24	4,32	,24	4,81	,09
Em caso de dúvidas consegue falar com o profissional**	5,54	,12	5,59	,08	5,34	,17	4,97	,18	5,42	,06
Tempo suficiente para explicitar queixas, dúvidas e preocupações	5,72	,10	5,85	,05	5,66	,12	5,53	,14	5,73	,04
Dúvidas, preocupações e queixas são valorizadas**	5,55	,11	5,75	,06	5,18	,20	5,24	,16	5,52	,06
O profissional se expressa com clareza para entendimento do paciente	5,83	,07	5,88	,04	5,76	,11	5,61	,12	5,80	,04
Há espaço para discutir tratamento e tomar decisões	5,61	,11	5,73	,07	5,58	,15	5,09	,21	5,56	,06
Média relação interpessoal**	5,57	,06	5,66	,04	5,48	,09	5,19	,13	5,52	,04

** P < 0,05

Os usuários idosos opinaram divergentemente aos profissionais e não obstante a média geral com variação para menos atribuída ao item sobre se os profissionais conhecem o histórico familiar e social do paciente, observamos que é pertinente uma análise destes achados. A longitudinalidade como característica essencial da AB/APS implica em outros atributos derivativos como o atributo orientação familiar.

Em outros estudos de avaliação da AB/APS no Brasil (ALMEIDA; MACKINKO, 2006; STRALEN *et al.*, 2008), o atributo orientação familiar alcançou níveis baixos e no Estudo de Linha de Base de Ibañes *et al* (2006) constata-se que o enfoque familiar apresenta diferença entre usuários e profissionais, com profissionais avaliando esta dimensões muito bem (por volta do 80%), ao passo que usuários avaliam esta dimensão apenas 40% do total de pontos possíveis.

No contexto da ESF de Teresina, embora ocorra aspectos da estrutura que contribuam para a orientação familiar como o prontuário familiar, no entanto, o processo em que ocorrem práticas profissionais não está ainda voltado ao cuidado à família.

Quanto à saúde do idoso, o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2007) orienta as equipes para inclusão dos familiares no cuidado ao idoso, buscando compreender a funcionalidade familiar como um componente essencial do planejamento assistencial.

Destacamos que os usuários idosos valorizam a ESF, no tocante à relação com os profissionais de saúde tendo em vista que atribuíram *quase sempre* a maioria

das variáveis que compõem a relação interpessoal. Para Nutting *et al.* (2003), grupos mais vulneráveis como os idosos e portadores de doenças crônicas tendem a valorizar o vínculo com os profissionais da AB/APS do que outros grupos como jovens e pessoas saudáveis e pessoas de melhor poder aquisitivo.

Observamos quanto à dimensão relação interpessoal, que estatisticamente não houve diferenças entre as opiniões dos médicos e enfermeiros. Esse achado diverge do estudo de Stralen *et al.*, (2008) no qual houve uma diferença significativa, no entanto, o estudo envolveu também profissionais de nível médio e uma amostra maior.

Constatamos que, para a relação interpessoal na opinião de usuários e profissionais, foram atribuídas médias que evidenciam que *quase sempre* esta relação interpessoal se caracteriza por meio da boa comunicação do usuário com o profissional, da valorização e registro das queixas no prontuário e, sobretudo, pela regularidade de atendimento com o mesmo profissional nas consultas de rotina. Para Starfield (2002), a extensão da relação entre paciente e um profissional é uma informação necessária para avaliação da longitudinalidade.

Continuidade Informacional

Neste estudo, continuidade informacional pode ser compreendida como “coleção organizada de informação médica e social sobre cada paciente, disponibilizada para todos os profissionais de saúde que cuidam do mesmo” Saultz, (2002) apud Cunha; Giovanella (2011).

Observa-se que, para a continuidade informacional, as três unidades de análise atribuíram médias gerais que relacionam a um alto nível de extensão desta dimensão da longitudinalidade do cuidado (Quadro 2). Para os profissionais, a média geral encontrada foi de ($\bar{x} = 5,09$), para os usuários ($\bar{x} = 5,23$) e para os coordenadores ($\bar{x} = 5,07$).

Na ESF da DRS-sul observa-se a importância que os profissionais atribuem à continuidade informacional. Vale ressaltar que em 100% das 23 UBS's pesquisadas, utiliza-se o prontuário familiar. Tal dado vai ao encontro ao que é preconizado pelas diretrizes a ESF, quanto a necessidade de organização do prontuário familiar e à utilização destes nas consultas dos usuários idosos realizadas pelos profissionais, a fim de que o cuidado seja direcionado à família (BRASIL, 2011). No entanto, faz-se necessário que sua utilização seja potencializada pelo acréscimo do genograma e ecomapa, sobretudo para as famílias com idosos acamados ou domiciliados, pois tais instrumentos ajudam na comunicação, propiciando mais integração entre a ESF e a família, e por meio das informações gráficas, possibilitando a visualização da família e a relação de um problema clínico com o contexto familiar e social. (MINAS GERAIS, 2007).

Dentre as limitações da pesquisa, destacamos as seguintes:

A amostra dos profissionais, não pela intencionalidade, pois era necessário estabelecer critérios de inclusão, mas sim pelo tamanho, isso provavelmente limitou a possibilidade de detectar outras diferenças significativas entre os profissionais.

O local de coleta dos dados do usuário idoso ser a UBS, gerando um viés de intencionalidade, tendo em vista que o usuário, mesmo após os esclarecimentos sobre a pesquisa, faça uma associação do estudo com retaliações ou premiações pela UBS.

Os Coordenadores da UBS são profissionais com formações variadas, muitos não têm formação em cursos de Ciências da Saúde, nem em gestão de serviços de saúde e haviam sido contratados como cargos comissionados pela gestão municipal a partir de janeiro de 2013, portanto há pouco tempo para ter conhecimento mais adequado sobre a estrutura da UBS e dos demais processos de trabalho na DRS-sul.

Considerações Finais

O estudo evidenciou que faz-se necessário mudanças estruturais sobretudo melhorias na infraestrutura física para que, de fato, os usuários idosos se sintam acolhidos na UBS. Outros fatores limitantes na estrutura para ofertar o cuidado longitudinal foram observados como em relação a qualificação dos profissionais para exercer o cuidado. De acordo com o perfil dos profissionais da ESF pesquisados, alguns não têm formação na área da ESF e constatamos ainda rotatividade dos profissionais, sobretudo dos médicos.

A avaliação faz-se necessária para tomada de decisões, portanto, apontamos, a partir deste estudo, algumas sugestões. O estudo sugere que é preciso superar os limites estruturais no contexto da ESF em Teresina e continuar com a expansão da ESF. A relação interpessoal entre usuários idosos e os profissionais é valorizada no contexto da ESF da Regional de Saúde Sul de Teresina de forma bilateral pelos sujeitos envolvidos, portanto, é preciso que ocorram mecanismos de fixação de profissionais nas Unidades Básicas a fim de evitar a rotatividade dos profissionais e assim garantir a longitudinalidade do cuidado ao idoso.

O estudo vem em um momento no qual a conjuntura nacional mostra uma estagnação da ESF após 20 anos do surgimento do PSF, no qual serviços paralelos como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e a baixa cobertura populacional da ESF nos grandes centros urbanos se consolidam. No entanto, vale salientar que nenhum destes serviços poderá garantir uma extensão alta para a longitudinalidade do cuidado aos usuários idosos como encontradas na ESF de Teresina-PI.

Referências

ALMEIDA, C; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

ALMEIDA, P T et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.286-298, fev. 2010.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº-8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº-6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19. Brasília – DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 24.888, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial (da República Federativa do Brasil), Brasília, DF

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Políticas Públicas. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2011.

CANESQUI, A N; SPINELLI, M A S. Saúde da família no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p.1881-1892, set. 2006

CAMPOS, CEA. Estratégias de Avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v 5, supl 1, p.s63-s69, 2005

CAMPOS, CV; MALIK, A M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do PSF. Rio de Janeiro, **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 2, mar/abr. 2008

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). **A atenção básica que queremos**. Brasília: CONASEMS, 2011

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup.1, p. 7- 27, 2008.

CUNHA, E M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do Sistema Público de saúde brasileiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p.1029-1042, 2011.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. University Press Oxford, New York, 2003.

ESCOREL, L.S. *et al.* O Programa de saúde da Família e a Construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. de Saúde Pública**, v. 21,n.2, p.164-176, 2007

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo, Atlas, 2011.

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

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, maio/-jun. 2009.

GUARDA, F. R. B. *et al.* Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem as equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, estado de Pernambuco. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 3 ,n. 2, Ananindeua-PA, jun. 2012. Disponível em < <http://scielo.iec.pa.gov.br>> Acessado em 14/ mar. 03/2014.

IBAÑES, N. *et al.* Avaliação de desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva** , v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In:_____. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Prontuário de Saúde da família**. Belo Horizonte, 2007

MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

NUTTING, P. A. *et al.* Continuity of primary care: to whom does it matter and when? **Ann Fam Med** , v. 01, n. 3, p.-149-155, 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed> > Acessado em : março mar. de 2014

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001

SAMICO, I. (org.). *et al.* **Avaliação em saúde**: Aspectos Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010

SERAPIONI, J. M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.º 11, p. 4315- 4326, 2011.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, n. 01, p. 80- 91, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, C. J. V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica; comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. 148-158, 2008.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 14, n. 1, p. 1325-1335, jan./-fev. 2009

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011

10.

Avaliação do Processo de Trabalho de Equipes Saúde da Família em Quixeré-CE

Talyta Alves Chaves Lima

Andrea Caprara

Ana Patrícia Pereira Morais

Mailson Fontes de Carvalho

Cleide Carneiro

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo adotado pelo Brasil, em substituição ao modelo tradicional, e está voltado para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Existe desde 1994 e tem como principal objetivo reorganizar o modelo assistencial vigente, configurando-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) desencadeou um processo de fortalecimento da atenção básica. No ano de 2006, cerca de 82 milhões de brasileiros estavam cadastrados pelas Equipes Saúde da Família (EqSF). Em 2015, o Brasil já apresenta uma cobertura de equipes saúde da família implantada de 62,54%. O Estado do Ceará conta com 79,19% destas, e o município de Quixeré, com 100% (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica preconiza que a equipe de saúde da família deve apresentar configuração mínima composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar ou técnico de consultório dentário, definindo, ainda, as atribuições comuns a todos, e as específicas de cada profissional da Equipe Saúde da Família (EqSF) para a realização do processo de trabalho em equipe.

O processo de trabalho da EqSF é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar, valorizando o saber e as práticas de cada um para uma abordagem resolutiva e integral ao usuário de sua área de abrangência, devendo estar acompanhado pela avaliação sistemática e contínua das ações e indicadores para readequação desse processo.

Diante da necessidade de avaliar a significativa expansão que a ESF teve no país, o Ministério da Saúde (MS) vem demonstrando a execução de uma gestão pública com base na introdução do monitoramento e da avaliação dos processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade na atenção à saúde de toda a população (BODSTEIN, 2009; BRASIL, 2011).

Com essa lógica, alguns programas foram introduzidos, objetivando avaliar e monitorar a atenção básica. Dentre estes, há o Programa Nacional de Serviços de Saúde, que é um *software* para programação das ações desenvolvidas, e serve para apoiar e orientar o trabalho das EqSF. Existe também o Programa de Qualidade da Atenção Básica (PROQUALI), de caráter qualitativo e voltado para o processo de trabalho das equipes, verificando as consultas e o atendimento dos profissionais de saúde, o tempo de espera, a satisfação dos usuários, tendo sido confeccionado e implantado em 2002, no Estado do Ceará, e pioneiro no estabelecimento da ESF.

Mais recentemente, surgiu a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que consiste em uma metodologia de gestão interna, ou autogestão, dos processos de melhoria contínua da qualidade, de livre adesão e orientado para a formação de um diagnóstico acerca da organização do trabalho

e do funcionamento dos serviços. No entanto, com os anos, sem financiamento e com a necessidade de recursos, o programa, que era de livre adesão, enfraqueceu-se.

Nesse cenário, em 2011, foi apresentado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), objetivando induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com a garantia de um padrão comparável nacional, regional e localmente, visando a garantir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde. O PMAQ-AB ocorre através da adesão, feita tanto pelo gestor como pela EqSF, possuindo financiamento garantido, conforme conceito recebido através de uma complexa avaliação (BRASIL, 2011).

Uma das etapas de avaliação do PMAQ-AB é um instrumento baseado na AMQ, a Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), que funciona como uma autoavaliação, monitorando estágios de qualidade em que gestor, coordenador e equipe preenchem um manual instrutivo, elaboram uma matriz de intervenção e planejam suas ações para conseguir resolver os problemas citados no processo de trabalho e para o funcionamento das unidades de saúde (BRASIL, 2011a).

Considerando a importância dos processos avaliativos para o aprimoramento das ações na atenção básica à saúde, o município de Quixeré-CE implantou, em 2009, a AMQ em todas as suas EqSF, realizando semestralmente a sua autoavaliação. Fez parte, em 2002, da implantação do PROQUALI e, atualmente possui todas as suas sete EqSF usando como autoavaliação o AMAQ. Três, das sete EqSF já passaram por duas avaliações externas do PMAQ-AB, e as demais passaram por apenas uma. Em 2012 foram criados protocolos e fluxogramas para os demais serviços, com a participação dos integrantes de nível superior das EqSF em reuniões sistemáticas.

As três EqSF de Quixeré, avaliadas pelo PMAQ-AB, em 2012, receberam o conceito ótimo, ou seja, o conceito máximo na certificação conferida pelo programa. Mas durante as avaliações anteriores, realizadas pelas EqSF, através da AMAQ, notou-se que essas equipes possuíam realidades diferentes em muitos aspectos: tamanho da área adscrita, localização das unidades de saúde, quantidade de pessoas residentes na área de abrangência, tempo e quantidade de profissionais e, em especial, na organização de seus processos de trabalho.

Diante dessa reflexão, surge a inquietação para essa investigação, a qual busca desvelar: como está organizado o processo de trabalho nas diferentes EqSF com a adesão ao PMAQ-AB? Quais os fatores que facilitam ou dificultam o processo de trabalho, na opinião dos profissionais?

A proposta deste estudo está centrada na avaliação do processo de trabalho na EqSF, pois compreende-se que, para a organização, a melhoria da qualidade do serviço prestado ao usuário e da satisfação deste, torna-se imperativa a avaliação dos processos organizativos que ocorrem dentro das EqSF como tecnologia de gestão, levando um olhar no PMAQ-AB dentro dessas equipes.

Definem-se, como objetivos, a necessidade de conhecer os fatores que colaboram ou impedem a prática dos profissionais de saúde em suas áreas de atuação, além de analisar a organização daqueles profissionais nas EqSF, tendo como plano de fundo a análise do processo de trabalho das EqSF do município de Quixeré-CE.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso, de abordagem qualitativa, tomando como objeto a avaliação do processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família (EqSF).

Caracteriza-se como uma investigação em seu contexto real, e pretende avaliar o processo de trabalho de EqSF do município de Quixeré-CE em seus locais de atuação: as unidades básicas de saúde.

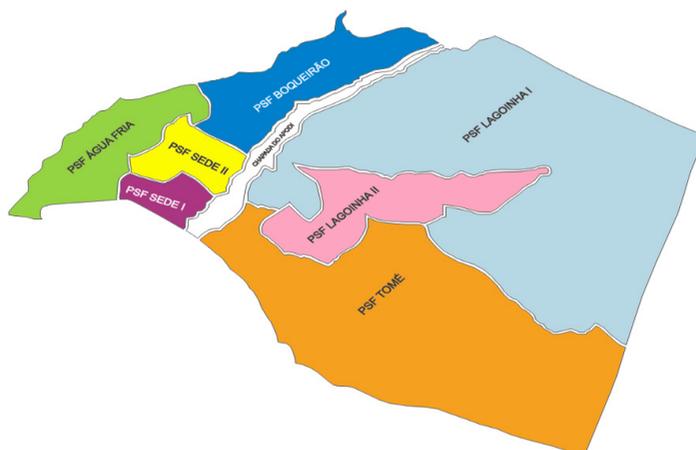
O estudo de caso é a estratégia mais utilizada quando se pretende conhecer o “como?” e o “por quê?” (YIN, 1994); no momento em que o investigador detém escasso controle sobre os acontecimentos reais, ou mesmo no momento em que este é inexistente; e quando o campo de investigação se concentra em um fenômeno natural dentro de um contexto da vida real, como se verifica na presente pesquisa.

Para dar conta dessa avaliação, definimos a abordagem qualitativa, por acreditar que há dimensões subjetivas no vínculo estabelecido entre os profissionais e o seu processo de trabalho para com os usuários, as quais só poderão ser apreendidas mediante esse método.

Esta pesquisa foi realizada no município de Quixeré- CE, localizado no Vale do Jaguaribe, nordeste do Estado do Ceará, que possui população total de 21.241 habitantes (IBGE, 2013). O município possui sete EqSF, todas com adesão ao PMAQ-AB no ano de 2012.

Os participantes da investigação foram os profissionais da equipe mínima de três EqSF, participantes do primeiro e segundo ciclos do PMAQ-AB, totalizando 18 participantes da pesquisa.

Visando assegurar um olhar multidisciplinar das temáticas, foi escolhido para participar desta pesquisa apenas um profissional por categoria, considerando os seguintes critérios: maior tempo de vinculação à equipe e disponibilidade de tempo para a entrevista.



Mapa 1 – Distribuição das EqSF de Quixeré-CE em áreas de abrangências

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Quixeré-CE, 2014.

A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa de campo, utilizando a técnica de observação simples nas unidades básicas de saúde, assim como a entrevista semiestruturada, gravada com os profissionais de saúde dessas EqSF.

Para a observação simples, foram utilizados aspectos relacionados ao processo de trabalho das equipes, possibilitando, assim, comparações entre as falas e a prática efetivada nas unidades de saúde. Foram observados o acolhimento, as agendas de trabalho, os mapas e as salas de situação – registros sistematizados de produtividade de equipe e indicadores de saúde, bem como a matriz de intervenção da equipe.

A análise dos resultados deste estudo aconteceu pela transcrição das falas e análise de conteúdo das mesmas, visto que esta técnica capta saberes que estão por trás da superfície textual, além de ser um instrumento neutro de verificação de determinada realidade (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005). Os discursos foram codificados de acordo com a categoria profissional (Médico – M, Dentista – D, Enfermeiro – E, Técnico em Enfermagem – T, ACS – A) e a equipe ao qual pertenciam (1, 2 ou 3).

Sendo assim, na pré-análise, foi realizada uma leitura exaustiva dos resultados das falas em associação com os objetivos da pesquisa. Somada a esta leitura, também foram vistos os resultados da observação simples, de onde emergiram três grandes temáticas: a construção da agenda de trabalho; ações de planejamento, monitoramento e avaliação; e a inquietação relacionada aos fatores que facilitam e dificultam o processo de trabalho nas EqSF.

Visando ao respeito aos princípios éticos de pesquisa com seres humanos, além da consonância com os preceitos da Resolução no 466/2012, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o número de parecer 501643.

Resultados e Discussão

A fim de potencializar o entendimento acerca do processo de trabalho nas EqSF investigadas, apresentamos a seguir uma breve descrição das equipes e territorialização da área adscrita.

Precursora no município, a EqSF 01 está localizada na sede de Quixeré-CE, atendendo a 2.949 pessoas, alocadas em 938 famílias. Dividida entre as localidades Centro, Pontal, Nova Morada e Serrinha, esta equipe possui cadastrados, atualmente, 316 hipertensos, 84 diabéticos e 23 gestantes.

Dados da base do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) apontam que, em relação às condições sanitárias e de moradia da área, 96% das pessoas têm abastecimento de água; 98% têm água tratada para beber; 99% têm coleta de lixo e casas com energia elétrica; 99% das casas são de tijolo; e 99% dos esgotos vão para fossas, pois o município não dispõe de saneamento básico público. Em termos de acesso, a unidade básica de saúde (UBS) utilizada pela equipe possui um acesso facilitado para os usuários, em termos de localização geográfica. Outro ponto importante a observar é o vínculo com a população da área, visto que a equipe existe há 17 anos e conta com os mesmos profissionais da equipe saúde da família, embora com alterações recentes na equipe de saúde bucal (EqSB).

A EqSF 2 está localizada no distrito de Água-Fria. Esta equipe atende a cerca de 2.133 pessoas, distribuídas em 674 famílias, dividindo seu trabalho entre a UBS sede, que fica em Água-Fria, e dois pontos de apoio, em localidades rurais. Possui, atualmente, cadastrados, 253 hipertensos, 43 diabéticos e 18 gestantes. Em relação às condições sanitárias e de moradia da área, o SIAB aponta que 32% das pessoas têm abastecimento de água; 92% têm água tratada para beber; 48% têm coleta de lixo; 99% das casas contam com energia elétrica; 98% das casas são de tijolo; e 96% dos esgotos vão para fossas, pois o município não dispõe de saneamento básico público.

A localização da UBS que abriga esta equipe é dificultada pelo acesso geográfico, uma vez que até mesmo o deslocamento da equipe de saúde da família fica comprometido em períodos chuvosos, bem como o dos usuários, uma vez que não há transporte público instalado no município. A observação trouxe-nos a constatação de que a equipe restringe muito do tempo de atenção aos usuários devido ao período gasto no deslocamento até os pontos de apoio nas comunidades, já que as distâncias entre a sede e a localidade são grandes e a via de acesso é ruim.

O vínculo desta equipe encontra-se bem estabelecido, tendo tempo razoável de trabalho na localidade com a mesma conformação, apesar da recente substituição do cirurgião-dentista, o que pode gerar dificuldades no processo de trabalho da EqSF.

Já a EqSF 3, localizada no distrito de Lagoinha, abrange 4.531 pessoas, e divide-se em atendimentos em uma UBS sede, que fica no distrito, e três pontos de apoio, em comunidades mais distantes. Atualmente atendendo a 1.436 famílias,

esta equipe possui cadastrados 386 hipertensos, 87 diabéticos e 35 gestantes. Em relação às condições sanitárias e de moradia da área, pode-se relatar que: 85% das pessoas têm abastecimento de água; 81% têm água tratada para beber; 77% têm coleta de lixo; 99% das casas contam com energia elétrica; 85% das casas são de tijolo; e 98% dos esgotos vão para fossas (SIAB, 2014).

Convém destacar que uma das localidades atendidas por esta equipe enfrenta sérios problemas com o abastecimento de água de qualidade, e costumeiramente é abastecida por carros-pipa – uma realidade típica da região nordestina.

Apesar de o acesso à UBS sede ser realizado prioritariamente por estrada asfaltada, o transporte desta equipe às unidades de apoio (postos de saúde) dá-se por estradas de chão, que ficam prejudicadas em tempos chuvosos. Além disso, algumas localidades ficam a 10 km ou mais do posto sede, o que dificulta o acesso às ações de saúde nestas localidades.

Um dos pontos observados é que a equipe se desloca apenas uma vez na semana para os pontos de apoio, tornando-se pouco acessível a uma grande parte de seus usuários. O grande fluxo de pessoas que entra e sai da área também prejudica o acompanhamento dos mesmos e o controle pelos agentes comunitários de saúde (ACS), porque muitos dos usuários moram provisoriamente em suas microáreas e são encontrados em suas residências apenas no período noturno, fora do horário de trabalho daqueles.

A imensidão de área de abrangência da EqSF 3 e a localização do ponto de apoio de Bom Sucesso, que já fica na divisa com o Estado do Rio Grande do Norte, foi relatado como ponto de dificuldade do trabalho da equipe.

A construção das agendas de trabalho

A construção da agenda de trabalho não pode ser pautada pelos desejos e medo das pessoas de adoecerem, mas pela necessidade da população e conforme os resultados possíveis de serem alcançados. Ela deve possuir as reais necessidades coletivas, podendo se tornar arriscado comprometer a equidade (BRASIL, 2011d).

Neste estudo, foi relatado que a agenda de trabalho ou escala de trabalho, como eles costumam chamar, em sua maioria, é feita pelo enfermeiro e pelo dentista e, depois, apresentada na reunião de equipe, em que todos opinam em sua finalização, conforme a necessidade.

Na agenda mensal, a gente já tem alguns programas pre-definidos. Todo mês a equipe tem reunião, então assim, a equipe, de acordo com a necessidade, vai adequando essa agenda, aumenta os programas ou aumenta alguma demanda e assim, a gente vai construindo a agenda de acordo com a necessidade dos usuários (A1).

A princípio, cada profissional elabora a sua de acordo com as maiores necessidades e nas próprias reuniões de equipe, onde a gente tem o contato com as ACS. Às vezes, elas

vão falando as principais queixas, o que está faltando, o que o pessoal está precisando, mas a gente apresenta o esboço dessa escala e é adequado de acordo com a realidade da população e a necessidade da própria equipe (D1).

Nas falas acima, é possível encontrar contradição no tocante ao processo de construção da agenda de trabalho da equipe, pois foi constatado que o cronograma desta equipe tem sido construído pelo enfermeiro, tomando por base a opinião dos agentes comunitários de saúde, que apontam as maiores necessidades de sua microárea para, em seguida, ser apresentado em reunião com todos da equipe.

A agenda de trabalho é feita pelo enfermeiro, mas com a opinião de outros membros da equipe, a gente se reúne para isso (T2).

Já na EqSF 3, a construção da agenda de trabalho ocorre por meio de reuniões de educação permanente com todos os membros da equipe:

Nós usamos a caixinha de sugestão dos usuários e fazemos uma avaliação do mês anterior para poder planejar a agenda (D3).

Segundo o instrumento de autoavaliação do PMAQ, a equipe deve organizar a sua agenda e a dos profissionais com base nas necessidades de saúde da população, contribuindo para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar.

Além disso, esta ação precisa ser compreendida tanto pelos membros da equipe, como pela comunidade. Assim, verificou-se que a agenda de trabalho até fica exposta para os usuários, porém, utiliza a mesma linguagem técnica com a qual foi construída. Nesse liame, observou-se que alguns profissionais do nível médio e/ou elementar não conseguiam fazer uma interpretação da agenda exposta, mesmo havendo em seu conteúdo todas as atividades dos profissionais: médico, enfermeiro, dentista e da equipe do NASF, o que acaba prejudicando a comunicação interna e com o usuário.

Na análise, buscou-se identificar ainda a carteira de serviços presentes na atenção primária do município, tendo em vista algumas das ações serem prioritárias e alvos de determinação do Ministério da Saúde para os serviços de atenção básica. Nesse contexto, foram evidenciadas as seguintes atividades programáticas: visita domiciliar, reuniões de equipe, grupos de educação em saúde, consulta para cuidado continuado e demanda agendada, com aparente ausência de atividades comunitárias.

Ações de planejamento, monitoramento e avaliação

O processo do planejamento é parte integrante do trabalho na estratégia saúde da família, pois distanciado do modelo ambulatorial e meramente curativo, busca a associação do atendimento à demanda programada e espontânea. Nesse âmbito, planejar as ações a serem executadas pela EqSF deve envolver o estudo da realidade local, a adequação dessa realidade às diretrizes contidas na literatura e no estabelecimento de um programa de metas (BRASIL, 2011d).

No geral, as EqSF investigadas apresentavam sinais de planejamento das ações, realizados por meio de reuniões mensais ou semanais, conforme a dinâmica ou a necessidade de cada uma, levando em consideração a importância de conhecer a situação da saúde na área, o diagnóstico da comunidade e os principais indicadores.

O diagnóstico situacional está voltado para questões coletivas e determinantes sociais, estendendo-se à prevalência de doenças (BRASIL, 2011d), devendo ser realizado de maneira participativa, sendo também apresentado o seu resultado, a fim de gerar movimentos de aprimoramento e adequação do trabalho à situação encontrada.

Porém, mesmo sendo pouco conhecido pelos profissionais, foi possível identificar sinais de organização do trabalho e planejamento das atividades, conforme as falas a seguir.

[...] foi realizado pela gestão, coordenação da atenção básica e depois foi concluído em equipe. Nele foram colocadas situações que a gente tinha que cumprir e a nossa territorialização (E1).

O diagnóstico na época em que eu fiz a especialização em saúde da família e aí a gente mobilizou a equipe, todo mundo colheu os dados e aí foi feito o diagnóstico, depois teve uma nova territorialização que a gente também refez o diagnóstico e assim, eu acho que é uma coisa bem dinâmica, porque de vez em quando você tem que dar uma avaliada, né? E fazer um novo diagnóstico, porque às vezes a situação muda né? E de vez em quando tem que dar uma olhada (M1).

Na verdade quando eu comecei a trabalhar não foi feito esse diagnóstico, porque há dezesseis anos e quase dezessete não fazia isso ainda (T1).

[...] essa é uma coisa que acontece no início, antes do surgimento da equipe, e como eu só estou há dois anos e meio na equipe, não houve. [...] depois que a equipe começou a participar do PMAQ, a gente planeja mais, então conversa mais sobre os problemas, a equipe procura soluções e nem todas a gente consegue, eu vejo que há um diálogo maior e a gente monitora melhor também esses indicadores (E1).

Importante ressaltar que o manual instrutivo do PMAQ-AB recomenda que as equipes devem, além de planejar, também monitorar e avaliar as ações desenvolvidas em seu território, discutindo sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identificando e implementando estratégias de intervenção para o enfrentamento e a redefinição de rumos (BRASIL, 2013).

Pode-se constatar que a EqSF 1 realiza planejamento de suas atividades semanalmente nas reuniões do PMAQ-AB, assim denominada por ele, e o monitoramento apenas quando se faz necessário que a equipe desenvolva atividades. Nessas reuniões são discutidos casos e problemáticas que envolvem a comunidade, assuntos internos e pactuação de metas por todos.

Já na EqSF 2, o planejamento acontece nas reuniões mensais ou quando é conveniente, e o monitoramento é realizado pelos enfermeiros e ACS, anualmente.

te. Nesta equipe, devido à adesão a processos avaliativos anteriores (AMAQ), o processo autoavaliativo aparece com maior desenvolvimento, ainda que após o PMAQ-AB, esta tenha se institucionalizado.

Avaliação é feita realmente quando vêm avaliações externas e aí acaba sendo um pouco pontual, e deveria ser com mais veracidade, com mais afinco, uma coisa mais programada. Acaba sendo que a gente vai levando o dia a dia e vão passando essas coisas (E2).

A realidade vivenciada pela EqSF 3 também aponta para dificuldades no exercício do planejamento, monitoramento de indicadores e autoavaliação, realizados nas reuniões mensais. Ainda assim, percebe-se que, com a implantação do PMAQ-AB, a rotina de monitorar e realizar a autoavaliação passou a fazer parte da agenda das equipes.

O planejamento acontece de acordo com a demanda durante as reuniões. O monitoramento a gente recebe os indicadores do SIAB que tem como ser avaliado e a gente também faz parte do PMAQ, onde a gente utiliza o AMAQ como um ponto de avaliação da equipe (E3).

Foi possível constatar, portanto, que as equipes observadas têm disponíveis dados e indicadores de saúde de sua área de abrangência, porém apresentam, nos discursos, muitas fragilidades em relação à temática, muitas vezes confundida com entrega de produção, em que os dados consolidados são entregues para digitação no SIAB local.

Vale ressaltar ainda que, mesmo com as indicações oficiais do MS para a execução de atividades de monitoramento de indicadores, avaliação e discussão dos resultados alcançados pelas equipes, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, muitas das responsabilidades relacionadas a essas atividades encontram-se centralizadas na função do coordenador ou líder de equipe, em sua maioria realizada pelo enfermeiro.

Dificuldades e facilidades do processo de trabalho nas equipes

Desde o surgimento da ESF, constataram-se avanços consideráveis na assistência à saúde do país, como a queda da mortalidade infantil e do número de internamentos por causas evitáveis. Contudo, mesmo após a expansão dos serviços, ainda se verificam grandes desafios, dentre os quais, muitos relacionam-se à incompreensão ao modelo de Atenção Primária de Saúde (APS), ou mesmo à falta de recursos humanos com competência para atuar na área, desvalorização dos profissionais, inexistência de sistemas integrados, sistemas de referências inadequados, fixação de profissionais na área de atuação e infraestrutura deficiente (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013).

Estes problemas têm relação direta com o processo de trabalho dos profissionais das equipes de atenção básica. Este perpassa uma atuação articulada com a equipe, de modo que cada ator possa desempenhar o seu trabalho como agente de transformação, com o objetivo de contribuir para a construção da saúde, enquanto produção social e qualidade de vida (SANTOS, 2010).

Para Mishima et al. (2009), o processo de trabalho tem como foco principal a produção do cuidado, com ênfase na mobilização dos atributos de conhecimentos, habilidades e atitudes. Já Merhy (2002), conceitua-o como centrado no trabalho vivo em ato, ou seja, no trabalho humano, no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Assim, conhecer esse processo dentro das equipes poderá contribuir para singularizá-lo e potencializar o trabalho vivo em saúde, buscando a satisfação de usuários e profissionais.

No Quadro 1, apresentamos as facilidades e dificuldades apontadas pelos profissionais das EqSF em relação ao seu processo de trabalho.

Quadro 1 – Facilidades e dificuldades do processo de trabalho nas EqSF

Profissionais	Facilidades	Dificuldades
Médico	Bom relacionamento entre os profissionais; tempo de conformação da equipe; e agendamento dos serviços prestados.	Necessidade de uma atenção secundária mais resolutiva e rápida; falta de material e medicamentos básicos.
Enfermeiro	Alguns profissionais têm uma visão boa para realizar alguns processos; proatividade dos agentes de saúde; baixa rotatividade de profissionais na equipe; união e interesse da equipe.	Alguns profissionais só fazem o pontual e não têm visão para trabalhar na EqSF; o enfermeiro assume duas funções dentro da equipe: enfermeiro da EqSF e gerente da unidade, conferindo sobrecarga a esse profissional; população numerosa e muitas empresas com o fluxo de entrada e saída de pessoas na área.
Dentista	Boa integração entre os profissionais; motivação da equipe; boa comunicação e proatividade.	Problemas estruturais: necessidade de reforma do ponto de apoio e a falta de água às vezes no mesmo; equipamento quebrado; falta de manutenção e, quando alguém adoecer, não tem como substituir; dificuldade de comunicação entre os funcionários; falta de comunicação entre o posto sede e o ponto de apoio; falta de diálogo; realização de atividades sem programação.

ACS	Bom entendimento entre as pessoas da equipe; comprometer das pessoas que trabalham na equipe.	
ASB	Não faltar material; acesso do usuário à equipe; união, empenho e dinâmica do trabalho em equipe.	Quebra corriqueira de alguns equipamentos; falta de alguns insumos.
Técnica de enfermagem	Motivação para o trabalho; integração da equipe e perfil de facilitar o trabalho.	Remuneração baixa; condições de trabalho deficientes.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: ACS: Agente Comunitário de Saúde e ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

É possível observar que os profissionais da EqSF consideram como fatores que facilitam o processo de trabalho o tempo de conformação da equipe, a motivação, o comprometimento, a ajuda mútua e a integração dos seus membros.

Medeiros et al. (2010), em estudo realizado no Rio Grande do Sul, encontraram taxas de rotatividade dos profissionais que ultrapassaram 40% nas equipes de saúde da família. Esse ponto, apontado pelos autores como dificultador, foi ratificado pelos resultados deste estudo, visto que em virtude da baixa rotatividade, a equipe consegue melhor desempenho do trabalho em equipe, em auxílio mútuo e relatando boas relações profissionais.

Os problemas relacionados a Recursos Humanos em Saúde (RHS) são frequentes e já recebem atenção governamental visando a sua minimização. Podem-se citar, entre eles: a falta de pessoal preparado para atuar na perspectiva de vigilância à saúde, em face da baixa capacidade das instituições formadoras em saúde para proceder a adequações no processo de formação à atenção básica; e a alta rotatividade de profissionais, sobretudo de médicos, muito em parte devido às modalidades de contratação, estrutura física das unidades e carga horária de 40 horas semanais (NEY; RODRIGUES, 2012; VARELLA; PIERANTONI, 2008).

A dificuldade de fixação de profissionais na EqSF corresponde a um dos maiores problemas enfrentados pelos gestores, até em municípios de grande porte que apresentam mercado de trabalho favorável, com maiores possibilidades de progressão profissional.

Os principais fatores causais da alta rotatividade têm sido o abandono da EqSF para cursar programas de residência, além de problemas como insatisfação profissional, distância da capital, baixos salários, vínculo trabalhista precário e condições de trabalho inadequadas (BORRELLI, 2004).

Na realidade, há de se considerar ainda a falta de perfil profissional para trabalhar na atenção básica, que acontece não somente com a categoria médica, mas com todos os profissionais. Isto ocorre em virtude de um desacordo entre

a formação e as competências necessárias para o trabalho na saúde pública, em especial na saúde da família. Outros aspectos dizem respeito à fragmentação da formação e ao crescimento das especialidades, apontados também como fatores que dificultam a integração dos profissionais nas equipes e na relação com os usuários, além de trazerem ao profissional a sensação constante de resolutividade centrada nos encaminhamentos para especialidades.

Ferreira, Fiorini e Crivelaro (2010) relatam as dificuldades ainda encontradas para a formação profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS), apontando grandes dificuldades ocorridas na integração ensino-serviço e as dissonâncias no desenvolvimento das funções docente e assistencial na atenção básica, as quais deveriam estar intrinsecamente vinculadas.

Outro ponto de dificuldade relatada está relacionado à garantia da integralidade e longitudinalidade do cuidado, visto que muitas das questões relacionadas ao atendimento especializado, em nível secundário de atenção à saúde, fogem da governabilidade da equipe.

A atenção integral é quase utópica porque a gente não sabe se consegue não, consegue alguma coisa, mas assim, esses últimos dias eu estou tão desanimada com essa central, um monte de pessoa assim que eu encaminhei faz um tempo, pessoas de julho do ano passado tudo lá ainda (M1).

O relato deixa aparente a angústia vivenciada pelos profissionais diante das dificuldades advindas da baixa resolutividade conferida à Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar de apontada como capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde de seus usuários, este ainda é um dos grandes desafios para esse modelo de atenção à saúde.

A atenção básica, como rede de serviços de nível primário de atenção (unidade básica de saúde), deve estar qualificada para atender a grande maioria dos problemas de saúde dos usuários que a eles recorrem. Porém, essa capacidade de resolutividade não consegue se efetivar na prática cotidiana.

Estudo realizado por Rosa, Pelegrini e Lima (2011) aponta que os serviços de atenção básica sempre, ou na maioria das vezes, foram capazes de resolver pouco mais de 60% das demandas dos usuários. Essa baixa resolutividade dá-se, também, por problemas relacionados à má gestão e operacionalização dos recursos disponíveis.

Neste estudo, foram apontados muitos problemas relacionados à infraestrutura, fatos constatados também durante a observação, quando foi verificado que não havia atendimento odontológico em razão de materiais quebrados. A falta de medicamentos básicos, materiais e alguns insumos são também fatores que dificultam o processo de trabalho ambulatorial e, muitas vezes, preventivo dos profissionais.

Importante relatar que o planejamento da agenda de trabalho foi levantado como fator facilitador e dificultante no desenvolvimento das ações, visto que muitas das atividades, apesar de planejadas anteriormente, são modificadas ou readequadas conforme a necessidade e/ou conveniência.

Essas dificuldades apresentam-se não somente no município investigado, mas também nos demais municípios do Estado. A própria estrutura física das unidades de saúde que, em sua maioria, não oferece condições adequadas para o atendimento, a falta de medicamentos, materiais e transporte adequado, dificultam a evolução da resolutividade, acesso e atenção à saúde na ESF.

Considerações Finais

Objetivando conhecer a dinâmica do processo de trabalho na EqSF de Quixerém-CE, esta investigação apontou que, apesar das dificuldades apresentadas, a dinâmica de trabalho foi modificada com a inserção do PMAQ-AB, em que as mesmas, em parceria com a gestão, buscaram a reorganização do trabalho em âmbito local.

Concluímos que muito ainda precisa ser feito para garantir o acesso e a qualidade aos usuários, mas com o PMAQ-AB já se iniciou esse processo, mediante a incorporação das avaliações externas, além das orientações propostas para os processos de trabalho dentro da realidade de cada equipe, dando maior visibilidade da atenção básica dentro da gestão local.

Para tanto, faz-se necessária a incorporação e o despertar de todos, a fim de observar, monitorar e avaliar os processos de trabalho e realmente saber se as nossas práticas estão condizentes com o que é orientado pelo Ministério da Saúde.

O controle das EqSF ainda continua com o enfermeiro, e o processo de trabalho gira em torno de sua administração. O maior ciclo de rotatividade atualmente se faz com os dentistas e não mais com os médicos, como mostra a literatura.

Diante dos resultados da pesquisa, surgiu outra indagação: a estratégia saúde da família tem de dar resposta a tudo?

Sugere-se, ainda, a realização de treinamento para os profissionais de saúde, visando à execução do fluxograma analisador, a fim de que o mesmo torne-se um instrumento potente na viabilização da EqSF, além de operar na direção de se produzirem serviços e profissionais de saúde mais responsabilizados e criativos com o seu processo de trabalho, na institucionalização do planejamento, no monitoramento e na avaliação. Para a gestão, coordenação e equipes de saúde da família, a revisão contínua dos processos de trabalho deve acontecer juntamente com a comunidade e se fazer sempre que for necessário.

Referências

ANDRADE, Luiz L. Odorico O. Monteiro M.; BARRETO, Ivana I. Cristina C. de Holanda H. CunhaC.; COELHO, Luisa L. Cela de .Arruda. A estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia & Saúde**, Medbook, c. 31. p. 601-621, 2013.

BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto – uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau** Dissertação (Mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, sup.1, p.1336-1338, 2009.

BORRELLI, F. R. G. **A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe**: um problema a ser enfrentado (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

_____. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Portaria MS/GM 1.654, 19 de julho de 2011**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2011b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: manual instrutivo. Brasília, 2011c. 44 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011d. 197 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: AMAQ / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 58-62p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013. **Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html>. Acesso em: 16 mar. 2014.

_____. **Histórico de Cobertura da Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 15 mar. 2015.

CAMPOS, G. W. S.; *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologias & Saúde**. Medbook, c. 31. p. 601-621, 2013.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado. **Metodologia de melhoria da qualidade da atenção à saúde**: instrumento de avaliação e supervisão. Fortaleza: SESA, 2002. 120p.

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de Campo: um instrumento de reflexão. **Revista Contexto/Educação**. Ijuí, Unijuí, v. 7, [s.d]. Disponível em: <<http://catvaz.web-node.com/diario-de-campo/>>. Acesso em: 3 jul. 2013.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.34, n. 2, abr./jun. 2010.

IBGE. **Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popce.def>>. Acesso em: 3 jul. 2013.

KRUG, S. B.F. *et al.* **O processo de trabalho na estratégia de saúde da família**: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. Porto Alegre, v.9, n.1, p. 77-88, jan/jun. 2010.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Cereus**, v. 6, n. 1, 2014.

MEDEIROS, C. R.G.; JUNQUEIRA, Á. G.W.; SCHWINGEL, G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MISHIMA, S. M. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 313 -320, 2009.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **ALEA**, v. 7, n. 2, p. 305-22, 2005.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H. W; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm (Internet)**, v.32, n.2, p.345-351, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a19v32n2.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

SANTOS, F. P. A. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão arterial** (Dissertação de Mestrado). Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.

SAVASSI, Leonardo L. Cançado C. Monteiro M.. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista brasileira medicina da família comunidade**, v.7, n.23, p.69-74, 2012.

QUIXERÉ, Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde de Quixeré. **Relatório de Gestão**. Quixeré, 2010.

VARELLA, T.C.; PIERANTONI, C.R. Mercado de Trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A Década de 90 em Destaque. **Physis**, v. 18, n. 3, p. 521-544. 2008.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos** Trad. Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre : Bookman, 2001.

_____. **Case study research: design and methods**. 2. ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1994.

11.

**Avaliação dos Acidentes
com Material Biológico
Entre Profissionais de
Enfermagem em
Unidades Básicas
de Saúde**

Marília de Lima Holanda

Francisca Verônica Moraes de Oliveira

Joselany Áfio Caetano

Neiva Francenely Cunha Vieira

Renata de Sousa Alves

Introdução

Acidente de Trabalho entre Profissionais de Saúde

Entende-se por acidente de trabalho, qualquer evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador, bem configurado no tempo e no espaço e que acarreta dano, potencial ou imediato, à saúde do trabalhador (BRASIL, 2006). O Ministério da Saúde define como acidente de trabalho o ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho e vice-versa o qual provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou a redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2004).

Da mesma forma que destacado na Portaria GM n.º 737, de 16 de maio de 2001, adota-se o termo acidente

em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que a maioria desses eventos é, em maior ou menor grau, perfeitamente previsível e prevenível (BRASIL, 2001a, p.3).

Os acidentes de trabalho são um assunto de importância e relevância nacional e internacional devido aos prejuízos que podem trazer ao profissional acidentado, às instituições empregadoras e ao governo (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007).

Os profissionais de saúde, durante a assistência prestada aos pacientes, estão expostos a inúmeros fatores de riscos ocupacionais que contribuem para o aparecimento e desenvolvimento de doenças ocupacionais e que podem causar acidentes de trabalho. Esses riscos podem ser classificados em: químicos, físicos, ergonômicos, organizacionais, psicossociais, mecânicos, de acidentes e biológicos (BRASIL, 1978; 1994).

Os riscos químicos estão relacionados ao manuseio de agentes e substâncias químicas que possam penetrar no organismo pelas vias respiratórias sob as formas de líquido, gases ou vapores, névoas, fumo, neblina, partículas e poeiras minerais e vegetais, como exemplo tem-se o manuseio de antissépticos, álcool, desinfetantes, desencrostantes, a utilização de luvas de procedimento, a administração de medicamentos e soluções, o uso de gases e vapores anestésicos, entre outros. Os riscos físicos referem-se à radiação ionizante e não ionizante, temperaturas extremas (frio, calor), pressão atmosférica anormal, ruídos, iluminação inadequada, dentre outros (BRASIL, 1994).

Os riscos ergonômicos estão relacionados à postura que o profissional assume para realizar suas atividades, levantamento de pesos excessivos, flexões inadequa-

das da coluna vertebral, que podem gerar problemas à saúde do trabalhador como lombalgias, cansaço físico, alterações no sono e fraturas (PEREIRA *et al.*, 2014).

Os riscos organizacionais e psicossociais decorrem da organização e gestão do trabalho, relações de trabalho conflituosas, monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, insatisfação/frustração, do trabalho em turnos e noturno entre outros fatores que podem levar à depressão, insônia, suicídio, alcoolismo, tabagismo, consumo de drogas ilícitas e fadiga mental. Os riscos mecânicos e de acidentes estão ligados à proteção das máquinas e instrumentos perfurantes e cortantes, arranjo físico do espaço, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, falta de sinalização, rotulagem de produtos inadequada e outros que podem predispor aos acidentes do trabalho, como as quedas.

Já os riscos biológicos referem-se ao contato do profissional com microrganismos (vírus, bactérias e parasitas em geral), que podem causar doenças como: tuberculose, rubéola, herpes, escabiose, AIDS e hepatites. O contato do profissional com material biológico potencialmente contaminado é frequente entre os profissionais da área da saúde, por meio de acidentes com materiais perfurocortantes ou do contato direto das secreções orgânicas (sangue e outros fluidos corporais) com a pele e/ou mucosas dos trabalhadores (BRASIL, 1994). Dentre todos os riscos aos quais os profissionais da área da saúde estão expostos, o maior, devido a severidade de suas consequências, é o acidente com material biológico, que expõe o trabalhador a microrganismos patogênicos que podem causar doenças graves e incuráveis. Aqui destaca-se a contaminação pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C, os quais podem ser letais. De forma mais frequente, essa contaminação ocorre por via cutânea, por meio dos acidentes com materiais perfurocortantes (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007). Define-se como perfurocortante, qualquer material pontiagudo ou que tenha fio de corte que seja capaz de causar perfuração ou corte, dentre os quais destacam-se agulhas, lancetas, lâminas de bisturi e escalpes, por serem os mais utilizados pela equipe de enfermagem (SERAFIM; LENTEZ, 2012).

No Brasil, os acidentes com perfurocortantes começaram a ser estudados já na década de 1970, de forma inicial, e ganhou uma grande visibilidade na década de 1980 com o início das publicações e debates sobre a AIDS (SERAFIM; LENTEZ, 2012).

Acidentes com material biológico

Os profissionais de saúde estão constantemente expostos aos riscos de sofrer acidentes ocupacionais por meio do contato com os diferentes agentes veiculados pelo sangue e outros fluidos orgânicos (BRASIL, 2004). Dentre os fluidos corporais, o sangue tem sido reconhecido como o veículo mais importante de transmissão ocupacional dos vírus da hepatite B (HBV), hepatite C (HCV) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (MACHADO; MACHADO, 2011).

As exposições do trabalhador da área da saúde a material biológico podem ser percutâneas (lesões provocadas por instrumentos perfurantes ou cortantes,

exemplos: agulhas, lâminas de bisturi, lancetas etc.), mediante contato com membranas mucosas (respingos na face atingindo olhos, nariz e boca), exposição de pele não íntegra ou por meio de mordeduras e/ou arranhaduras (quando envolvem presença de sangue) (MACHADO; MACHADO, 2011). Qualquer contato direto do profissional de saúde com material biológico, potencialmente contaminado por microrganismos, é considerado uma exposição e requer avaliação (MACHADO; MACHADO, 2011). Dentre os materiais biológicos verifica-se sangue, secreção vaginal, sêmen e tecidos corporais (SERAFIM; LENTEZ, 2012).

Devido ao fato de os acidentes de trabalho ocorridos entre profissionais da área da saúde envolver material biológico e poder levar o profissional acidentado a contrair enfermidades incuráveis, eles são caracterizados como acidentes graves e, desta forma, são de notificação compulsória (BRASIL, 2006).

Os acidentes de trabalho envolvendo material biológico no Brasil, que são os que mais ocorrem entre os profissionais da área da saúde, são agravos considerados como problema de saúde pública, pelas consequências que podem trazer para a saúde e qualidade de vida do profissional acidentado, impactando na morbimortalidade da população. Hoje o acidente de trabalho envolvendo material biológico é objeto prioritário das ações do Sistema Único de Saúde, que, em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos e da sociedade civil, deve continuar a buscar formas efetivas para o seu enfrentamento (BRASIL, 2004).

Com o crescimento da incidência de hepatite B e a infecção pelo HIV entre profissionais de saúde, verifica-se uma maior conscientização da necessidade da prevenção. Entre os profissionais da saúde, a soroprevalência e a incidência anual do vírus da hepatite B é de 2 a 4 e de 5 a 10 vezes maior, respectivamente, quando comparadas com as da população em geral. Já em relação ao HIV, os dados são menos preocupantes, pois a taxa de soroconversão pós-exposição ocupacional por ferimento percutâneo é baixa, quando comparada com o da hepatite B e tem variado entre 0,3% e 0,5%, dependendo do tamanho do inóculo, da duração do contato e da extensão do ferimento (BRASIL, 2001a). Foram relatados na literatura científica internacional cerca de 55 casos, confirmados até 1999, decorrentes de exposição ocupacional em trabalhadores de saúde, em decorrência de acidentes perfurocortantes com agulhas ou material cirúrgico contaminado, manipulação, acondicionamento ou emprego de sangue ou de seus derivados e contato com materiais provenientes de pacientes infectados. O risco de adquirir hepatite B é cerca de 100 vezes maior que o risco contrair HIV e de 10 vezes maior que o risco para o vírus da hepatite C (BRASIL, 2001b).

Evitar a exposição ocupacional é o principal caminho para prevenir a transmissão dos vírus das hepatites B e C e o HIV. Entretanto, a imunização contra a hepatite B e o atendimento adequado pós-exposição são componentes integrais para um completo programa de prevenção de infecção após acidentes ocupacionais e são importantes elementos para a segurança do trabalho.

Todos os acidentes de trabalho que envolverem material biológico devem ser tratados como emergência médica, pois as medidas profiláticas pós-acidentes devem ser iniciadas o mais brevemente possível, visando à redução de danos à saúde do profissional vitimado (SERAFIM; LENTEZ, 2012).

Acidente de trabalho com material biológico e a equipe de enfermagem

Os profissionais dos serviços de saúde mais expostos aos riscos biológicos são os que fazem parte da equipe de enfermagem e médica, que estão envolvidos na atenção direta aos pacientes, em virtude do contato direto e frequente com sangue e secreções (LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011).

Diversos são os estudos que destacam dentre os profissionais de saúde os atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem como os que mais se envolvem em acidentes de trabalho (ALVES; PASSOS; TOCANTINS, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2012; CHIODI *et al.*, 2010; MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Em estudo realizado no Brasil, com trabalhadores da saúde, visando à identificação do risco ocupacional de infecção pelo HIV, foi constatado que 88,8% dos acidentes de trabalho notificados acometeram o pessoal da enfermagem (MACHADO *et al.*, 1992).

Pesquisa realizada em um Hospital Universitário de Fortaleza demonstrou que, do total de acidentes com perfurocortantes notificados, 75,2% acometeram profissionais da equipe de enfermagem (45 casos). Destes, 42 eram auxiliares ou técnicos de enfermagem e apenas 3, enfermeiros (PAULINO; LOPES; ROLIM, 2008).

Verifica-se que dentro da equipe de enfermagem, os auxiliares e técnicos constituem o grupo mais exposto aos riscos de acidentes (ARAÚJO *et al.*, 2012; CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; MACHADO; MACHADO, 2011; PAULINO; LOPES; ROLIM, 2008). Em vários estudos que analisam a ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico entre os profissionais da equipe de enfermagem, a proporção de acidentes é menor entre enfermeiros do que entre técnicos e auxiliares (ARAÚJO *et al.*, 2012; MACHADO; MACHADO, 2011; PAULINO; LOPES; ROLIM, 2008). Isso pode ser explicado pelo fato de os auxiliares e técnicos de enfermagem estarem mais expostos a acidentes por permanecerem a maior parte do tempo na assistência direta aos pacientes, executarem vários procedimentos invasivos e utilizar, em sua atividade diária, materiais perfurocortantes como instrumentos de trabalho. Essa realidade é ainda mais destacada nas UAPS, onde os enfermeiros ficam mais responsáveis por atividades administrativas, burocráticas, de gerência e supervisão, muitas vezes delegando a atividade assistencial e a realização de procedimentos para as outras categorias da enfermagem.

Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem do Hospital Geral de Palmas, capital do Estado do Tocantins, verifica-se que, dentre os participantes da pesquisa, 178 (45,7%) declararam que já sofreram exposição acidental com ma-

terial biológico durante suas atividades profissionais. Destes, 178 profissionais, 106 (59,9%) eram técnicos de enfermagem, 57 (32%) auxiliares de enfermagem e 15 (8,4%) enfermeiros. Dos acidentados 97 (54,4%) declararam ter feito notificação escrita ou verbal sobre o seu acidente e 81 (45,6%) afirmaram não ter feito nenhum tipo de notificação (MACHADO; MACHADO, 2011).

Uma justificativa dada para este grande número de acidentes estarem relacionados a profissionais da equipe de enfermagem é o fato desta classe estar em maior número dentro das instituições de saúde (LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011), além dos inúmeros procedimentos realizados pela classe, estando os profissionais em contato direto e frequente com os pacientes e com fluidos e secreções provenientes destes, e com materiais perfurocortantes (ARAÚJO *et al.*, 2012). A enfermagem ainda é uma profissão predominantemente feminina, no Brasil é constituída por 84,6% de pessoas do sexo feminino (FIOCRUZ, 2015), o que justifica os resultados encontrados a respeito da prevalência deste tipo de acidentes entre as mulheres (LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011).

Vários foram os estudos a abordar a temática Acidentes de Trabalho (AT) no cenário hospitalar, porém, pouca atenção tem sido dispensada a essa temática no âmbito da Rede Básica de Saúde: Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS); Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS); Núcleos de Saúde da Família (NSF) e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esses serviços, que possuem peculiaridades diferentes das encontradas nos hospitais, também merecem atenção devido ao grande número de profissionais que atuam nestas instituições (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007).

Em um trabalho publicado no ano de 2006, Chiodi e Marziale (2006) realizaram um levantamento bibliográfico das pesquisas nacionais com enfoque nos riscos ocupacionais aos quais estão expostos os profissionais que atuam na Saúde Pública. Tal levantamento foi feito por meio de busca de trabalhos publicados entre os anos de 1990 e 2005 nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), DEDALUS (Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo) e no Banco de teses da Universidade de São Paulo (USP), utilizando os descritores: saúde pública, riscos ocupacionais, acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e enfermagem. Foram encontradas 279 publicações abordando riscos ocupacionais, sendo que apenas 12 (4,3%) enfocavam os riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais de saúde que atuam nas UAPS, UBDS e na Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre os doze estudos realizados na Atenção Primária à Saúde (APS), os riscos biológicos foram objeto de estudo de 8 dessas publicações (66,7%), nas quais acidentes com material perfurocortantes foram estudados, seguindo os riscos psicossociais, que foram estudados em todas as publicações (100%).

Diante desse pequeno número de pesquisas abordando os riscos ocupacionais aos quais estão expostos os profissionais atuantes no nível da Atenção Pri-

maria à Saúde (APS), principalmente os riscos biológicos, percebe-se que este tema ainda não desperta interesse entre os pesquisadores, mesmo após os casos de HIV e hepatite B diagnosticados em profissionais da saúde após exposição ocupacional (CHIODI; MARZIALE, 2006).

Com este trabalho, buscou-se descrever as características dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, ocorridos com auxiliares e técnicos de enfermagem, em Unidades de Atenção Primária à Saúde. Com os dados obtidos, espera-se mapear as condições de risco que mais culminam em acidentes para os trabalhadores e propor à gestão, ferramentas para minimizá-los nos ambientes de trabalho.

Método

Trata-se de um estudo de campo recordatório, de natureza quantitativa, de caráter descritivo e exploratório sobre a caracterização de acidentes de trabalho com exposição a material biológico, ocorridos com auxiliares e técnicos de enfermagem, em Unidades de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Regional III (SR III) do município de Fortaleza, nos últimos cinco anos (2009 a 2013).

Na SR III, há 16 unidades básicas de saúde, 101 auxiliares e técnicos de enfermagem e 66 equipes de saúde da família, de acordo com levantamento junto aos técnicos da citada secretaria em agosto de 2013.

São diversos os procedimentos de enfermagem realizados, entre eles: vacinas; curativos; retirada de pontos; administração de medicações injetáveis, orais e em aerossóis; punções venosas; coleta de material (sangue, urina, fezes e escarros) para exames. Procedimentos estes que expõem constantemente a saúde dos profissionais a vários riscos, principalmente os biológicos. Daí a importância de conhecer, aplicar e obedecer as normas e rotinas de biossegurança.

A população foi composta por profissionais (técnicos e auxiliares de enfermagem) que atuam na SR III de Fortaleza, utilizando como critérios de inclusão exercer suas atividades em uma das 16 Unidades Básicas Saúde da Secretaria SER III e trabalhar na assistência. Os profissionais que tinham suas funções desviadas (profissionais que são contratados como auxiliares ou técnicos de enfermagem, mas que na prática exercem funções administrativas), que estavam de licença médica ou prêmio no período de coleta de dados e que não foram encontrados na sua unidade de lotação durante seu horário de trabalho por três tentativas distintas, foram excluídos da pesquisa. Desta forma, 97 participantes estavam aptos a participar, constituindo-se a amostra da pesquisa.

A coleta de dados se deu por meio de um formulário resumido que foi adaptado de um documento maior (formulário completo) para notificação de exposição ocupacional a material biológico (MARZIALE, 2003). O formulário completo, utilizado pela Rede de Prevenção de Acidentes do Trabalho com Material Biológico em Hospitais Brasileiros (REPAT – USP), foi construído com base na Comuni-

cação de Acidente do Trabalho (CAT), no instrumento proposto pela *Occupational Safety and Health Administration* e no protocolo de coleta de dados do EPINET. Este formulário contém dados de identificação do trabalhador acidentado, do local/setor de trabalho, descrição da atividade realizada e do acidente (objeto causador, motivos/causas do acidente), medidas adotadas quando da ocorrência do acidente (condutas e tratamento), situação vacinal do trabalhador (MARZIALE, 2013).

As informações foram coletadas pela própria pesquisadora nos meses de outubro e novembro de 2013 e os dados tabulados em um banco de dados do programa *Microsoft Excel 2010 for Windows*, exportadas para o *software* de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0 para *Windows*, no qual as avaliações dos dados categóricos foram realizadas utilizando os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher e adotado um índice de confiança de 95% ($p < 0.05$).

Durante a realização da pesquisa, foi seguida a Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) que dispõe sobre pesquisa com seres humanos sendo a pesquisa apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovada no dia 20/09/2013, parecer no 401.099.

Resultados

Foram encontrados 101 auxiliares e técnicos de enfermagem trabalhando nas 16 Unidades de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza. A presente pesquisa foi realizada com 97 participantes, pois três auxiliares e/ou técnicos de enfermagem não foram encontrados no seu local de trabalho durante o período de coleta de dados (licenças médica ou prêmio) e um não aceitou participar do estudo.

Destes, 29 profissionais (27 do sexo feminino e 2 do masculino) afirmaram ter sofrido acidentes nos últimos cinco anos, totalizando 40 eventos desta natureza (alguns profissionais relataram mais de um acidente no período). Quanto a ocupação, 20 eram técnicos de enfermagem e 9 auxiliares.

Dos 40 acidentes relatados, foram identificados 12 (30%) acidentes que envolveram contato de material biológico com a pele e/ou mucosas do profissional e 28 (70%) que envolveram material perfurocortante previamente contaminado com fluidos orgânicos. Na Tabela 1, apresentamos os números relativos e absolutos dos acidentes identificados por tipo de exposição.

Tabela 1 – Distribuição, por tipo de exposição, dos acidentes com material biológico ocorridos com auxiliares e técnicos de enfermagem das UBS da SER III do município de Fortaleza, 2013

	n	%	IC 95%	p-Valor
Tipo de exposição (n=40)				
Percutânea	28*	70,0	53,4 – 83,4	0,001
Pele	8	20,0	9,0 – 35,6	
Mucosa	1	2,5	0,0 – 13,2	
Pele e mucosa	3	7,5	1,6 – 20,4	

Nota: * $p < 0,05$, Qui-quadrado ou Exato de Fisher. IC 95% = Intervalo de Confiança 95%.

Dos acidentes sem perfuração (12), o material biológico mais envolvido foi o sangue (n=7), o tipo de exposição mais comum foi contato com a pele (n=11) e a parte do corpo mais acometida foi o rosto (n=3) e as mãos (n=4). Na Tabela 2 apresentamos a distribuição dos acidentes que não envolveram perfuração cutânea por material biológico envolvido, tipo de exposição e parte do corpo atingida.

Tabela 2 – Distribuição dos acidentes com MB sem perfuração ocorridos com auxiliares e técnicos de enfermagem das UBS da SER III do município de Fortaleza, 2013

		Acidentes sem perfuração	
		Total	p-Valor
Material Biológico	Sangue	7 (58,4%)	0,308
	Secreção purulenta	3 (25%)	
	Secreção de vias aéreas	1 (8,3%)	
	Tecidos corporais	1 (8,3%)	
Tipos de exposição	Pele	8 (66,7%)	0,194
	Mucosa	1 (8,3%)	
	Pele e mucosa	3 (25%)	
Parte do Corpo	Rosto	3 (25%)	0,880
	Mão	4 (33,3%)	
	Outros	5 (41,7%)	

Nota: * $p < 0,05$, Qui-quadrado ou Exato de Fisher.

Dos acidentes percutâneos, 96,4% foram pelo contato com sangue. Destes, 64,3% foram ocasionados por agulha descartável, enquanto 21,4% por lancetas e

14,3% por outros agentes, incluindo escalpe, lâminas de bisturi e pinça ginecológica. Em nenhum dos acidentes o material causador tinha dispositivo de segurança. O material orgânico mais envolvido foi o sangue, o tipo de lesão mais comum foi o puntiforme e a parte do corpo mais acometida foram os dedos das mãos. De acordo com as características do acidente (extensão/profundidade e quantidade de material a que foi exposto) a avaliação dos acidentados demonstrou que 67,9% dos acidentes com perfuração foram classificados como superficiais, 21,4% como moderados e 10,7% como graves. A distribuição dos acidentes com perfuração por tipo de material biológico, agente causador, tipo de lesão, parte do corpo atingida e avaliação da gravidade pode ser vista na tabela 3.

Considerando o tempo de atividade profissional (anos de serviço na área de enfermagem), dos 29 profissionais que sofreram exposição, 1 (3,5%) trabalhava há menos de 5 anos, 10 (34,5%) trabalhavam de 5 a 10 anos, 10 (34,5%) de 10 a 20 anos; 5 (17,2%) de 20 a 30 anos e 3 (10,3%) há mais de 30 anos.

Dos 28 acidentes com perfuração, 20 (71,4%) acometeram técnicos de enfermagem e 8 (28,6%) auxiliares de enfermagem. Dos acidentes com perfuração ocorridos com auxiliares de enfermagem, três (37,5%) foram notificados e cinco (62,5%) não o foram. Dos ocorridos com os técnicos de enfermagem, sete (35,0%) foram notificados e 13 (65,0%) não o foram ($p=1.000$). O índice de notificação desse tipo de acidente foi de 35,7%. Nesse tipo de acidente, 1 (um) (3,5%) evento ocorreu com profissional com menos de cinco anos de ocupação, enquanto oito acidentados (28,6%) tinham entre 5 e 10 anos, oito (28,6%) entre 10 e 20 anos, seis (21,4%) entre 20 e 30 e cinco (17,9%) mais de 30 anos de profissão.

Tabela 3 – Distribuição dos acidentes com MB com perfuração ocorridos com auxiliares e técnicos de enfermagem das UBS da SER III do município de Fortaleza 2013

Acidentes com perfuração			
		Percutânea	p-Valor
Material biológico	Sangue	27* (96,4%)	<0,001
	Secreção vaginal	01 (3,6%)	
Agente causador	Agulha com lúmen	18* (64,3%)	<0,001
	Lanceta	06 (21,4%)	
	Escalpe	02 (7,1%)	
	Lâmina de bisturi	01(3,6%)	
	Pinça ginecológica	01(3,6%)	

			Continuação
Tipo de lesão	Punfiforme	20* (71,4%)	<0,001
	Escoriativa	05 (17,8%)	
	Corto-contusa	03 (10,8%)	
Parte o Corpo	Dedo da mão	21 (75%)	0,006
	Mão	05 (17,9%)	
	Outros	02 (7,1%)	
Gravidade	Superficial (leve)	19* (67,9%)	0,028
	Moderado	6 (21,4%)	
	Grave	3 (10,7%)	

Nota: * $p < 0,05$, Qui-quadrado ou Exato de Fisher.

Dos 12 acidentes sem perfuração, oito (66,7%) acometeram técnicos de enfermagem e quatro (33,3%) auxiliares de enfermagem. Dos acidentes sem perfuração ocorridos com auxiliares de enfermagem, dois (50%) foram notificados. Os ocorridos com os técnicos de enfermagem nenhum foi notificado ($p=0.516$). O índice de notificação desse tipo de acidente foi de 16,7%. Nesse tipo de acidente, sete eventos ocorreram entre profissionais que têm entre 5 e 10 anos de profissão, três entre 10 e 20 anos e dois entre 20 e 30 anos de profissão.

A distribuição dos acidentes com material biológico com e sem perfuração por tempo de profissão pode ser visualizada no Gráfico 1.

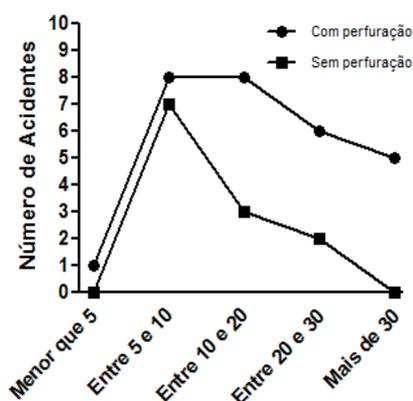


Gráfico 1 – Distribuição, por tempo de profissão, dos acidentes com MB com e sem perfuração ocorridos com auxiliares e técnicos de enfermagem das UBS da SER III do município de Fortaleza, 2013

Aos profissionais acidentados que não utilizavam EPI no momento do acidente (n=13), foi indagado sobre os motivos para o não uso da proteção. Encontramos 17 motivos para a não adesão ao uso do EPI entre os participantes acidentados. O motivo mais citado foi a pouca disponibilidade desses insumos na unidade básica de saúde, principalmente nas salas de vacina (n=8), além de dois participantes terem dito que no momento do acidente estavam realizando atividades que não precisam de EPI como a limpeza de bancadas. Um participante disse não usar EPI por não gostar, por se sentir incomodado com eles, outros dois disseram que, geralmente, não usam, um destes relatou só usar quando sabe que o paciente é HIV positivo ou portador de alguma doença infectocontagiosa e um ainda relatou que não vê a necessidade de usar EPI em unidade básica de saúde. Dois participantes alegaram ter sido só um descuido. Um participante, que se feriu durante uma campanha de vacinação, disse que em campanhas não se usa EPI, nem sequer o avental, apenas as blusas da campanha.

Na Tabela 4, expomos a quantidade de auxiliares e técnicos que usavam e não usavam EPI no momento da exposição a material biológico e a quantidade de profissional que relataram usar cada EPI.

Tabela 4 – Uso de EPI entre auxiliares e técnicos de enfermagem das UBS da SER III do município de Fortaleza, 2013

	N	%	IC 95%	p-Valor
Usava EPI no momento do acidente (n=40)				
Sim	24	60,0	43,3 – 75,1	0,369
Não	16	40,0	24,9 – 56,7	
Se sim, qual EPI (n=49)				
Máscara	17*	34,7	21,7 – 49,6	0,007
Aventais	16*	32,6	19,9 – 47,5	
Luva	12	24,5	13,3 – 38,9	
Óculos	2	4,1	0,5 – 14,0	
Outros	2	4,1	0,5 – 14,0	

Nota: *p<0,05, Qui-quadrado ou Exato de Fisher. IC 95% = Intervalo de Confiança 95%.

Na tabela seguinte (Tabela 05), estão expostos os motivos citados pelos profissionais para não usar EPI no momento do acidente relatado.

Tabela 05 – Motivos para o não uso de EPI relatados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem expostos a MB nas UBS da SER III do município de Fortaleza, 2013.

Motivo	N(%)
Pouca disponibilidade de EPI na unidade	08 (46,9%)
Realizava procedimentos que julgava não precisar de EPI	02 (11,8%)
Descuido, falta de cuidado	02 (11,8%)
Geralmente não usa EPI	02 (11,8%)
Não vê a necessidade de usar EPI em unidade básica de saúde	01 (5,9%)
O uso de EPI incomoda	01 (5,9%)
Era dia de campanha de vacina	01 (5,9%)
Total	17 (100%)

Discussão

O índice de participantes da presente pesquisa que já sofreu AT é similar ao encontrado em algumas pesquisas realizadas no âmbito hospitalar, nas quais a proporção de auxiliares e técnicos de enfermagem envolvidos em acidentes com material biológico variou de 43,6% a 45,7% (MACHADO; MACHADO, 2011; SIMÃO *et al.*, 2010). Vale ressaltar que 10,7% dos acidentes identificados neste estudo foram classificados pelo profissional acidentado como grave.

Também encontramos que a ocorrência de um acidente prévio não foi capaz de evitar novos acidentes, pois 31% dos profissionais que foram vítimas de acidentes com material biológico o sofreram mais de uma vez. No estudo de Ribeiro *et al.* (2010), no qual foi avaliada a influência de acidentes com material biológico na adesão ao uso de EPI, concluiu-se que um evento prévio de AT envolvendo material biológico não foi capaz de gerar mudanças de comportamento, mesmo que este evento tenha trazido preocupação e ansiedade para o profissional vitimado. Este achado reforça a importância da presença de serviços de educação permanente nas instituições de saúde para promover um espaço para que os profissionais de saúde reflitam sobre a biossegurança individual, bem como para levantar crenças e saberes destes trabalhadores sobre o tema, para que se possam propor medidas que diminuam os indicadores de adoecimento decorrentes de agravos relacionados.

Quanto ao fluido orgânico mais envolvido, verificamos que o sangue esteve presente em 85% dos acidentes, sendo 58,3% entre os acidentes sem perfuração e 96,4% entre aquele onde houve perfuração. Tal resultado foi similar ao encontrado na pesquisa de Simão *et al.* (2010), na qual se verifica que 82,6% dos acidentes analisados foram relacionados com o sangue. No estudo de Chiodi *et al.* (2010) o material biológico envolvido com acidentes de trabalho foi o sangue em 71,2% dos casos.

Na presente pesquisa houve predomínio dos acidentes com material biológico com materiais perfurocortantes (70%) que são mais graves por ocasionarem um

maior risco de contágio pelo profissional acidentado de vírus que causam doenças graves como os do HIV e das hepatites B e C. Diversos estudos têm mostrado que os acidentes com perfurocortantes são mais comuns que os com contato com fluidos orgânicos (ARAÚJO *et al.*, 2012; MACHADO; MACHADO, 2011; SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008). Em um estudo realizado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Londrina (PR), os acidentes com agulhas também foram a maioria, 92,5% dos acidentes com material biológico foram ocasionados por objetos perfurocortantes (SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI, 2008). Uma possível justificativa para os acidentes com perfuração serem mais frequentes que os de contato de material orgânico com pele e mucosas, está nas características dos acidentes. Os profissionais podem nem considerar o contato com fluidos corpóreos como acidentes e acabam banalizando-os, o que não ocorre com os que envolvem perfuração cutânea, que são mais concretos e assustadores. No estudo realizado por Facchin (2013), os acidentes que envolveram exposição de mucosas e pele tiveram uma chance 4,7 vezes maior de serem subnotificados quando comparados com os acidentes que envolveram perfuração cutânea.

A maioria dos acidentes com perfurocortantes foram do tipo puntiforme, lesões que trazem menos risco de contaminação por ter uma área de contato menor quando comparadas com as lesões corto-contusas e escoriativas. Apesar da maioria dos acidentes ter sido classificada como leves, não podemos esquecer que houve acidentes graves e que mesmo os leves trazem risco de contaminação pelos vírus das hepatites B e C e do HIV ao profissional acidentado.

Nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, onde a pesquisa foi realizada, não se verificou a presença de instrumentos perfurocortantes com dispositivos de segurança. Em nenhum dos acidentes causados por perfurocortantes, o instrumento causador da injúria tinha este dispositivo. Diante da grande incidência de acidentes envolvendo agulhas, salienta-se a importância de desenvolver dispositivos agulhados com mecanismos de proteção, com o intuito de reduzir o número destes acidentes e o consequente risco de infecção ocupacional (ARAÚJO *et al.*, 2012). Pesquisas apontam a efetividade desses equipamentos, quando utilizados corretamente, em evitar acidentes entre profissionais de saúde (ADAMS; ELLIOTT, 2006; ELDER; PATERSON, 2006; WICKER *et al.*, 2008). Aqui, mais uma vez, salientamos a importância de notificar todos os acidentes com perfurocortante, pois a subestimação da ocorrência desse tipo de acidente e a ausência de dados acerca dos fatores de risco para a sua ocorrência impede que os empregadores vejam a necessidade de oferecer equipamentos com dispositivos de segurança (FACCHIN, 2013).

Os equipamentos de proteção individual devem ser utilizados por todos os profissionais ao se envolverem em atividades que os exponham a manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes atendidos (SERAFIM; LENTEZ, 2012). Na presente pesquisa, o uso dos EPI não evitou a ocorrência do acidente, mas lembramos de que o uso diminui o risco ao

qual o profissional é exposto, reduzindo a gravidade do acidente, pois o uso de EPI pode reduzir em até 75% a quantidade de material biológico inoculados no profissional (CORREA; DONATO, 2007).

Os profissionais que não utilizavam EPI no momento do acidente citaram os motivos, dentre os quais o mais prevalente foi a pouca disponibilidade desses insumos na unidade básica de saúde, principalmente nas salas de vacina (n=8). Vale ressaltar que, segundo a NR 32, os EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição (BRASIL, 2005).

Considerações Finais

A análise dos resultados permitiu concluir que 1/3 (um terço) dos auxiliares e técnicos de enfermagem que trabalham nas 16 unidades básicas de saúde da Secretaria Regional III do município de Fortaleza foi vítima de acidente de trabalho envolvendo material biológico nos últimos cinco anos. Dentre os acidentes, destacam-se os causados por objetos perfurocortantes, expondo os profissionais a um risco maior de adquirir doenças como a hepatite B e C e a AIDS. Destacamos ainda a presença de três acidentes classificados como graves, mostrando que nas UAPS os profissionais estão se expondo a riscos biológicos que não estão sendo estudados por serem escassos os estudos com essa temática desenvolvidos na APS.

Em virtude dessa realidade, propõe-se que atividades de educação permanente sejam realizadas para os profissionais atuantes na atenção primária do município de Fortaleza para orientá-los sobre a importância da prevenção e notificação dos acidentes, com o objetivo de fazer o controle de agravos, diminuir os riscos ocupacionais e melhorar a qualidade de vida do profissional de enfermagem. Outra recomendação importante é que os EPI sejam disponibilizados em quantidade e qualidade adequadas em todos os setores das UBS, agulhas com sistemas de proteção já estão disponíveis no mercado e têm se mostrado eficazes na diminuição do número de acidentes nos estabelecimentos de saúde que as adotam.

Há a necessidade de implementar atividades de educação em saúde para os trabalhadores em questão com o intuito de estimular a adoção do uso dos EPI na Atenção Primária à Saúde de forma constante e correta, em todos os procedimentos sem discriminar com quais pacientes devem ser utilizados.

Diante das consequências, tanto biológicas quanto psicológicas, que podem trazer para vida do profissional, os acidentes com material biológico vêm ganhando destaque entre os pesquisadores da área saúde do trabalhador. É uma importante questão de saúde pública que deve ser mais bem discutida, em todas as instituições que prestam cuidado à saúde, qualquer que seja o nível de atenção. Recomenda-se expandir o presente estudo para as demais Secretarias Regionais para que se conheça a realidade do município e realizar novos estudos que abordem os danos psicológicos que esse tipo de acidente pode causar aos profissionais acidentados.

Referências

- ADAMS, D.; ELLIOTT, T. S. J. Impact of safety needle devices on occupationally acquired needlestick injuries: a four-year prospective study. **Journal of Hospital Infection**, London, v.64, n.1, p. 50-5, sept. 2006.
- ALVES, S. S. M.; PASSOS, J. P.; TOCANTINS, F. R. Acidentes com perfurocortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3 p. 373-377, jul./set. 2009.
- ARAÚJO, T. M. *et al.* Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de enfermagem. **Rev. Enf. Ref.** (online), Coimbra, v. 3, n. 7, p. 7-14, jul. 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012 e Norma operacional 001/2013. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, nº 12, 13 jun. 2013 – Seção 1 – p. 59.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- _____. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C.** Brasília, DF, 2004.
- _____. Portaria n.º 737/GM, de 16 de maio de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001a.
- _____. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde.** Brasília, DF, 2001b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114).
- _____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora – NR 9: programa de prevenção de riscos ambientais.** Portaria SSST nº 25 de 29/12/1994. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_09_at.pdf>. Acesso em: 11 set. 2013.
- _____. **Norma Regulamentadora – NR 5: comissão interna de prevenção de acidentes.** Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_05_at.pdf>. Acesso em: 11 set. 2013.
- CHIODI, M. B. *et al.* Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 31, n.2, p. 211-7, jun. 2010.

_____; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**(online), Ribeirão Preto, v.15, n.4, p. 632-638, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000400017&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02 jul. 2013.

_____; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão Bibliográfica. **Acta Paul Enferm.** (online), São Paulo, v. 19, n. 2, p. 212-217, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 dez. 2012.

CORREA, C. F.; DONATO, M. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva – a percepção da equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 197-204, jun. 2007.

ELDER, A.; PATERSON, C. Shaps injuries in UK health care: a review of injury rates, viral transmission and potential efficacy of safety devices. **Occupational Medicine**, Chicago, v. 56, n. 8, p. 566-574, Dec. 2006.

FACCHIN, L. T. **Subnotificação de acidentes com material biológico pela equipe de enfermagem: um estudo caso-controle.** 2013. 115f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

FIOCRUZ. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em: 25 maio 2015.

LIMA, L. M.; OLIVEIRA, C. C.; RODRIGUES, K. M. R. Exposição ocupacional por material biológico no hospital Santa Casa de Pelotas – 2004 a 2008. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 96-102, jan./mar. 2011.

MACHADO, A. A. *et al.* Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n.1, p. 54-56, fev. 1992.

MACHADO, M. R. M.; MACHADO, F. A. Acidentes com material biológico em trabalhadores de enfermagem do Hospital Geral de Palmas (TO). **Rev. Bras. Saúde de Ocup.**, São Paulo, v.36, n.124, p. 274-281, jul./dez. 2011.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 4, p. 571-577, jul./ago. 2002.

Continuação

_____. Formulário de notificação de exposição ocupacional a material biológico in **Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho – REPAT/USP**. 2003. Disponível em: http://repat.eerp.usp.br/coleta/coleta_de_dados

_____. **Rede de prevenção de acidentes de trabalho com exposição a material biológico em hospitais do Brasil (REPAT-USP)**. Disponível em: <http://repat.eerp.usp.br/projeto/>. Acesso em: 12 abr. 2013.

PAULINO, D. C. R.; LOPES, M. V. O.; ROLIM, I. L. T. P. Biossegurança e acidentes de trabalho com perfurocortantes entre os profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza-CE. **Cogitare Enferm.**, v.13, n. 4, p. 507-513, out./dez. 2008.

PEREIRA, J. D. A. S. *et al.* Boas práticas de laboratório e biossegurança: controle dos riscos ergonômicos. **Arch Health Invest**, v. 3, n. 2, p. 57-63, 2014.

RIBEIRO, L. C. M. *et al.* Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. **Ciências, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 325-332, abr./ jun. 2010.

SERAFIM, V.; LENTEZ, R. A. Avaliação dos casos de acidentes de trabalho com perfurocortantes na Secretaria de Saúde do Município de Içara. **RIES**, Caçador, v.1, n.1, p. 88-104, 2012.

SIMÃO, S. A. F. *et al.* Acidentes de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais de enfermagem de unidade de emergência hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 400-404, jul./set. 2010.

SPAGNUOLO, R. S.; BALDO, R. C. S.; GUERRINI, I. A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Londrina – PR. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.11, p. 315-323, jun. 2008.

WICKER, S. *et al.* Needlestick injuries among health care workers: occupational hazard or avoidable hazard? **Wiener Klinische Wochenschrift**, Wien, v. 120, n. 15-16, p. 486-92, Aug. 2008.

12.

Indicadores de Saúde da População Atendida pela Estratégia Saúde da Família de Teresina, Piauí

Meire Maria de Sousa e Silva

Liberata Campos Coimbra

Dorlene Maria Cardoso de Aquino

Raimundo Antonio da Silva

Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada em todo o mundo como a estratégia mais efetiva para a universalização do acesso à saúde. Tem sido apresentada como uma estratégia de organização da atenção à saúde, na perspectiva de atender a maior parte das necessidades de saúde da população de forma regionalizada, contínua e sistematizada, integrando ações preventivas e curativas com foco no indivíduo e na comunidade (MATTA; MOROSINI, 2010).

APS foi definida na Conferência Internacional de Alma-Ata, como:

Assistência à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978).

No Brasil, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde para a implantação desse modelo de atenção, surgiram com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Esses programas surgiram como forma de incentivar os municípios pequenos a assumir alternativas de organização dos serviços de saúde em âmbito local, principalmente naqueles em que as ações em saúde da população eram insuficientes (FAUSTO; MATTA, 2007).

A concepção abrangente de saúde assumida pelo texto constitucional brasileiro de 1988 aponta para uma mudança progressiva no sistema de saúde do país, inserindo as ações de promoção e de proteção daqueles que procuram os serviços de saúde.

A Constituição legitima o direito de saúde a todos e baliza os princípios de uma prática de saúde ética, que responda a universalidade (garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão); equidade (direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade) e integralidade (a pessoa é um todo indivisível inserido numa comunidade).

O Sistema Único de Saúde (SUS), na forma como é definido em lei, segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional, prevendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para Fausto e Matta (2007), a Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe incontestável relevância para a atenção básica na agenda decisória da política nacional de saúde, especialmente a partir de 1998, quando se desenvolveu em todo o país a política de expansão geográfica de cobertura e ampliação quantitativa das equipes do PSF.

Atualmente, a ESF estrutura a saúde nos municípios por meio da implantação de equipes multiprofissionais, que atuam em unidades básicas de saúde. Essas equipes prestam assistência integral e permanente às populações atendidas, realizando atividades educativas e de promoção da saúde. Atuam sobre fatores de risco, objetivando racionalidade à utilização dos demais níveis de assistência (MAFRA, 2010).

Para se conceber os resultados de atuação e desenvolvimento das ações nas atividades de saúde executadas pelo SUS, foram criados os Sistemas de Informações em Saúde (SIS), que asseguram a avaliação permanente da saúde da população e dão os resultados das ações executadas, fundamental para o acompanhamento, controle e repasse de recursos (SILVA; LAPREGA, 2005).

Em 1998 foi implantado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). O SIAB produz relatórios, cujo objetivo é conhecer a realidade socio sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos, readequá-los sempre que necessário, com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados (BRASIL, 2003).

Para Silva e Laprega (2005), o SIAB, além de propor conhecer as condições de saúde da população, bem como os fatores determinantes do processo de saúde/doença, representa uma fonte de dados que facilita a realização de diagnósticos de saúde de determinada área de abrangência, norteando o planejamento e avaliação de ações de saúde.

No intuito de conhecer o desenvolvimento das ações em atenção básica à saúde executada pela ESF na cidade de Teresina-PI, a pergunta que norteou este estudo foi: os indicadores de saúde do município de Teresina atendem aos parâmetros reconhecidos pelas instituições oficiais? Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar os principais indicadores de saúde da população atendida pela Estratégia de Saúde da Família nos anos de 2008 e 2012.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa que analisou os indicadores socioeconômicos, epidemiológicos e operacionais da atenção básica utilizando dados secundários, coletados a partir do banco de dados do SIAB.

O estudo foi realizado no município de Teresina-PI, capital do Estado do Piauí que, no ano de 2013, contava com 254 ESF implantadas (20 ESF sem Saúde Bucal,

2 equipes PACS/EACS) distribuídas em 88 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A administração das UBS é de responsabilidade da Fundação Municipal de Saúde que se apoia em três Coordenações Regionais de Saúde: Sul, Centro-Norte e Leste-Sudeste. A cobertura populacional da ESF na capital era de 96,46% até dezembro de 2012.

Os dados coletados foram referentes aos anos de 2008 e 2012, por meio do banco de dados do SIAB/DATASUS, disponível na Gerência de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde. Foram solicitadas as cópias dos relatórios de consolidação das famílias cadastradas, relatórios da Série Histórica das Informações em Saúde (consolidado SSA2) e relatórios da série histórica da produção e marcadores de avaliação (PMA2) do banco de dados do SIAB à Gerência de Atenção Básica (GEAB) para análise durante a pesquisa.

Os instrumentos de análise foram os relatórios que representam o consolidado dos dados presentes nas fichas de cadastro, Situação de Saúde e Acompanhamento dos indivíduos e das famílias (SSA2) e os relatórios de Produção e de Marcadores de Avaliação (PMA2), que consolidam os dados de todas as áreas de equipes saúde da família do município.

Foram selecionadas as variáveis pertinentes ao estudo e a análise dos dados por meio de estatística descritiva, com a exposição dos dados em forma de tabelas, com distribuição da frequência absoluta e relativa dos indicadores estudados.

O estudo obedeceu aos aspectos éticos e legais da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, com assinatura do Termo de Autorização de Fiel Depositário pela Fundação Municipal de Saúde, ficando garantido o sigilo das informações em todas as etapas da pesquisa. Os riscos referiram-se à quebra de sigilo, mas os pesquisadores comprometeram-se a manter os dados em locais seguros. A pesquisa foi aprovada com parecer substanciado do CEP Nº 664.458/2014 pela Universidade Federal do Maranhão.

Resultados e Discussões

Em relação à cobertura da atenção básica e o acompanhamento das famílias, duas variáveis foram consideradas: a cobertura populacional e o acompanhamento familiar (Tabela 1). Observou-se que houve um aumento progressivo de 87,74% em 2008, para 94,21% em 2012. No mesmo período, percebeu-se que não houve crescimento no que se refere ao acompanhamento familiar, quando em 2008 o acompanhamento era de 84,98% e em 2012 diminuiu para 80,47%.

Tabela 1 – Cobertura populacional e acompanhamento familiar da atenção básica em Teresina, Piauí, em 2008 e 2012. São Luís, MA, 2013

	2008	2012	
Cobertura Populacional	População Residente (IBGE)	802.416	830.231
	População Cadastrada (SIAB)	704.048	782.187
	%	87,74	94,21
Acompanhamento Familiar	Famílias Cadastradas	170.121	206.973
	Famílias Acompanhadas	144.572	166.563
	%	84,98	80,47

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, 2013; IBGE, 2013.

Teresina cresceu em cobertura populacional pela ESF mais que o Brasil nos anos estudados. No país, a cobertura aumentou de 49,51% em 2008 para 54,84% em 2012. Nesse mesmo período do estudo, a capital do Piauí destacou-se entre as capitais nordestinas como uma das maiores coberturas populacionais, ficando atrás apenas da cidade de João Pessoa (PB), que apresentou cobertura de 90,35% em 2008. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), Teresina superou a cobertura dentre todas as capitais do Brasil em 2012 chegando a 96,49%. A capital que mais se aproximou foi Florianópolis com 90,43% de cobertura da atenção básica.

Quanto ao acompanhamento das famílias cadastradas em 2008 para 2012, percebeu-se uma diminuição, verificando-se que não houve o acompanhamento na mesma proporção das famílias cadastradas. Pode-se inferir que não há atualização desses cadastros nem por parte dos ACS, nem o SIAB funciona como instrumento facilitador para minimizar este problema.

Em relação ao não acompanhamento das famílias pelas equipes, pressupõe-se que haja dificuldades dos membros das equipes em adentrar os domicílios de suas responsabilidades, como também há dificuldade de acesso dos usuários nas UBS.

No que se refere ao acesso aos domicílios, os ACS apontam várias dificuldades como casa fechada, ausência ou recusa dos proprietários para as visitas domiciliares; os horários e dias de visitas domiciliares não coincidem com a presença dos moradores. Quanto ao não acompanhamento dos usuários nas UBS, pode-se inferir que seja devido a vários fatores como: cronograma fixo para grupos específicos (crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos etc) a cada dia de atendimento semanal, atendimento das equipes em apenas um turno de trabalho, falta ou ausência do profissional na UBS por férias, licença para tratamento de saúde ou participação em cursos ou congressos.

A Tabela 2 apresenta os dados socioambientais das famílias cadastradas na atenção básica no município de Teresina. Em relação ao tratamento de água nos domicílios, percebeu-se que a filtração em 2008 era de 82,07% e em 2012 de 85,08%.

O percentual de residências que não fazem tratamento da água era de 15,43% em 2008 e de 12,31% em 2012. O abastecimento de água através da rede pública em 2008 era de 89,39% e em 2012 de 91,44% dos domicílios cadastrados. Quanto ao destino dos dejetos, as famílias beneficiadas pelo sistema de esgoto em 2008 eram 9,88% e em 2012 atingiram o percentual de 13,70% de famílias. O destino dos dejetos a céu aberto em 2008 era de 11,95% e 8,53% em 2012 e o destino do lixo das famílias cadastradas pela coleta pública em 2008 era de 84,36% e 87,74% em 2012.

Tabela 2 – Indicadores socioambientais de famílias cadastradas na atenção básica, em Teresina, Piauí, de 2008 e 2012. São Luís, MA, 2013

INDICADORES SOCIOAMBIENTAIS	2008	2012
	(N= 170.121)	(N= 206.973)
	%	%
Utilização de água nos domicílios		
Filtração	82,07	85,08
Fervura	0,41	0,45
Cloração	2,09	2,16
Sem tratamento	15,43	12,31
Abastecimento de água		
Rede Pública	89,39	91,44
Poço ou Nascente	8,66	7,12
Outros	1,95	1,44
Destino dos dejetos		
Sistema de Esgoto	9,88	13,70
Fossa	78,17	77,77
Céu aberto	11,95	8,53
Destino do lixo		
Coleta pública	84,36	87,74
Queimado/enterrado	7,74	6,65
Céu aberto	7,90	5,61

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica. SIAB. 2013.

A cobertura do abastecimento de água pela rede pública do município levantada neste estudo apresentou um crescimento do ano de 2008 para 2012, de 89,39% para 91,44%, respectivamente. De acordo com os resultados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB/RIPSA, 2008), o abastecimento de água por rede geral nos municípios brasileiros tem aumentado pelas prestadoras deste serviço.

Chama atenção a utilização de água no domicílio o percentual de 12,31% da população cadastrada na atenção básica que não realiza nenhum tratamento da água em seus domicílios, suscitando a necessidade de um trabalho mais efetivo por parte das equipes de saúde da família no sentido de esclarecer acerca da qualidade do consumo da água para saúde. Neste indicador, percebe-se que muito ainda há que ser feito nestas comunidades pelas equipes de saúde da família que atuam diretamente nos domicílios das famílias, tanto através das visitas domiciliares, quanto ao empoderamento dos indivíduos acerca do controle social em direcionar propostas de políticas públicas que mude esta realidade.

Em relação ao destino do lixo, houve um aumento na coleta pública de 84,3% em 2008 para 87,7% em 2012. Percebeu-se uma diminuição tanto no lixo queimado/enterrado quanto ao destino a céu aberto em 7,74 para 6,65% e de 7,90% para 5,61% de 2008 para 2012, respectivamente.

A cobertura do sistema de esgoto demonstra a precariedade do saneamento básico em Teresina. Esperava-se que, sendo a capital do estado, uma cobertura maior que a observada: 9,98% para 13,70% de 2008 para 2012, indicando índices muito baixos de cobertura, colocando em risco o meio ambiente e a saúde pública.

Este indicador demonstra uma falta de compromisso do poder público com um dos quesitos fundamentais para a saúde da população. A inexistência da rede coletora de esgoto na maioria dos bairros da cidade, impacta diretamente a saúde das pessoas e o lugar onde vivem, favorecendo situações de vulnerabilidades e comprometendo a qualidade de vida da população. A mudança deste quadro requer atuação dos gestores com ênfase em políticas públicas direcionadas para ampliar esta cobertura, assim como o controle social através da participação e mobilização da sociedade dentro dos conselhos de saúde atuantes.

Os indicadores operacionais que se referem à população menor de dois anos, apresentados na Tabela 3, mostraram que o percentual de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em aleitamento exclusivo foi de 79,66% no ano de 2008 e no ano de 2012 foi de 80,54%. Quanto ao esquema vacinal das crianças de 0 a 11 meses e 29 dias em 2008, foi de 95,29% e em 2012 foi 95,40% crianças com esquema vacinal atualizado; desse total de crianças, 87,21% foram pesadas em 2008 e 86,11% em 2012. O percentual de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias com vacinação em dia foi de 95,21% em 2008 e de 94,62% em 2012.

Tabela 3 – Indicadores operacionais da população menor de dois anos cadastrada na atenção básica em Teresina, Piauí, de 2008 e 2012. São Luís, MA, 2013

INDICADORES OPERACIONAIS/ CRIANÇAS	2008		2012	
	N	%	N	%
Nº de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias	2.666		2.364	
Aleitamento exclusivo	2.124	19,39	1.904	18,49
Aleitamento misto	517	19,39	437	18,49
Nº de crianças 0 a 11 meses e 29 dias	8.488		7.824	
Vacinação em dia	8.088	95,29	7.464	95,40
Pesagem	7.402	87,21	6.737	86,11
Nº crianças 12 a 23 meses e 29 dias	8.948		8.083	
Vacinação em dia	8.519	95,21	7.649	94,62
Pesagem	7.464	83,21	6.656	82,35
Nº nascidos vivos no mês	7.795		7.023	
Nascidos vivos com baixo peso ao nascer	717	9,19	573	8,28

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica. SIAB. 2013.

Neste estudo, observa-se que não houve variação significativa quanto à prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, nos anos de 2008 e 2012 que foi de 79,66% para 80,54%, respectivamente.

Análise de pesquisa realizada em 2008 nas capitais brasileiras sobre aleitamento materno em crianças menores de 6 meses, apontou prevalência de 41% no conjunto das capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2009).

Na mesma pesquisa, observou-se queda acentuada na probabilidade de as crianças estarem em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) ainda nos primeiros dias de vida em todas as regiões brasileiras. Na região Nordeste, foi encontrada a pior situação com probabilidade de interrupção do aleitamento materno exclusivo no 4º mês de vida em torno de 20% (Teresina 23,6%). Aos 180 dias, todas as regiões têm comportamento semelhante quando a probabilidade de AME cai para 10%.

Segundo os parâmetros da OMS, as 23 capitais se encontravam em situação ruim em relação ao AME em menores de 6 meses. A pesquisa concluiu que, no país, a duração do aleitamento materno é considerada muito ruim, segundo os parâmetros da OMS (entre 0 e 17 meses). Em toda a pesquisa chama atenção o fato dos resultados encontrarem-se aquém das recomendações oficiais feitas pelo Ministério da Saúde e pela OMS.

Neste estudo, a cobertura vacinal em crianças menores de dois anos permaneceu em valores de 95% nos anos estudados, com exceção do ano de 2012 na faixa etária de 1 (um) ano a menor de dois anos que houve um decréscimo de 95,21% para 94,62%.

O Ministério da Saúde (MS) estabelece meta de cobertura vacinal no esquema básico em menores de um ano de idade em 90% para vacina contra tuberculose (BCG) e 95% para as vacinas contra a poliomielite e hepatite B e para as vacinas tetraviral (contra o tétano, difteria e coqueluche – DPT e meningite – Hib) e tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba – SRC). O Programa Nacional de Melhoria da Atenção e Qualidade (PMAQ, 2012), recomenda como meta operacional básica do PNI vacinar 100% das crianças menores de um ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico.

Segundo dados do MS/SVS/SI-PNI, 2012, dentre as capitais nordestinas em proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada, Teresina aparece com melhores coberturas em BCG (> 100%) e Tríplice Viral (ficando atrás de Recife e São Luís), inferindo-se uma política de vacinação mais eficiente na capital.

Em relação às crianças com baixo peso ao nascer, observou-se que a proporção de crianças que nasceram com peso menor que 2.500g diminuiu de 2008 para 2012, em 9,19% para 8,28%, respectivamente. Pode-se inferir o desenvolvimento de políticas públicas voltadas principalmente ao binômio mãe-filho com ênfase no pré-natal e parto.

A Organização das Nações Unidas (ONU) e a UNICEF, definem baixo peso ao nascer (BPN) como o peso de nascimento abaixo de 2.500 gramas. De acordo com a ONU na Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança a proporção de BPN não deve ultrapassar os 10%. Estudo realizado por Carniel *et al.* (2008) em Campinas (SP), buscou conhecer os determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos e o percentual foi semelhante ao de Teresina (9,1%) onde se percebeu que os percentuais atendem às recomendações da ONU.

A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa um importante fator de risco para morbimortalidade neonatal e infantil. Este indicador serve como preditor da sobrevivência infantil, pois quanto menor o peso ao nascer maior probabilidade de morte precoce (BRASIL, 2012b).

A proporção de gestantes acompanhadas pelas equipes de saúde da família diminuiu de 97,02%, em 2008 para 95,98% em 2012. Entretanto, as consultas de pré-natal no mês aumentaram de 92,25% para 94,28%, assim como o pré-natal iniciado no 1º trimestre de gravidez. Em relação à cobertura vacinal das gestantes com a vacina Toxoide Tetânico ou Dupla adulto (dT), não houve variação entre os anos do estudo, porém manteve-se próximo à meta preconizada pelo Ministério da Saúde, em torno de 96% (Tabela 4).

Tabela 4 – Indicadores operacionais da população de gestantes acompanhadas na atenção básica em Teresina, Piauí, em 2008 e 2012. São Luís, MA, 2013

INDICADORES OPERACIONAIS/GESTANTES	2008		2012	
	N	%	N	%
Cadastradas	3.695		3.533	
Acompanhadas	3.585	97,02	3.391	95,98
Vacinação em dia	3.472	96,85	3.282	96,79
Consulta de pré-natal no mês	3.307	92,25	3.197	94,28
Pré-natal com início no 1º Trimestre	2.947	82,20	2.916	85,99

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica, SIAB, 2013.

Teresina apresenta cobertura populacional atendida pela ESF em mais 90%, entretanto dispõe de uma ampla rede de serviços privados incluindo uma maternidade; neste sentido, considera-se que os percentuais abaixo do recomendado devem-se pela ausência deste grupo que, em geral, procura as clínicas particulares. Outra inferência é a ausência da gestante no domicílio no momento da visita domiciliar para o acompanhamento do agente comunitário de saúde na área de atuação da equipe.

A captação precoce das mulheres suspeitas de gravidez é de fundamental importância na atenção básica. Oportuniza o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições de vulnerabilidade à saúde da gestante e da criança (BRASIL, 2012b).

Em relação ao acompanhamento dos casos cadastrados de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase em Teresina pelas equipes de saúde, pode-se verificar que não houve variação no percentual de acompanhamento nos casos de hanseníase de 2008 em 96,99% e 96,95% para 2012. Em relação aos casos de hipertensão e tuberculose, percebe-se que houve decréscimo no acompanhamento, em 2008 de 89,63% para 88,77% e em 2012 para os hipertensos de 93,33% para 90,54% para os casos de hanseníase (Tabela 5).

Tabela 5 – Indicadores operacionais da população de adultos com condições crônicas cadastrada na atenção básica em Teresina, Piauí, de 2008 e 2012. São Luís, MA, 2013

INDICADORES OPERACIONAIS/ADULTOS	2008		2012	
	N	%	N	%
Cadastrados com diabetes	11.199		32.961	
Acompanhados com diabetes	10.154	90,67	13.624	41,33
Cadastrados com hipertensão	48.873		57.481	
Acompanhados com hipertensão	43.807	89,63	51.028	88,77
Cadastrados com tuberculose	135		148	
Acompanhados com tuberculose	126	93,33	134	90,54
Cadastrados com hanseníase	465		262	
Acompanhados com hanseníase	451	96,98	254	96,94

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica.

Estudo realizado por Malfatti e Assunção (2011) mostrou preocupação quanto à eficácia no preenchimento das fichas do SIAB. Os autores especularam que poderiam haver falhas no preenchimento das fichas por parte dos agentes comunitários de saúde ou por equívocos nos dados das UBS ou em ambas as situações, e estas falhas poderiam refletir, principalmente, um inadequado preenchimento das fichas.

Chama atenção o baixo acompanhamento dos pacientes diabéticos no ano de 2012, apenas 41,33% dos cadastrados, o que pode inferir um sub-registro de dados nas fichas do SIAB ou erro de digitação (Tabela 5).

O que se percebeu, neste estudo, foi que o percentual de acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas não corresponde ao de cadastrados com condições crônicas pelas equipes saúde da família. Suscita a necessidade para adoção de medidas que mantenham o mesmo percentual de cadastrados e acompanhados a fim de prevenir sérias consequências aos pacientes e reduzir as internações hospitalares que oneram os custos para o SUS. O resultado insatisfatório neste indicador deve ser alvo dos apoiadores institucionais às equipes, promovendo uma autoanálise sobre o processo de trabalho e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população.

Na população menor de 5 anos, a taxa de hospitalização por pneumonia e por desidratação diminuiu nos anos de 2008 e 2012, com redução maior para as internações por desidratação que reduziram de 20,39% para 8,36%, uma redução de 59%, enquanto as internações por pneumonia no ano de 2012, de 27,34% para 12,04%, a redução foi de 56% (Tabela 6).

Tabela 6 – Indicadores de morbidade infantil em crianças de famílias cadastradas na atenção básica em Teresina, Piauí. 2008 e 2012. São Luís, MA, 2013

MORBIDADE	2008		2012	
	N	%	N	%
Taxas de morbidade				
Crianças menores de cinco anos	16.967		19.019	
Taxa hospitalização por pneumonia em < 5 anos	464	27,35	229	12,04
Taxa hospitalização por Desidratação em < 5anos	346	20,39	159	8,36
Crianças menores de dois anos	17.436		15.907	
Índice de IRA em < 2 anos	1.715	9,84	978	6,15
Índice de diarreia em < 2 anos	1.024	5,87	764	4,80
Índice de diarreia em < de 2 anos com uso de TRO	704	68,75	387	50,65

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica, SIAB, 2013.

Diversos estudos na literatura têm indicado associação entre as condições de vida e incidência de doenças respiratórias na infância. Neste estudo, observou-se a redução nas hospitalizações em menores de 5 anos, em mais de 50% nos anos estudados, entretanto, mostraram persistência nas hospitalizações relacionadas às doenças acompanhadas pela ESF nesta faixa etária. Pode-se inferir que os cuidados a serem dispensados à população menor de 5 anos necessitam de uma atuação mais efetiva e de maior resolutividade em âmbito ambulatorial, levando à reflexão acerca do acesso e limitações dessas famílias ao primeiro nível de atendimento do modelo de saúde adotado no município.

Em relação à proporção de diarreia e Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) nos dois anos do estudo, percebeu-se que as IRAs foram superiores à proporção das diarreias. Apesar de diversos estudos apontarem para a redução da mortalidade por gastroenterites infecciosas em menores de 5 anos, as doenças diarreicas ainda persistem como um grave problema de saúde pública no mundo.

Neste estudo, observou-se que houve uma diminuição tanto na proporção por IRA de 9,83% para 6,14%, quanto em proporção por diarreia, de 5,87% para 4,80% (Tabela 6). Segundo o DATASUS, a taxa de internação hospitalar por condições sensíveis à atenção básica em menores de cinco anos tem diminuído lentamente no país.

Estudos referenciados na literatura mundial apontam relação significativa da vacinação antipneumocócica na redução das taxas de internação, que sugeriu associar as reduções nas taxas de hospitalizações no presente estudo, quando houve a introdução da vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) no calendário vacinal de crianças menores de 2 anos, em 2010.

Observou-se, nos anos estudados, que houve um aumento nos percentuais de mortes em crianças menores de 1 (um) ano, tanto na mortalidade geral de 18,08% para 20,92%, como na mortalidade neonatal de 10,0% para 12,95%, em 2008 e 2012, respectivamente. Entretanto, a taxa de mortalidade infantil por diarreia e IRA diminuiu (Tabela 7).

Tabela 7 – Indicadores de mortalidade infantil em crianças de famílias cadastradas na atenção básica, em Teresina, Piauí, 2008 a 2012, de acordo com a causa básica. São Luís, MA, 2013'

MORTALIDADE INFANTIL	2008		2012	
	N	%NV	N	%NV
Taxa de mortalidade infantil				
Número de nascidos vivos	7.795		7.023	
Mortalidade infantil geral	141	18,08	147	20,92
Mortalidade Neonatal	78	10,00	91	12,95
Mortalidade Pós-neonatal	63	8,08	56	7,97
Taxa mortalidade infantil geral por causa				
Diarreia	25	3,20	20	2,85
IRA	18	2,30	10	1,42
Outras causas	98	12,57	117	16,66
Índices de mortalidade infantil	N	%	N	%
Neonatal	78	55,32	91	61,90
Pós-neonatal	63	44,68	56	38,10
Diarreia	25	17,73	20	13,60
IRA	18	12,77	10	6,8
Outras causas	98	69,50	117	79,59

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica. SIAB. 2013.

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil vem se reduzindo gradativa e lentamente. Segundo o banco de dados do DATASUS, em 2008 no país, a taxa era de 12,1 por mil nascidos vivos e em 2011 reduziu para 10,6 por mil nascidos vivos. Porém, estes números são considerados altos para os padrões da OMS, sendo maiores que outros países da América como Costa Rica (10%), Chile (9%), Uruguai (7%) e Cuba (5%), segundo relatório da UNICEF, 2013.

Dados do DATASUS mostraram que Teresina, em 1998, tinha um coeficiente de mortalidade infantil de 30,25% nascidos vivos e dez anos depois houve um declínio para 18,08% (SIAB, 2013). Cabe ressaltar que, neste período, a expansão da cobertura do município na ESF passou de 20,65% em 1998 para 87,74% em 2008. Essa diminuição nas taxas de mortalidade infantil tem sido atribuída a múltiplos fatores já verificados em estudos no país e no mundo. Diversos estudos

têm mostrado que a diminuição nas taxas de mortalidade infantil tem sido atribuída a um conjunto de fatores, como a queda da fecundidade, à ampliação das vacinações contra doenças infecciosas na infância, mais acesso da população ao saneamento e serviços de saúde, melhor grau de instrução das mães e a melhoria do poder aquisitivo das famílias.

Neste estudo, pode-se perceber diante dos resultados mostrados, que o componente neonatal (55,30% dos óbitos infantis) vem se mantendo em níveis elevados e crescentes, levando à reflexão acerca da qualidade da assistência ao pré-natal, parto e cuidados dirigidos ao neonato no município de Teresina.

No componente da mortalidade pós-neonatal (que representou 44,70% dos óbitos infantis) houve uma diminuição, podendo-se inferir que a melhoria nas condições ambientais e aumento significativo do poder aquisitivo das famílias, aumento da cobertura vacinal e o uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) tenham interferido tanto nesta redução, quanto na diminuição das mortes por diarreia e IRA.

Considerações Finais

O estudo nos permitiu conhecer a situação de saúde do município de Teresina com base no diagnóstico situacional das famílias cadastradas pela Estratégia Saúde da Família. Além dos avanços e dificuldades no enfrentamento da qualidade da assistência prestada às famílias, segundo o modelo de atenção à saúde adotada pelo município.

Teresina apresentou uma expansão em cobertura populacional pela ESF maior que a do Brasil. Em relação às capitais, em 2012, manteve-se com a maior cobertura atendendo 96,49% da população. Pode-se inferir que essa ampliação representa um aumento significativo do acesso da população aos serviços básicos de saúde. No entanto, não houve o acompanhamento dessas famílias na mesma proporção que o cadastramento, o que pode desfavorecer as famílias não assistidas e, consequentemente, interferir nas ações de prevenção e controle das doenças no município.

O perfil socioambiental das famílias mostrou resultados pouco satisfatórios no que se refere à cobertura do esgotamento sanitário. Os indicadores socioambientais suscitam políticas públicas de melhoria para não comprometer a saúde da população.

O abastecimento de água pela rede pública ainda é insatisfatório, 8,56% da população não dispõe desse serviço e utiliza práticas alternativas para acesso à água. Chamou atenção o percentual de 12,31% da população cadastrada que não realiza nenhum tratamento da água em seus domicílios. Em relação ao destino do lixo, houve um aumento considerável na coleta pública e redução nas formas inadequadas de acondicionamento do lixo.

A variável que mais impactou neste indicador foi a baixa cobertura do esgotamento sanitário na capital. Dentre os estados do Nordeste, o Piauí é um dos estados com pior cobertura dos domicílios com sistema de esgoto, apenas

7,00%, ficando atrás somente do Maranhão (11,65%). Embora tenha aumentado para 13,70% em 2012 esses números expõem a população e o meio ambiente a riscos e agravos que poderiam ser prevenidos se o município dispusesse de uma melhor cobertura no sistema de esgoto.

Os indicadores operacionais relacionados às crianças menores de 2 anos mostraram prevalência do aleitamento materno exclusivo até o quarto mês aquém das recomendações do MS/OMS, embora os percentuais apontem números bem superiores aos encontrados em outros estudos e da média nacional. Considerando realidades semelhantes de estudos realizados anteriormente na capital e no país, questiona-se a qualidade das informações dos registros no SIAB, quando estes números divergem em grandes proporções mostrando números de prevalência do AME bem menores do que os deste estudo.

A cobertura vacinal apresentou percentuais nas mesmas médias para todas as crianças do estudo (de zero a menor de dois anos), apesar deste estudo não especificar o tipo de vacina, são consideradas ideais segundo o PNI/MS. De acordo com estudos relatados, Teresina destaca-se como uma das capitais com melhor cobertura vacinal, com percentuais que atendem às recomendações do MS. Considerando a expansão da cobertura da ESF na capital em mais de 90%, pode-se inferir que os indicadores de cobertura vacinal estão estritamente associados ao trabalho das equipes de saúde da família no município.

O baixo peso ao nascer (< 2.500g) é um dos principais indicadores da qualidade de vida intrauterina e de prognóstico da vida do feto. Este estudo mostrou a redução dos percentuais de RN com baixo peso ao nascer no último ano, entretanto, há necessidade imprescindível de estratégias eficazes de ações para identificação, o mais precoce possível, dos fatores de risco para o baixo peso ao nascer, a fim de aumentar as chances de sobrevivência dos neonatos e consequentemente reduzir as taxas de mortalidade infantil.

Em relação ao acompanhamento das gestantes, os indicadores de vacinação em dia, consulta de pré-natal no mês e início do pré-natal no primeiro trimestre, os percentuais indicaram números inferiores aos recomendados pelo MS, o que requer melhor atenção e como ações prioritárias no planejamento de atividades das equipes de saúde da família. A captação, o mais precocemente possível, das grávidas, a adesão deste grupo ao pré-natal e acompanhá-las até o final da gestação são condições *sine qua non* para diminuir a incidência de mortes maternas e infantis no município.

Os indicadores operacionais dos adultos com condições crônicas em Teresina mostraram ser grandes desafios para os gestores, os profissionais de saúde e para a sociedade. As doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase) não têm recebido a devida atenção no que se refere ao acompanhamento pelas equipes de saúde da família. Destarte, a falta de controle não melhora os indicadores de saúde do município, deixando a população exposta ao acometimento de sequelas irreversíveis e de mortes precoces em consequência do manejo inadequado dessas doenças.

A morbidade infantil foi um indicador de grandes avanços em melhoria para o município. As reduções nas taxas de hospitalizações por pneumonia e desidratação foram atribuídas às melhores condições de vida da população do estudo. Outro fator preponderante na diminuição deste indicador foi o investimento do setor público em imunização de crianças menores de 2 anos, com a introdução das vacinas Pneumocócica conjugada e a Influenza (H1N1) a partir de 2010.

Considerado como o indicador clássico de saúde e de qualidade de vida de uma população, a mortalidade infantil no município de Teresina suscita discussões na eficácia de políticas públicas de saúde, visando melhorias neste campo. Apesar da redução da taxa de mortalidade infantil nos anos do estudo, esses números mostram que os gestores necessitam de empenho maior para que o município atinja os padrões recomendados pelas instituições oficiais e pela Organização Mundial de Saúde. Sugere-se que sejam concentrados em intervenções na redução da mortalidade neonatal, cujo componente representa a maior parcela dos óbitos em menores de 1 (um) ano.

Reconhecem-se as limitações deste estudo por se tratar do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), banco de dados secundários, onde alguns indicadores não foram elencados ou problemas relativos à produção e à gestão dos registros de qualidade ainda negligenciados.

O sistema, quando utilizado adequadamente e para os fins a que se propõe, é de grande potencial, entretanto deve passar por modificações e readequações uma vez que tem como principal objetivo gerenciar as ações produzidas e avaliar os resultados sobre a dinâmica epidemiológica e operacional das equipes de saúde da família.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012a, 454 p. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/constituicao_federal_35ed.pdf> Acesso em: 10 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília. 2009.

_____. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Caderno de Atenção Básica**, n. 32, Brasília. 2012b.

_____. **PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Manual Instrutivo-Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília. 2012c.

_____. **SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília. 2003.

CARNIEL, E. F. *et al.* Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. **Rev. Bras Epidemiológico**. (online). São Paulo, v. 11, n. 1, p. 169-179. Mar., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/16.pdf>> Acesso em: 03 fev. 2013.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 43-58, 2007. Disponível em <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/Livro-Modelos-de-Aten%C3%A7%C3%A3o.pdf#page=43>> Acesso em: 10 fev. 2013.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. Brasília. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE). Universidade de Brasília. 2010. Disponível em <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2054336.PDF>> Acesso em: 03 fev. 2013.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na estratégia de saúde da família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16s1/a73v16s1.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2013.

MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. **Atenção primária em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2010. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em: 18 fev. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-ata. Conferência Internacional de Saúde**. 1978. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm> Acesso em: 03 jan. 2014.

RIPSA. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov.-dez., 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n6/21.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2013.

United Nations Children's Fund – UNICEF. **Committing to child survival: a promise renewed progress report**. Sep. 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf> Acesso em: 10 dez. 2013.

13.

**Internações por
Condições Sensíveis à
Atenção Primária (Icsap)
no Município de São Luís
nos Anos de 2002 e 2012**

Maria Gláucia Alves Albuquerque

Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo

Introdução

A expressão Atenção Primária à Saúde (APS), foi inserida no panorama mundial, por White e outros autores em 1961. Desde então, várias definições foram categorizadas e analisadas. A partir de sua dimensão, a interpretação de Lalonde (1974) é a atenção voltada à promoção da saúde e à prevenção das doenças; segundo a World Health Organization (WHO) (1978), é o conjunto de serviços essenciais, acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade a um custo que o país e a comunidade possam pagar: atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos em tecnologias tornadas acessíveis.

O Institute of Medicine (1978) cita que os serviços da AP devem ser realizados por clínicos gerais ou médicos da família e o cuidado deve ser provido através de uma carteira de serviços que atenda ao manejo das doenças mais comuns; que funcione como porta de entrada do sistema, sendo o primeiro nível de atenção à saúde do usuário (acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e transparência); e em 1984, realça a AP: “ como a estratégia para organizar o sistema de saúde como um todo que orienta a atenção primária à saúde para a comunidade, orienta recursos para as necessidades de saúde de uma população e com menos ênfase nas tecnologias mais densas voltadas aos cuidados agudos, em especial em hospitais. Apresenta três novas dimensões: o paciente e sua família, a comunidade e o sistema integrado de saúde. Ungler e Killinsworth (1986), definiram-na como atenção a pessoas de regiões pobres por meio de tecnologias de baixa densidade, denominada de atenção primária seletiva; o Banco Mundial (1993) a entende como a oferta de uma cesta básica de serviços de saúde.

Nedel et al (2008), indicam que a AP tem capacidade de resposta para 75% a 85% das necessidades em saúde de uma comunidade: melhoria dos indicadores de saúde, redução da morbimortalidade e consumo adequado da tecnologia biomédica. Ações de promoção e prevenção à saúde, quando realizadas em áreas com demandas delimitadas, como as de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornam mais visíveis as características da atenção primária, apresentando a facilidade de acesso à população com ações de longitudinalidade no cuidado, integralidade, qualidade da atenção e coordenação das ações, entre outras características, dentro do sistema de saúde (STARFIELD et al., 2004).

A redemocratização do Brasil, em 1980, conduziu o Ministério da Saúde (MS) à implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e, em 1988, com a nova Constituição, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse período, várias iniciativas foram realizadas por estados e municípios em relação à APS, sem se configurar num modelo brasileiro. A estruturação mais uniforme da APS, sob responsabilidade dos municípios, começa a acontecer com a municipalização do SUS, em 1990, através de normatizações e financiamento do Ministério da Saúde (LAVRAS, 2011).

O MS implantou, em 1991, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, a partir de 1993, o Programa Saúde da Família (PSF) sendo anunciado como estratégia de mudanças no modelo assistencial através da reorganização da prática assistencial centrada na família em substituição ao modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente voltado para a doença e no atendimento hospitalar (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2013).

A composição para cada Equipe da ESF é composta dos seguintes profissionais: um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número de ACS, suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, não ultrapassando 12 com o máximo de 750 pessoas para cada ACS, num território de abrangência definido que é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população (média recomendada de 3.000 habitantes) adscrita a esta área, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o local de trabalho da equipe e devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias vigentes. Todos os integrantes da equipe devem cumprir uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, flexibilizada para os médicos (BRASIL, 2012).

Em 1998, a cobertura média populacional da ESF foi de 6,55%, passando a 31,87% em 2002 e alcançou 54,84% da população brasileira com cobertura de 192,3 milhões de pessoas em 2012 (BRASIL, 2014).

Dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), administrado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), mostram que aumentou a cobertura da AP no Estado do Maranhão, passando de 32,41%, em 2002, para 76,03% em 2012, por conta da expansão da Estratégia Saúde da Família, crescimento verificado em todos os municípios do estado (BRASIL, 2012).

Em São Luís, a implantação da primeira Equipe de Saúde da Família foi em setembro de 1994, na Unidade Mista do Coroadinho (Zona Urbana), no bairro denominado Vila Sebastião, por indicação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Em 1996, foram implantadas mais nove equipes na zona rural, alcançando 5% de cobertura populacional (NOBRE, 1999).

Em 2002, o município contava com 47 equipes (18,24%), aumentando em 2012 para 82 equipes (27,53%), com cobertura populacional estimada de 282.9 mil pes-

soas (BRASIL, 2014). O perfil de utilização de serviços de saúde segue as percepções de necessidades da população e depende de como a oferta se organiza em diferentes áreas (CASTRO et al., 2005) Espera-se que, com o aumento da oferta de ESF, sejam reduzidas as internações por ICSAP.

A forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, se faz através da rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde. Esse serviço em rede é realizado em diversos sistemas públicos de saúde, em territórios delimitados, permitindo assim, o reconhecimento e a articulação dos recursos existentes, de forma a ampliar o acesso aos cidadãos no fornecimento adequado de suas demandas de saúde (KUSCHNIR e CHORNY, 2010; MENDES, 2011; RODRIGUES e SANTOS, 2011; SANTOS, 2008;).

A rede de saúde do município de São Luís, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/dezembro de 2013, possui: 1(uma) Central de Regulação Médica das Urgências, 1(uma) Central de Regulação, 6 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, 1(um) Centro de Parto Normal, 59 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, 1(uma) Central de Regulação de Serviços de Saúde, 110 Clínicas Especializadas/Ambulatórios Especializados, 366 Consultórios, 10 Cooperativas, 1(uma) Farmácia, 22 Hospitais Especializados, 20 Hospitais Geral, 4 Hospitais-dia, 57 Policlínicas, 6 Postos de Saúde, 4 Unidades de Pronto Atendimento, 4 Prontos-Socorros Especializados, 4 Prontos-Socorros Geral, 2 Secretarias de Saúde, 1(uma) Unidade de Atenção à Saúde Indígena, 131 Unidades de Serviços de Apoio de Diagnose e Terapia, 1(uma) Unidade de Vigilância em Saúde, 4 Unidades Mistas, 14 Unidades Móvel de Nível Pré-Hospitalar-Urgência/Emergência, 5 Unidades Móvel Terrestre, uma Telesáude, totalizando uma rede de saúde com 834 unidades (BRASIL, 2014).

Grande parte das redes de saúde não foi construída com referência às necessidades de saúde da população. Foram pensadas no atendimento de urgência e a emergência como porta de entrada importante, e até mesmo principal (KUSHNIR e CHORNY, 2010). A capacidade dos serviços de saúde na prevenção de agravos à saúde e até mesmo óbitos, ou seja, a “evitabilidade” é debatida na saúde pública há décadas. Torres (2011) diz que as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária se efetivam quando os serviços da AP não são efetivos e acessíveis ou falham no desempenho de atividades próprias; não são de boa qualidade, e o número excessivo de usuários é encaminhado para os níveis de média e alta complexidade, tanto ambulatoriais quanto hospitalares.

Altas taxas de ICSAP em população, ou subgrupos, podem indicar problemas de acesso ou desempenho do sistema de saúde. O excesso de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Vários estudos demonstram que altas taxas de ICSAP estão associadas à deficiência na cobertura dos serviços e baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

O indicador denominado *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, que identifica as internações hospitalares evitáveis e colabora com a avaliação desses serviços surgiu nos EUA no início de 1990 para medir indiretamente a efetividade da AP e depois foi adaptado em diversos países, sendo validado no Brasil, como Condições Sensíveis à Atenção Primária (AGENCY FOR HEALTH CARE RESEARCH AND QUALITY, 2011).

Estudos em diferentes países justificam que uma AP é de qualidade, quando oferece e é oportunamente acessada, reduzindo ou evitando a frequência de hospitalizações por algumas condições de saúde e corroboram esta lógica quando está associada a deficiências, como elevadas taxas de internações por CSAP. Logo, taxas elevadas de internações hospitalares por CSAP podem indicar menor acesso e uso dos serviços ou AP de baixa qualidade (BOING, 2012).

A utilização do indicador CSAP pode diminuir o risco de hospitalização, quando o atendimento ambulatorial oportuno é de qualidade a determinados problemas de saúde (CAMINAL, 2007; LADITKA et al., 2009).

A Lista das CSAP foi publicada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), após pesquisas nacionais e internacionais, reuniões com pesquisadores, gestores, especialistas e consulta pública, está de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). É dividida por grupos de causas de internações e diagnósticos, deve ser utilizada como instrumento de avaliação da AP e/ou da atenção hospitalar, na forma de anexo da Portaria de nº 221, de 17 de abril de 2008 (TORRES et al., 2011). Pode ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde em âmbito nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008). Alfradique et al., (2009), destacam que a lista (Quadro 1.1), pode ser usada para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, avaliar os efeitos de políticas de saúde e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade e acessibilidade da atenção primária à saúde, e ainda fazer parte de investigações sobre iniquidades de acesso entre as regiões, comunidades e grupos populacionais.

A utilização desse indicador permite gerar informações sobre a utilização de recursos e custos potencialmente evitáveis e usados de forma inadequada, já que hospitalizações sensíveis à atenção primária são caras, representando substancialmente ocupação dos serviços de emergência e das unidades de cuidados intensivos, dentre outros (LADITKA et al., 2009).

Quadro 1 – Lista de condições sensíveis à atenção primária

Grupos	Diagnósticos
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações
3	Anemia
4	Deficiências Nutricionais
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta.
6	Pneumonias bacterianas
7	Asma
8	Doenças pulmonares
9	Hipertensão
10	Angina
11	Insuficiência Cardíaca
12	Doenças Cerebrovasculares
13	Diabetes Melitus
14	Epilepsias
15	Infecção no Rim e Trato Urinário
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos
18	Úlcera gastrointestinal
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto

Desta forma, este trabalho tem como objetivo analisar as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) no município de São Luís-MA, no período de 2002 e 2012, considerando a Lista Brasileira de CSAP.

Método

Trata-se de estudo de corte transversal descritivo das taxas de internações hospitalares por CSAP, registrado no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), no período de 2002 (18,24% de cobertura da ESF) e 2012 (27,53% de cobertura da ESF), no município de São Luís, Estado do Maranhão.

O município de São Luís, localizado no Estado do Maranhão/Brasil, tem 1.039.610 habitantes: 96% na área urbana e 4% na área rural. A população encontra-se distribuída no centro urbano composto por 122 bairros, denominados

de zona urbana e 122 povoados que são denominados zona rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007 apud NICOLAU, 2008).

São Luís está organizado em sete distritos sanitários, seis na zona urbana (Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Itaqui-Bacanga e Tirirical) e 1 (um) na Zona rural (Vila Esperança) (Mapa 1).



Mapa 1 – Distribuição dos distritos sanitários do Município de São Luís

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Luís-MA (2012)

Sobre a população, foram utilizados os dados de estimativa dos residentes fornecida pelo IBGE, disponibilizada pelo DATASUS. Para a definição das Condições Sensíveis à Atenção Primária, utilizou-se a Lista Brasileira CSAP (Anexo A). As internações hospitalares foram computadas a partir das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) compiladas no SIH/SUS, com o município de residência e o ano de ocorrência foi feito por meio do programa TABWIN, com arquivos reduzidos em formato DEF (arquivo de definição). Empregam-se bases de dados (BD) do SIH do SUS, SIH_ICSAP.DEF, RD2008.DEF e RD.DEF.

Dados referentes a sexo foram assumidos sem modificações e as idades categorizadas em faixas etárias (< 1, 1 a 4, 5 a 14, 15 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 e mais anos).

Foi calculado o coeficiente de internações por CSAP, tendo-se o indicador representado pela relação entre o número de internações de acordo com as variáveis de interesse (sexo, faixa etária e condições sensíveis) e a população correspondente a cada categoria das variáveis citadas por 1000 habitantes.

A análise estatística foi feita pelo programa Biostat 5.0, com duas amostras independentes e cálculo de risco relativo, considerando-se diferenças significantes, quando $p < 0,05$. Os aspectos éticos foram atendidos.

Resultados

Ao se analisar as internações ocorridas em 2002 e 2012, observa-se que a maior parte das internações ocorreram por Condições Não Sensíveis à Atenção Primária (CNSAP), com 86,4% e 89,1% respectivamente.

Na análise das CSAP, o maior coeficiente de internação ocorreu no ano de 2002, com o risco relativo de 1,98, mostrando significância estatística com $p < 0,001$ (Tabela 1).

Tabela 1 – Número e coeficiente de internações por condições sensíveis e não sensíveis à Atenção Primária (CSAP), no município de São Luís – Maranhão, Brasil, 2002 e 2012

Condições	Sensíveis à Atenção Primária	Não Sensíveis à Atenção Primária	Total	
2002	N*	7.903	50.124	58.027
	%	13,6	86,4	100
	Coef**	8,7	55,1	64
2012	N*	4.613	37,597	42.210
	%	10,9	89,1	100
	Coef**	4,4	36	40,2
RR***	1,98	1,54	1,59	
P	<0,001	<0,001	<0,001	

Nota: *Número de internações; **Coeficiente de internação por condições sensíveis e não sensíveis por 1.000 habitantes (número de internações pela população da área estudada, Ex. 8,7 internações por 1000 habitantes); ***Risco Relativo (RR) calculado dividindo o coeficiente de internações de 2002 pelo de 2012. p- significativo < 0,001.

Na análise das ICSAP no sexo masculino, observou-se redução nas taxas de internação no ano de 2012 em quase todas as faixas etárias com $p < 0,001$. Houve maior registro em 2002 em indivíduos na faixa de 15 a 24 anos, com RR de 3,9, seguindo-se às faixas de 25 a 34 anos, de 1 a 4, de 5 a 14 e de 35 a 44 anos, com 2,9; 2,5; 1,9 e 1,9 de RR respectivamente. Entretanto, observou-se que, na faixa de 55 a 64 anos, os coeficientes de internação permaneceram estáveis nos anos estudados, com $p \leq 0,03$ e RR de 1,1 (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos casos de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), do sexo masculino, segundo idade, São Luís/MA, 2002 e 2012

Faixa Etária Masc.	2002		2012		RR*	P
	Masc.	Coef.*	Masc.	Coef.*		
< 1a	329	0,8	206	0,4	1,8	<0,001
1 a 4 a	530	1,2	246	0,5	2,5	<0,001
5 a 14 a	270	0,6	161	0,3	1,9	<0,001
15 a 24a	259	0,6	77	0,2	3,9	<0,001
25 a 34a	280	0,7	113	0,2	2,9	<0,001
35 a 44a	288	0,7	171	0,3	1,9	<0,001
45 a 54a	398	1,0	276	0,6	1,7	<0,001
55 a 64a	380	0,9	380	0,8	1,1	0,03
65a +	982	2,3	711	1,5	1,6	<0,001
Total	3.716	8,8	2.341	4,8	1,8	<0,001

Nota: *Coeficiente/1.000 mil habitantes – Coeficiente de internação por 1.000 mil habitantes; ** RR calculado dividindo o coeficiente de internações de 2002 pelo de 2012.

A Tabela 3, mostra as internações do sexo feminino por CSAP, com redução nas taxas de internação no ano de 2012 em todas as faixas etárias com $p < 0,001$. Encontra-se maior registro em 2002 nos indivíduos na faixa de 15 a 24 anos, com o risco relativo de 2,9 seguindo-se às faixas de 1 a 4, de 35 a 44, de 25 a 34 e 45 a 54 anos com 2,6; 2,4; 2,2 e 2,2 de RR respectivamente. Porém, observa-se que, na faixa de idade de 55 a 64 anos, os coeficientes de internação permaneceram estáveis nos anos do estudo, com $p > 0,05$ e RR de 0,8.

Tabela 3 – Distribuição dos casos de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), do sexo feminino, segundo idade, São Luís/MA, 2002 e 2012

Faixa Etária Fem.	2002		2012		RR*	p
	Fem.	Coef.*	Fem.	Coef.*		
< 1a	293	0,6	173	0,3	1,9	<0,001
1 a 4 a	562	1,2	251	0,4	2,6	<0,001
5 a 14 a	243	0,5	143	0,3	2,0	<0,001
15 a 24a	443	1,0	174	0,3	2,9	<0,001
25 a 34a	412	0,6	214	0,4	2,2	<0,001

Continuação						
35 a 44a	378	0,8	180	0,3	2,4	<0,001
45 a 54a	421	0,9	218	0,4	2,2	<0,001
55 a 64a	256	0,6	256	0,5	0,9	0,06
65a +	914	1,9	663	1,2	1,6	<0,001
Total	3922	8,1	2272	4,1	2,0	<0,001

Nota: *Coeficiente/1.000 mil habitantes – Coeficiente de internação por 1.000 mil habitantes; **RR calculado dividindo o coeficiente de internações de 2002 pelo de 2012.

Comparando-se internações de homens e mulheres dos anos estudados, observa-se maior número no sexo masculino, nos anos analisados, com significância estatística ($p < 0,05$).

Ao analisar as causas de internações por CSAP, observa-se redução em 2012, chamando atenção principalmente para os casos de úlcera gastrointestinal, que apresentou coeficiente de internação em 2002 de 0,35 /1.000 hab. e 0,04/1.000 hab. em 2012 (RR=8,5), anemia, com coeficiente de internação de 0,19 e 0,02 por 1000 habitantes, respectivamente (RR=8,4), asma, com coeficiente de 0,49 em 2002 e 0,08 em 2012 (RR= 6,1), deficiências nutricionais, com coeficiente de 0,39 em 2002 e 0,07 em 2012 (RR = 5,5) e hipertensão arterial, com coeficiente de 0,25 em 2002 e 0,08 em 2012 (RR = 3,3).

Detectou-se que algumas patologias não apresentaram diferenças no perfil de internação entre os dois anos estudados, como aconteceu com as doenças cerebrovasculares, angina, epilepsias e as infecções de ouvido, nariz e garganta. Sendo que uma patologia, as Pneumonias Bacterianas, merece destaque por ser a única que apresentou aumento em 2012, com diferença estatística ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Número e coeficiente das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), São Luís/MA, 2002 e 2012

Grupo de causas	2002		2012		RR**	P
	N*	Coef.	N*	Coef.		
1. Doenças preveníveis p/imuniz/ condições sensíveis	215	0,24	94	0,09	2,6	<0,001
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	1561	1,72	819	0,78	2,2	<0,001
3. Anemia	153	0,19	21	0,02	8,4	<0,001
4. Deficiências nutricionais	353	0,39	74	0,07	5,5	<0,001
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	9	0,01	18	0,02	0,6	0,08
6. Pneumonias bacterianas	63	0,07	137	0,13	0,5	<0,001
7. Asma	442	0,49	84	0,08	6,1	<0,001

	Continuação					
8. Doenças pulmonares	292	0,32	189	0,18	1,9	<0,001
9. Hipertensão	226	0,25	79	0,08	3,3	<0,001
10. Angina	333	0,37	403	0,38	1,0	0,24
11. Insuficiência cardíaca	747	0,82	401	0,38	2,2	<0,001
12. Doenças cerebrovasculares	857	0,94	886	0,84	1,1	0,24
13. Diabetes melitus	562	0,62	469	0,45	1,4	<0,001
14. Epilepsias	113	0,12	151	0,14	0,9	0,12
15. Infecção no rim e trato urinário	504	0,55	277	0,26	2,1	<0,001
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	515	0,57	204	0,19	2,9	<0,001
17. Doença Inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	499	0,55	201	0,19	2,9	<0,001
18. Úlcera gastrointestinal	323	0,35	44	0,04	8,5	<0,001
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	136	0,15	62	0,06	2,5	<0,001
Total	7903	5,4	4613	4,4	1,9	<0,001

Nota: *Coeficiente/1.000 mil habitantes – Coeficiente de internação por 1.000 mil habitantes; ** RR calculado dividindo o coeficiente de internações de 2002 pelo de 2012

Discussão

Observou-se redução na frequência de ICSAP em 2012 quando comparada a 2002. Tais resultados demonstram que há consonância entre o aumento da cobertura de ESF e a queda nas taxas de ICSAP, no município de São Luís, pois a queda das internações em 2012 coincide com o aumento da cobertura da ESF de 18,24% em 2002 para 27,53%, em 2012.

Embora a proporção da população coberta pela ESF em 2012, não tenha ultrapassado 47 equipes (27,53%), enquanto a cobertura média dos outros 217 municípios do Estado do Maranhão foi de 76,03%, houve uma queda significativa de internações comparada aos dois anos anteriores, com impacto positivo como demonstrado na literatura. Pesquisas afirmam que melhorias no acesso e na qualidade dos cuidados prestados na atenção primária reduzem internações (BINDMAN et al., 2005; ANSARI et al., 2006). No âmbito nacional, há relatos da diminuição das ICSAP associadas ao crescimento de cobertura da ESF (MENDONÇA et al., 2012; REHEM e EGRY, 2011).

No entanto, devemos chamar atenção para a permanência e ampliação de outros programas, como Bolsa Família (BF), que deveriam afetar de maneira positiva os indicadores de saúde da população, mas estudos de Machado e Souza (2008 apud SOUZA, 2011) que estimaram valores antropométricos em crianças e adolescentes para o Brasil e para a região Nordeste e sua relação com o BF, mos-

tram que não houve efeitos significativos. Também estudos de Andrade, Chein e Ribas (2006 apud SOUZA, 2011), em investigação nos cadastros do BF, encontraram resultados semelhantes para nutrição e imunização. Segundo Camelo e colaboradores (2009), dados da literatura apontam que o programa eleva os gastos com alimentos, mas não com saúde e higiene infantis, e não tem efeitos sobre a vacinação das crianças, mostrando, em sua pesquisa, que os dados do PBF não revelaram impacto sobre a mortalidade infantil.

Rehem et al. (2012) relatam o crescimento das internações no início da implantação da ESF em um hospital da cidade de Ademar, em São Paulo, e que isso estaria relacionado à melhoria do acesso, mas, passado o momento inicial, esperava-se uma redução dessas internações.

Ressalta-se que muitas ICSAP não foram identificadas, pois uma parte da população foi internada em hospitais privados ou em unidades de pronto atendimento (UPAs), o que pode configurar um evento silencioso, uma vez que não há emissão de guia de internação que permita o registro dessas ocorrências nas estatísticas oficiais. Hospitalizações essas que ficaram fora do escopo deste trabalho.

Chama-se atenção para o fato que o número de internações pode sofrer influência da oferta de serviços hospitalares mais acessíveis, pois estudos fortalecem a ideia de que o maior acesso aos serviços de urgência e emergência hospitalares, com unidades de saúde funcionando 24 horas, bem como o excesso do número de consultas, colabora para o aumento das hospitalizações sensíveis, pois a atenção secundária e terciária passa a ser a porta de entrada do sistema de saúde, já que residir na região metropolitana, onde se concentra o maior agrupamento de aglomerados urbanos desses serviços, facilita o acesso aos mesmos (BATISTA et al., 2012; MÁRQUEZ-CALDERÓN et al., 2003).

Pesquisadores reforçam a ideia de que, mesmo quando a população compreende como os serviços de saúde são organizados no sistema, o hospital e pronto-socorro sempre serão a primeira escolha, constituindo assim, o primeiro nível de acesso de todo usuário (KUSCHNIR e CHORNY, 2010; OLIVEIRA et al., 2008).

Na análise de internação por sexo, observa-se que, diferentemente das pesquisas de outros autores, o sexo masculino apresentou maior número de internação comparado ao sexo feminino, com diferença estatística nos anos estudados. Nota-se uma diminuição acentuada das internações no sexo feminino no ano de 2012, condição essa que pode ser explicada pelo fato de as mulheres serem usuárias mais assíduas dos serviços de saúde, especialmente dos que oferecem medidas preventivas. O que aconteceu com o aumento da oferta pelo serviço da atenção primária, diminuindo assim a necessidade de internação (FERREIRA et al., 2014; NEDEL et al., 2010).

Fernandes et al. (2009), em estudo realizado nos hospitais de Montes Claros-MG, encontrou resultados que indicavam mais frequência das internações

ocorridas no sexo masculino por CSAP, com 51,8%, na pesquisa, o resultado foi semelhante aos nossos achados.

A maior prevalência de ICSAP ocorrida em crianças menores de 4 anos, também está de acordo com a literatura, que descreve uma relação inversa entre o coeficiente de ICSAP e idade, ou seja, quanto menor a idade, maior o número de internações. A situação inversa é encontrada nos adultos, com aumento da ocorrência desses eventos nos idosos (PAZO et al., 2012).

Há várias justificativas para o aumento das internações nos idosos, entre elas, a transição demográfica e epidemiológica, de onde emergem também as doenças, em especial, as crônicas degenerativas. Além disso, outras dificuldades inerentes ao próprio idoso podem ser fatores agravantes para sua saúde, como: ausência de cuidador, alimentação inadequada, entendimento das orientações, acesso ao serviço de saúde, transporte (locomoção), podendo levá-lo a uma internação (REHEM et al., 2013).

Vários fatores têm sido identificados como causadores das taxas de ICSAP nessa faixa etária; com o envelhecimento ocorre aumento da fragilidade nesses idosos, além do importante crescimento das cidades de médio porte, muitas vezes em discordância com o planejamento em saúde com o cuidado primário. Diante dessa realidade, o acesso aos serviços mostram que, mesmo com o maior acometimento de ICSAP nessa faixa etária, os resultados foram favoráveis em 2012, com redução do número de internações (BASU et al., 2002).

Ao analisar as ICSAP em 2012, observa-se queda no perfil de morbidade em 2012 em relação a 2002, principalmente para úlcera gastrointestinal, anemia, asma, deficiências nutricionais e hipertensão arterial, patologias essas que têm diminuído devido a implantação de programas específicos nos quais os municípios recebem incentivos financeiros para desenvolver programas de controle na ESF, capacitação dos profissionais de atuar no monitoramento e disponibilidade de medicamentos gratuitos de baixo custo para os pacientes, entre outras medidas, conforme apontam as pesquisas (CARDOSO et al., 2013).

Pesquisas constataram que a pneumonia bacteriana foi responsável pelo aumento expressivo das taxas de internação em todas as regiões do país. Comparando o período pesquisado (1999 a 2006), sendo mais expressivo nas regiões Norte (246,6%), Sudeste (193,3%) e Nordeste (166,9%), seguindo-se menor nas regiões Sul (54,5%) e Centro-Oeste (48,0%) (MOURA e cols., 2010). Diferentemente das outras patologias, a pneumonia bacteriana não mostrou diminuição de sua prevalência em 2012, com o aumento de número de casos de internação com esse diagnóstico. As internações encontradas foram maiores em crianças menores de 4 anos e adultos acima de 65 anos, corroborando os resultados de Perpétuo e Wong (2006).

É importante ressaltar que, por se tratar de estudo transversal e ser baseado em dados secundários, o SIH/SUS registra apenas as internações realizadas, no âmbito do SUS, podendo ocorrer sub-registro nos bancos de dados, problemas

de classificação com os códigos de internação e eventual contagem dupla ou tripla de um mesmo paciente, pois o sistema não permite identificar reinternações.

Considerações Finais

Esta pesquisa permitiu conhecer o perfil das internações por CSAP no período de 2002 e 2012, no município de São Luís-MA, o que permitiu uma reflexão geral sobre o uso do indicador ICSAP e a relação das taxas de ICSAP com a APS, onde se destaca que houve uma redução significativa das internações por CSAP em 2012 em relação a 2002, com um Risco Relativo de 1,9 vezes menor de internação por condições sensíveis à atenção primária.

Identificou-se que houve maior ocorrência de internação em menores de 5 e maiores de 65 anos e do sexo masculino. Do mesmo modo, reitera-se que indicadores como o ICSAP é uma ferramenta de monitoramento e de processo avaliativo.

E quando usado conjuntamente com outros dados que indiquem a qualidade da rede de serviços de saúde, será um aliado, não só para o planejamento adequado, mas para um SUS com ações integrais, regionais e universais.

Referências

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. U.S. Department of Health and Human Services. **Quality indicator user guide: prevention quality indicators (PQI) Composite Measures Version 4.3**. Rockville, 2011. Disponível em: <<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP — Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ANDRADE, M.; CHEIN, F. e RIBAS, R. “Políticas de Transferência de Renda e Condição Nutricional de Crianças: uma avaliação do Bolsa Família”. CEDEPLAR/UFMG, 2006.

ANDRÉ PORTELA SOUZA. “Políticas de Distribuição de Renda no Brasil e o Bolsa-Família”. **São Paulo School of Economics**, São Paulo, 2011

ANSARI, Z.; LADITKA J. N.; LADITKA, B. S. Access to Health Care and Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Medical Care Research and Review**, California, v. 63, n. 6, p. 719-741, dez. 2006.

BANCO MUNDIAL. **Invertir en salud**: informe sobre el desarrollo mundial. Washington, DC, 1993.

BASU, J.; FRIEDMAN, B.; BURSTIN, H. Primary care, HMO enrollment, and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: a new approach. **Medical Care**, Philadelphia, v. 40, n. 12, p. 1260-1269, 2002.

BATISTA, S. R. R. *et al.* Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 34-42, fev. 2012.

BINDMAN, A. B. *et al.* The Impact of Medicaid Managed Care on Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Health Services Research**, Chicago, v. 40, n. 1, p. 19-39, Feb. 2005.

BOING, A. F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família (consulta personalizada)**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 20 fev. 2014.

_____. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 abr. 2008. Seção 1, p. 70.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

_____. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares: orientações técnicas: Versão 01.2013.94**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <ftp://ftp2.datasus.gov.br/public/sistemas/dsweb/SIHD/Manuais/MANUAL_SIH_setembro_2013_29_08_13.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. (Legislação em Saúde, E).

CAMELO, R.; TAVARES, P. A.; SAIANI, C.C.S. Alimentação, Nutrição e Saúde em Programas de Transferência de Renda: Evidências para o Programa Bolsa Família. **Revista Economia**, v.10, n.4, p. 685-713, 2009.

CAMINAL J. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions y los resultados de la atención primaria. **Atención Primaria**, Madrid, v. 39, n. 10, p. 525-34, 2007.

CARDOSO, C. S. *et al.* Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

CASTRO, M.S.M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M.S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 277-284, 2005.

FERNANDES, V. B. L. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 45-56, mar. 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Community oriented primary care: a practical assessment**. Washington: National Academy Press, 1984. v. 1

MACHADO, R. F. T.; SOUZA, A. PORTELA. Efeito do bolsa escola sobre saúde: efeitos de alocação intrafamiliar. In: ANDRÉ PORTELA SOUZA. **Políticas de Distribuição de Renda no Brasil e o Bolsa-Família**. São Paulo: FGV, Escola de Economia de São Paulo 2011. (Mimeo)

MEDICINE. **A manpower policy for primary health care: report of a study**. Washington: National Academy Press, 1978.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago.2010.

LADITKA, J. N.; LADITKA, B. S.; PROBST, J. C. Health care access in rural areas: Evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. **Health & Place**, v. 15, n. 3, p. 761-770, 2009.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare, 1974.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez., 2011.

MÁRQUEZ-CALDERÓN, S. *et al.* Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. **Gaceta Sanitaria**, Madrid, v. 17, n. 5, p. 360-367, 2003.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, Reino Unido, v. 27, n. 4, p. 348-355, July 2012.

MOURA, B. A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. S83-S91, nov. 2010. Suplemento 1.

NEDEL, F. B. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia, Serviço e Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

NICOLAU, L. S. **A Estratégia saúde da família no município de São Luís: avanços e desafios/Brasília**. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

NOBRE, R. N. L. L. **Saúde da família: uma utopia realizável**. 1999. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1999.

OLIVEIRA, A.; SIMÕES, R.; ANDRADE, M. A relação entre a atenção primária a saúde e as internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial nos municípios mineiros. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16. 2008, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 2008. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A048.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

PAZO, R. G. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 275-282, jun. 2012.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, 12, 2006, Diamantina. **Anais...** Diamantina, 2006.

REHEM, T. C. M. S. B. *et al.* Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1-6, set./out. 2013.

_____. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1145-1154, 2011. Suplemento 1.

_____; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 535-542, jul./set. 2012.

RODRIGUES, P. H. de A.; SANTOS, I. S. **A saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, F. S. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas: IDISA/CONASEMS, 2008. p. 29-65.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e Cultura/Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Primary care**: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

TORRES, R. L. *et al.* O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1661-1666, dez. 2011. Número Especial.

UNGER, J. P.; KILLINSWORTH, J. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Social Science & Medicine**, New York, v. 22, n. 10, p. 1001-1013, 1986.

WHITE, K. L., WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, v. 265, p. 885-893, 1961.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 Sept.

14.

O Olhar do Usuário Acerca do Acolhimento no Município de Recife – PE

Ligiana Nascimento de Lucena

Maísa Paulino Rodrigues

Francijane Diniz de Oliveira

Dyego Leandro Bezerra de Souza

João Bosco Filho

Introdução

Em busca de qualificar as práticas de saúde e as relações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, torna-se importante destacar a proposta da Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe mudanças nas relações humanas estabelecidas pautadas no princípio do protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia dos sujeitos e dos coletivos (BRASIL, 2010a).

A PNH traz, como proposta, recolocar em pauta um conjunto de problemas e desafios presentes no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de humanizar o cuidado e dignificar o trabalho. As reflexões que norteiam os marcos teóricos e organizativos da PNH evidenciam que sua implantação ocorre para efetuar mudanças na perspectiva da consolidação de um SUS inclusivo, acolhedor, resolutivo e democrático. Nessa perspectiva, apresentam concepções ampliadas sobre a humanização, agregando dimensões variadas: organizativa, relacionada aos modos de fazer e organizar serviços de saúde; gerencial, que se refere à forma de gestão e condução do trabalho desenvolvido e relacional, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos que participam do processo de trabalho em saúde – usuários, trabalhadores e gestores (VILAR, 2014).

Uma das diretrizes da PNH diz respeito ao acolhimento que é estudado como uma prática essencial à qualificação e à humanização da atenção à saúde. O debate em curso compreende abordagens que transitam entre postura/atitude dos profissionais e técnica/dispositivo organizacional do serviço, visando promover um melhor diálogo/troca entre a equipe e os usuários e um melhor acesso ao serviço, além de maior resolubilidade dos problemas (VILAR, 2014).

Assim, pode-se afirmar que o acolhimento possui três dimensões constitutivas: mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; postura, atitude e tecnologia do cuidado e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2011).

No que se refere à Atenção Primária à Saúde, especificamente à Estratégia Saúde da Família (ESF), o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar nos serviços de saúde, a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade oferta atendimento, bem como com a possibilidade de atendimento com consultas não agendadas e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não) (STARFIELD, 2004).

Com efeito, para atuar na ESF é essencial que os profissionais de saúde adotem uma postura terapêutica que ultrapasse o saber do seu núcleo profissional e o manejo das melhores técnicas para aplicá-lo. É preciso “um investimento que trabalhe até o limite da necessidade da defesa da vida.” (ONOKO; RODRIGUES, 2003). Nesse sentido, a postura terapêutica tem, necessariamente, um caráter ético-político que vislumbra a transformação daquilo que é dado como universal.

Não se trata do profissional modificando um usuário, mas do profissional inovando-se e revendo suas atitudes permanentemente, colocando-se na posição do usuário, conduzindo-o também a essa postura (BALLARIN; FERIGATO, 2007).

Para Merhy (1998), o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, desenvolve capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nessa direção, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, o acolhimento, o vínculo e a escuta qualificada.

O acolhimento propõe a construção de vínculos através da escuta qualificada no encontro entre profissional e usuário. Segundo Houaiss (2004), vínculo é tudo aquilo que liga, ata ou aperta; é o que liga duas ou mais pessoas. Remete à ideia de interdependência e de relacionamento. É um conceito polissêmico, que perpassa os campos das ciências sociais e da saúde, assumindo caráter e abordagens diversas, tais como: dimensão, diretriz, estratégia, tecnologia, objetivo e relação. Mantém uma interface com outros grandes conceitos da saúde pública, como o da humanização, da responsabilização, da integralidade e da gestão (SÁ; GOMES, 2009).

A escuta qualificada deve constituir-se em uma “escuta ampliada”, entendida no sentido de recomplexificar a experiência do sofrimento e de conferir espaços para as diferenças emergirem, permitindo a visualização das possíveis intervenções nas causas que fazem eclodir o sofrimento (VIEIRA; SILVEIRA, 2005).

No que diz respeito à dimensão interpessoal (aspectos relacionados à relação profissional-usuário), deve-se buscar o estabelecimento de uma escuta qualificada e a geração de vínculos nessa relação. Tal condição é de extrema relevância para a obtenção da qualidade e da resolubilidade do serviço prestado; consequentemente, a fim de conseguir o cuidado ofertado e a satisfação do usuário.

A percepção dos usuários tem sido cada vez mais utilizada como uma medida importante na avaliação da qualidade dos cuidados em saúde. A percepção dos cuidados é influenciada pela expectativa do usuário, bem como pelos cuidados recebidos de fato e pela organização dos serviços e programas (GOUVEIA et al., 2011).

Nessa direção, a avaliação do sistema de saúde, pelo usuário, favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita (TEIXEIRA, 2004).

A avaliação em saúde vem ganhando espaço nos últimos anos por possibilitar uma compreensão e um direcionamento da realidade complexa do Sistema Único de Saúde, das suas ações e dos seus programas. Tornando-se cada vez mais importante avaliar as ações e os programas de saúde com o intuito de melhorar a qualidade da atenção e a organização dos serviços, além da intenção de alocar recursos de forma equânime e integral.

Sendo assim, pode-se afirmar que

avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes. Ademais, considera-se que os diferentes atores envolvidos podem ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir, individual ou coletivamente, um julgamento que possa se traduzir em ações (HARTZ *et al.*, 2011).

Pode-se dizer que a essência da avaliação direciona-se aos seguintes aspectos: 1) à ação humana (já que não se trata de medir o desempenho de um motor ou peso que uma coluna possa sustentar); 2) às ações estruturadas em torno de um projeto e articuladas em um programa (já que a intenção deliberada, formulada e explicitada é fundamental para a avaliação de uma iniciativa); 3) à iniciativa em foco estar endereçada a mudanças específicas de uma dada situação problemática; 4) de tais mudanças serem constatadas empiricamente (ZUNIGA, 2004).

Com base nesses pressupostos, propõe-se a exploração e a ampliação dos aspectos pedagógicos, empoderadores e de produção de subjetividades potencialmente presentes nos processos avaliativos e que podem contribuir para reafirmar o trabalho como um dos modos de produção e constituição de sujeitos, de coletivos e de instituições. A avaliação encontra-se como um percurso para qualificar programas e serviços e para desenvolver trabalhadores, gestores e grupos de interesse neles envolvidos. Nesse sentido, a inclusão de diferentes perspectivas deveria materializar crescentes graus de cogestão do processo avaliativo e do próprio programa ou serviço, pois, afinal, estaremos lidando com as ações para as quais muitos trabalhadores dedicam a maior parte do seu tempo (FURTADO, 2012).

Os dispositivos introduzidos para promover revisão, transformação e mudanças em um programa ou serviço, seja a realização de uma oficina de planejamento ou um processo de avaliação, deverão ater-se não só à missão, aos propósitos ou ao seu modelo lógico, mas também aos modos como são respondidas as demandas de ordem subjetiva oriundas dos sujeitos inseridos (FURTADO, 2012).

No município de Recife implantou-se, desde 2009, o acolhimento como forma de garantir o acesso à população usuária e melhorar a relação profissional-usuário nos serviços de atenção básica. Em 2011, a gestão municipal impulsionou a implantação do acolhimento nas USF, por meio do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), atrelando o incentivo financeiro destinado aos profissionais à implantação do acolhimento. Assim, em 2011, foi instituído o acolhimento no município de Recife-PE, surgindo inúmeros questionamentos acerca desse “novo” processo de trabalho e da opinião dos usuários sobre a novidade. Dessa feita, emergiram questões sobre a resolubilidade, a escuta, o vínculo e a satisfação do usuário. Sabe-se que este sujeito é alvo e parte das mudanças ocorridas no serviço de saúde, podendo trazer elementos para direcionar o planejamento e a organização dos serviços com vistas à qualidade da atenção.

Partindo do pressuposto que a avaliação das ações de saúde pode subsidiar o planejamento para a tomada de decisão, além de ser uma medida de grande relevância para o alcance dos objetivos da prática do acolhimento, este estudo teve por objetivo avaliar a satisfação dos usuários do município de Recife-PE com o acolhimento ofertado pelas equipes de saúde da família desde o ano de 2011.

Método

Trata-se de um estudo avaliativo, com enfoque quantitativo e qualitativo, que tem como foco a população acolhida nos serviços de Atenção Básica de Saúde da cidade de Recife – Pernambuco. A capital pernambucana é composta por 94 bairros, divididos em seis Distritos Sanitários (DS).

A pesquisa foi realizada junto aos usuários que frequentavam as Unidades de Saúde da Família (USF) que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e, portanto, tinham implantado o acolhimento na unidade. Ressalta-se que, entre as 122 USF existentes no município, 118 fizeram a adesão ao PMAQ no ano de 2011, e um dos critérios para a adesão dizia respeito à implantação do acolhimento aos usuários proposto pelo modelo de gestão adotado pelo município (RECIFE, 2011).

Por meio de sorteio aleatório simples, foram selecionadas 29 USF entre aquelas que aderiram ao PMAQ, respeitando a representatividade dos seis Distritos Sanitários da cidade. No segundo momento, foi composta a amostra com os usuários, considerando também a representatividade das USF sorteadas, com uma média de 10 usuários entrevistados por USF. Destaca-se que a amostra dos usuários foi estabelecida por conveniência, ou seja, foram entrevistados os usuários que estavam presentes na USF na data da aplicação do questionário.

Para o cálculo da amostra de participantes utilizou-se, como parâmetros, uma proporção esperada de satisfação de 80%, valor obtido através de um estudo piloto com 30 indivíduos, com nível de confiança de 95% e erro máximo aceitável de 5%, considerando ainda o cálculo de amostra com correção para populações finitas. Estimou-se um número mínimo de 247 participantes. Para compensar as perdas amostrais (20%), esse número foi aumentado para 297. Em seguida, contemplaram-se os Distritos Sanitários proporcionalmente à representação das 118 Unidades de Saúde da Família. O critério de inclusão dos usuários na amostra foi o de ser adstrito há mais de um ano na USF, que tivesse passado pelo acolhimento pelo menos uma vez e com idade acima de 18 anos. Foram excluídos previamente crianças e pessoas com transtornos mentais, devido a prejuízos apresentados na área da linguagem e cognição.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR (forma abreviada). A Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços

de Saúde Mental- Satis-BR (forma abreviada), foi utilizada para avaliar a satisfação dos usuários a respeito do acolhimento ofertado pelos profissionais das USF onde foram atendidos. A SATIS-BR constitui um questionário validado no Brasil, no ano 2000, por Bandeira, Pitta e Mercier. Este questionário possui 44 itens, dentre os quais se incluem os itens quantitativos das subescalas e da escala global, que visam avaliar a satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, as questões descritivas e qualitativas referentes à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços por eles recebidos e as questões referentes aos dados sociodemográficos. A versão abreviada desta escala contém apenas 16 itens (12 quantitativos e 4 qualitativos).

Dessas 16 questões, doze eram quantitativas e quatro eram abertas, ou seja, discursivas (questões 13, 14, 15, 15.1) integrando o questionário, e visavam avaliar a satisfação dos usuários com o serviço, possibilitando que estes fizessem algum tipo de observação a respeito de como se sentiram acolhidos. Essas quatro questões permitiram que os usuários apontassem o que mais gostaram; o que menos gostaram; o que poderia ser melhorado no serviço; e por fim, de que maneira essa melhoria poderia ocorrer.

Nessa direção, as 12 questões quantitativas estavam divididas em três subescalas. A subescala 1 estava dirigida ao grau de satisfação dos pacientes com relação à competência e à compreensão da equipe a respeito do seu problema (questões 2, 3, 4, 5, 6, 9 e 10). A subescala 2 referia-se ao grau de satisfação dos pacientes com relação à acolhida da equipe e à ajuda recebida no serviço (questões 1, 7 e 8) e a subescala 3 (questões 11 e 12) estava relacionada com o grau de satisfação dos pacientes quanto às condições físicas e ao conforto do serviço.

Os doze itens do questionário compõem as subescalas e a escala global para o cálculo do grau de satisfação do usuário com o acolhimento, as quais contêm respostas apresentadas em uma escala ordinal de tipo Likert com 5 pontos. Para avaliar globalmente o grau de satisfação dos pacientes, calculou-se a média das respostas obtidas para os 12 itens da escala breve (questões 1 a 12). A média obtida, entre os valores 1 a 5, indicou o grau de satisfação dos pacientes. Destaca-se que o valor da escala que corresponde ao maior grau de satisfação é o 5 (cinco).

Concluída a coleta, os dados relativos ao instrumento de avaliação (SATIS-BR-abreviada) foram armazenados em uma planilha do Excel e analisados com o auxílio dos softwares *Statistical Package for Social Science* (SPSS) 17.0, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas. A variável profissão/ocupação, referente à caracterização dos sujeitos da amostra, foi categorizada e agrupada a partir das respostas mais comuns dos usuários.

Para a análise qualitativa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2010) que corresponde a um conjunto de técnicas de análise das comunicações que possibilitou apurar descrições de conteúdo muito próximas, subjetivas, que pôs em evidência a natureza e as forças dos estímulos a que o sujeito foi submetido.

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, a mais antiga e utilizada é a análise temática, que uma técnica rápida e eficaz na aplicação nos discursos diretos (significações manifestas) e simples, portando adequando-se a esse estudo. Para análise, foram utilizadas as 5 etapas definidas por Bardin (2010), que são: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação.

Para a análise de conteúdo dos dados foram confeccionadas grelhas e ordenadas as falas obtidas por meio dos questionários. Leituras exaustivas dessas falas foram realizadas, objetivando a identificação dos núcleos de sentido, isto é, evidenciando os significados expressos nas falas dos entrevistados. Uma vez identificados os núcleos de sentido, estes foram codificados de acordo com o preconizado por Bardin (2010) e Flick (2009).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN, sob o CAAE: 21643613.1.0000.5292. Os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, e, aqueles que aceitaram participar tiveram sua identidade preservada. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Caracterizando os sujeitos do estudo

O maior percentual de usuários entrevistados foi do sexo feminino (85,81%), com uma média de idade de 42,3 anos e renda de 1,6 salários mínimos. No que toca à ocupação, o maior percentual foi de donas de casa (37,8%), seguidas de empregadas domésticas (13,5%) e ocupações diversas representaram 36% do total. Ressalta-se que 93,6% dos entrevistados não possuíam plano de saúde, fazendo uso somente do SUS.

Observando o tempo de uso do serviço e a frequência com que os usuários procuram o acolhimento, no período de um mês, pode-se constatar que a média de tempo de uso corresponde a 9 anos e a média de frequência a 1,69 vezes ao mês. Tal fato é percebido como um tempo considerável de conhecimento sobre o serviço com possibilidades de construção de vínculo com as equipes, sugerindo que o usuário, ao receber atenção e acolhida positivas, sente-se estimulado a retornar ao serviço com mais frequência (MINUZI; BECK, 2008).

Assim, se os usuários procuram o serviço mais de uma vez ao mês, pode-se supor que a acolhida ofertada pelos profissionais esteja embasada na compreensão dos seus problemas através de uma escuta qualificada que o permita sentir-se parte importante desse encontro e, conseqüentemente, da oferta de respostas satisfatórias às necessidades de saúde que o conduziram ao serviço.

Essa suposição torna-se possível a partir das respostas emitidas pelos usuários quando interrogados acerca da questão 1 que faz referência ao tratamento recebido no acolhimento, onde 66,6% dos entrevistados referiram que se sentem ajudados geralmente ou sempre ao buscarem o serviço de saúde por meio do acolhimento; na questão 2 que trata da escuta oferecida pelo profissional, 66% dos entrevistados sentiram-se muito escutados e bastante escutados; na questão 3 que aborda o tema da compreensão do seu problema pela pessoa que o recebeu, 72,3% referiram que foram bem compreendidos ou muito bem compreendidos no momento da acolhida; na questão 4 que discorre sobre a compreensão da equipe sobre a ajuda que o usuário necessitava, 66% referiram ter sido bem compreendidos e muito bem compreendidos; por fim, na questão 8 que analisa a classificação da acolhida dos profissionais, 64,6% afirmam que a acolhida foi amigável e muito amigável.

A tabela 1 apresenta o cálculo do escore médio dos itens avaliados pelos usuários nas questões anteriores que tratam dos seguintes fatores: competência e compreensão da equipe, acolhida e ajuda recebida no serviço, além das condições físicas e conforto do serviço.

Tabela 1 – Escores médios de satisfação dos usuários. Recife, 2014

Fatores	Escore médio
Fator com relação à competência e compreensão da equipe	3,81
Fator com relação à acolhida da equipe e à ajuda recebida no serviço	3,82
Fator com relação às condições físicas e conforto do serviço	2,96

Ao se relacionar os escores médios com os resultados apresentados no que toca a esses aspectos, confirma-se uma tendência para a satisfação do usuário na questão da competência e compreensão, na acolhida e na ajuda da equipe. O que remete a um esforço por parte dos profissionais do município em efetivar as tecnologias leves e leve/duras tais como: o acolhimento, a escuta qualificada e a construção de vínculos.

No que tange o aspecto das condições físicas e conforto do serviço, essa satisfação decresce, aproximadamente, um ponto na média do escore (2,96), sendo 0,85 no fator competência e compreensão e 0,86 no fator acolhida da equipe e ajuda recebida. Sugerindo um menor grau de satisfação dos usuários de Recife em relação à ambiência. Dessa forma, podendo ser considerada como uma fragilidade no acolhimento e no serviço na visão dos usuários.

Categorias temáticas

Três categorias emergiram das falas dos usuários capturadas através das questões 13, 14, 15 e 15.1 e organizadas a partir da sua frequência de repetição e aproximação semântica. As referidas categorias são as seguintes: *satisfação com o acolhimento, insatisfação com a ambiência e sugestões de melhorias no acolhimento e no serviço.*

Quando interrogados sobre a questão de número 13, que dizia “De que você mais gostou no acolhimento?”, emergiram as falas inseridas no Quadro 1.

Quadro 1 – Categoria: Satisfação com o acolhimento. Recife, 2014

Satisfação com o acolhimento

“gosto da simpatia [...] profissionais [...] gosto de [...] atendida pelo médico [...] gosto do atendimento [...] de tirar dúvidas [...] da atenção da equipe [...] da organização do atendimento [...] prioridade [...] da organização [...] da agilidade [...] melhora na distribuição de fichas [...] da resolutividade [...] da enfermeira [...] atendimento do técnico de enfermagem [...] sempre [...] [...] resposta [...] enfermeiro mais perto da população [...] gosto do tratamento amigável [...] acesso para marcar consultas e pegar remédios [...] mais tempo para os pacientes [...] da palestra [...] as pessoas [...] de [...] atendida pelo médico no mesmo [...] [...] do dentista [...] da localização do posto [...] gosto do acolhimento [...] da paciência [...] [...] [...] acolhida e ouvida [...] sempre [...] alguém para ouvir [...] de saber [...] sempre serei atendida [...] do local reservado [...] gosto de tudo...”

No Quadro 1, as falas que compõem a categoria “Satisfação com o acolhimento” reforçam as respostas emitidas às questões 1, 2, 3, 4 e 8 uma vez que revelam aspectos que os agradam não só no acolhimento, mas também, no serviço de modo geral. Pode-se sugerir, portanto, que o acolhimento esteja sendo efetivado e efetivo dentro dos serviços de atenção básica do município de Recife.

Esse dispositivo/princípio deve proporcionar um novo significado à relação do profissional com o usuário, o qual é considerado em sua subjetividade, incluindo-o em um contexto cultural e socioambiental. Ademais, o usuário possui direitos de cidadania devendo, portanto, ser tratado como sujeito e não como objeto da ação profissional. Ou seja, o acolhimento tem como foco principal o usuário e o seu problema de saúde (PANIZZI; FRANCO, 2004).

Um estudo com usuários do SUS sobre a satisfação com o acolhimento mostrou como pontos positivos a resolutividade, a humanização e a solidariedade (DIÓGENES et al., 2012). Tal resultado mostra-se compatível com a opinião dos usuários sobre vários aspectos do acolhimento elucidados neste trabalho, como por exemplo, a ajuda e a acolhida recebida, além de aspectos relacionados à compreensão da equipe. A satisfação dos usuários de Recife, com o acolhimento, levanta a ideia de que esses pontos positivos estejam gradativamente se consolidando nas práticas dos profissionais do município. Assim, pode-se confirmar uma tendência de satisfação dos usuários com o acolhimento ofertado pelos profissionais, confirmando-se o empenho para efetivação das tecnologias leves.

No Quadro 2 emergiram as falas com coocorrência em razão das respostas emitidas à pergunta “De que você menos gostou no acolhimento?”

Quadro 2 – Categoria: Insatisfação com a ambiência. Recife, 2014**Insatisfação com a ambiência**

“não gosto das instalações [...] a estrutura é ruim [...] não gosto desse local [...] faz calor [...] espaço físico é ruim [...] a sala de espera não é boa [...] faz barulho [...] há ausência de cadeiras [...] falta de bebedouro...”

A insatisfação com a ambiência apresenta-se de forma negativa, evidenciando de forma clara a fragilidade do serviço no que toca as instalações físicas, comprometendo as práticas de saúde e em especial o acolhimento efetivo à medida que provoca sensações negativas nos usuários, comprometendo, também, o processo de trabalho dos profissionais.

Quando se concebe uma ambiência satisfatória, provoca-se um processo de reflexão das práticas e dos modos de operar naquele espaço, contribuindo para a construção de novas situações, podendo instigar os sujeitos a reflexões críticas para mudanças de paradigmas cristalizados – serviços públicos possuem ambientes feios, escuros e pouco agradáveis – para uma nova concepção onde a ambiência passa a ser um dos dispositivos fundamentais para o acolhimento e a produção do cuidado em saúde. Assim, as áreas de trabalho, além de mais adequadas funcionalmente, devem proporcionar espaços vivenciais prazerosos (BRASIL, 2010b).

Quando investigados sobre a questão de número 15, que diz “Em sua opinião, o local onde ocorre o acolhimento poderia ser melhorado?”, emergiram as evocações contidas no Gráfico 1.

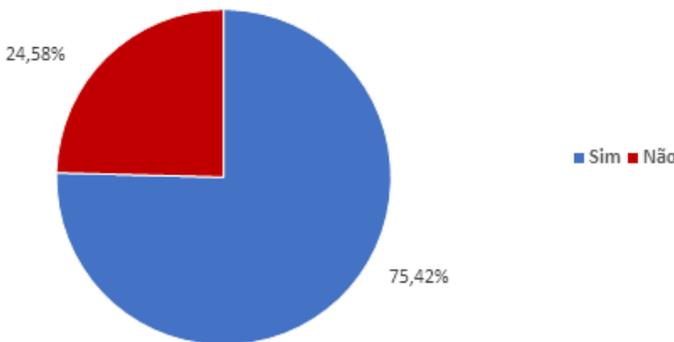


Gráfico 1 – Respostas dos usuários emitidas na questão de número 15. Recife, 2014.

Observa-se que a maioria dos usuários entrevistados (75,42%) considera que o local onde ocorre o acolhimento precisa ser melhorado, demonstrando a necessidade de qualificá-lo, exibido no Quadro 3. A esse respeito, emergiram as seguintes falas:

Quadro 3 – Categoria: Sugestões de melhorias no acolhimento e no serviço. Recife, 2014

Sugestões de melhorias no acolhimento e no serviço

“é preciso melhorar a estrutura [...] é necessário ampliar o posto [...] melhorar o banheiro [...] a ventilação precisa ter [...] mais conforto [...] aparência do serviço precisa melhorar [...] acho que deve construir outra USF [...] precisa colocar bebedouro [...] é bom melhorar as salas [...] deve melhorar as cadeiras e deixar o lugar mais arrumado [...] o ambiente precisa ser mais claro [...] deve ter mais privacidade pra gente [...] precisa melhorar a limpeza [...] aumentar o número de atendimentos odontológicos [...] necessita de material melhor e mais novo [...] ter mais medicamentos/farmácia [...] deve abrir o posto mais cedo [...] ter mais profissionais [...] aumentar o número de médicos [...] a pontualidade dos profissionais precisa melhorar! [...] tudo...”

Mais uma vez, a ambiência é trazida pelos usuários, entretanto, desta vez, como sugestão de melhoria não só no acolhimento, mas também da estrutura física das unidades. Os aspectos subjetivos afloram quando é permitido falar sobre o aprimoramento do acolhimento. Os usuários trazem questões que vão além do acolhimento institucionalizado, com dias e horários determinados, vem à tona tudo o que consideram que deve ser modificado para melhorar o serviço e possibilitar uma melhor atenção à saúde.

A insatisfação dos usuários com a ambiência pode interferir negativamente, inviabilizando um acolhimento prazeroso, ou seja, capaz de possibilitar sensações e subjetividades positivas. Quando se concebe uma ambiência de qualidade, estimula-se um processo de reflexão das práticas e dos modos de operar naquele espaço, contribuindo para a construção de novas situações e transformações de paradigmas. Assim, as áreas de trabalho, além de mais adequadas funcionalmente, devem proporcionar espaços vivenciais prazerosos (BRASIL, 2010).

O estudo de Diógenes et al. (2012), sobre satisfação com o acolhimento na atenção básica revelou a insatisfação dos usuários com a carência de médicos e com o não cumprimento de horário por parte dos profissionais. Tais aspectos vêm corroborar o estudo em tela, uma vez que os usuários investigados também fazem essa observação (Quadro 3). Dentre as formas de manifestação de respeito ao usuário, destacam-se a assiduidade e a pontualidade dos profissionais nos serviços de saúde. Nessa direção caminham os relatos dos usuários, deixando claro que a não observação desse compromisso profissional dificulta o acesso, o atendimento e o acolhimento.

Considerações Finais

Diante do debate em torno da questão acolhimento, este estudo visou, fundamentalmente, conhecer como os usuários da ESF da cidade do Recife avaliam o acolhimento implantado no município. Verifica-se um bom grau de satisfação

em relação aos aspectos relacionados ao acolhimento, em consonância com os achados na literatura em foco.

Mesmo considerando que houve avanços no acolhimento do município, não foram encontradas evidências consistentes de conversão de modelo de atenção no Recife. Algumas peculiaridades são desafiadoras para a sua consecução. A percepção dos usuários mostrou, de forma nítida, a necessidade de melhoria no acesso à assistência médica e odontológica, a medicamentos e a infraestrutura. Esse fato indica um desafio a ser perseguido a caminho da integralidade do cuidado em um município com boa cobertura da ESF (58%).

Visualizou-se uma situação marcante de insatisfação no que diz respeito à ambiência, com inferências à infraestrutura em algumas unidades básicas de saúde. Há locais com pouca ventilação e ruídos, há falta de cadeiras, bebedouros e a perceptível falta de limpeza, restringindo drasticamente o escopo das ações, comprometendo a sua qualidade técnico-científica.

Assim, partindo dos resultados deste estudo, pode-se suscitar a necessidade de qualificar a prática do acolhimento buscando aumentar a satisfação demonstrada pelos usuários. Essa qualificação passa por ampliação do número de USF que adotem o acolhimento, pela capacitação e sensibilização dos profissionais e pela garantia de melhoria de suas condições de trabalho. O estudo poderá contribuir com a gestão, com os profissionais e usuários ao provocar reflexões mostrando as potencialidades e fragilidades que estão ocorrendo no processo de acolher, possibilitando a busca por caminhos mais adequados para as ações de saúde e para a qualificação da prática do acolhimento.

Esta pesquisa é uma contribuição aos estudos que deverão se multiplicar, no país e em Recife, no tocante ao acolhimento.

Referências

BALLARIN, M. L. G. S.; FERIGATO, S. H. A clínica como instrumento de fortalecimento do sujeito: um debate ético-filosófico. **Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011.

_____. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2010a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, 2010b.

DIÓGENES, M. A. R. *et al.* Usuário da Estratégia Saúde da Família: Conhecimento e satisfação sobre o acolhimento. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, (2 supl.), p. 96-103, abr./jun, 2012.

- FLICK, U. **Introdução à abordagem qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. pt. 4, cap. 23, p. 765-93.
- HOUAISS, A. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Moderna, 2004.
- GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1849-1861, 2011.
- HARTZ, Z. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. *et al.* **Avaliação: Conceitos e métodos**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 42-60, 2011.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998 p. 103-120.
- MINUZI D.; BECK C. L. C. O. Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: Uma análise bibliográfica. **Revista Saúde**, Universidade Federal de Santa Maria, v. 34, n. 1-2, p. 37-43, 2008.
- ONOKO, C.R.; RODRIGUES, A. **O inter “esse” dos programas de aprimoramento: comunicação pessoal**. Campinas: Unicamp – Faculdade de Ciências Médicas, 2003. (Curso de Aprimoramento em Saúde Mental).
- PANIZZI, M.; FRANCO, T.B. A implantação do acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO, T.B. *et al.* **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, p. 79-109, 2004.
- RECIFE. Secretaria de Saúde. **Matriz de monitoramento e avaliação da implantação dos dispositivos do modelo de gestão e atenção recife em defesa da vida no âmbito da atenção básica**. Recife, 2011.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- SÁ, L. D.; GOMES, A. L. C. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 43, n.2, 2009, p. 365-372.
- TEIXEIRA, S. A. **Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista, Bahia, Brasil**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2004.

VIEIRA, A. L. S.; SILVEIRA, D. P. Reflexões éticas do cuidado em saúde: Desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 5., n. 1, p. 92-101, jun. 2005.

VILAR, R. L. A. **Humanização na estratégia saúde da família**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

ZUNIGA, R. **La evaluación em la acción social: autonomias y solidaridades**. 2004. Retrieved DATE from <<http://homepage.mac.com/ricardo.b.zuniga/>> Acesso em: 20 fev. 2006.

15.

**Avaliação dos
Profissionais
Cirurgiões-Dentistas
Quanto aos Indicadores
de Saúde Bucal em
uma Metrópole do
Nordeste Brasileiro**

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior

Mary Anne Medeiros Bandeira

Fábio Solon Tajra

Introdução

Com a evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, muitos desafios foram manifestados. Isso pode ser percebido tanto na necessidade de demonstrar resolutividade na assistência clínica como na execução de políticas intersetoriais que possam influenciar, positivamente, o desenvolvimento dos principais indicadores epidemiológicos de saúde bucal (MOYSES, 2008).

Aliado a isso, há um esforço do Ministério da Saúde pela indução de uma gestão pública baseada no monitoramento e na avaliação de processos e resultados (BRASIL, 2012). A utilização desse padrão de avaliação passou a se constituir numa ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Desse modo, muitas ações têm sido desenvolvidas para ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a intenção de reconhecer a qualidade dos serviços ofertados à sociedade brasileira. Para isso, o Ministério da Saúde implantou em 2011, por meio da Portaria n.º 1.654 GM/MS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em que foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso (BRASIL, 2012):

Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação das equipes da Atenção Básica, conforme o seu desempenho;

Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar a pontuação atribuída às equipes no processo de avaliação externa.

Diante de uma série de indicadores de desempenho e monitoramento, apontados e categorizados por meio desse programa, surgiram alguns questionamentos: qual é a percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal do PMAQ-AB? Quais seriam as barreiras para o seu monitoramento?

Neste sentido, esta pesquisa visou analisar a percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores em saúde bucal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Fortaleza, Ceará.

Espera-se que os resultados obtidos nesta pesquisa possam provocar reflexões dos sujeitos envolvidos nesses processos, de tal forma que tragam possíveis ajustes nas melhorias da qualidade da atenção à saúde bucal.

Método

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualiquantitativa, realizado no período de outubro de 2013 a março de 2014, que contou com

uma análise documental prévia para caracterização do cenário e do perfil dos profissionais envolvidos, seguido da aplicação de um questionário semiestruturado, em que se pôde captar a percepção do grupo de Cirurgiões-Dentistas (CD) frente à operacionalização dos indicadores de saúde bucal do PMAQ-AB e à sua atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para que isso fosse efetivado, contou-se com a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), Parecer n.º 443.474, sendo seguidas as normas da Resolução CNS 196/96.

A coleta de dados secundários se deu por meio da obtenção de informações acerca do cadastro dos CD da ESF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), da população geral do município de Fortaleza, Ceará, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Departamento de Informática do SUS (Datasus).

Para coleta de dados primários, foi utilizado um questionário contendo três partes, a saber: perfil dos CD da ESF; percepção acerca dos indicadores de desempenho e percepção acerca dos indicadores de monitoramento (ver quadro 1). O questionário era composto por 37 perguntas, sendo 23 questões fechadas e 14 questões abertas.

Quadro 1 – Registro de indicadores de saúde bucal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB/saúde bucal)

Indicadores de Desempenho
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada;
Cobertura de primeira consulta odontológica programática;
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas;
Proporção de instalações de próteses dentárias.
Indicadores de Monitoramento
Cobertura de atendimento odontológico à gestante;
Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;
Taxa de incidência de alterações na mucosa oral.

Fonte: BRASIL, 2012

Inicialmente, foi aplicado um pré-teste, com seis CD que tinham atuado como Coordenadores Regionais de Saúde Bucal, no município de Fortaleza, no ano de 2012. Nesse momento, cada CD pôde solicitar ao pesquisador os esclarecimentos necessários acerca de possíveis dúvidas na resolução do questionário, assim como sugerir possíveis modificações no instrumento a ser utilizado. Dessa forma, foi possível realizar os ajustes necessários para uma melhor compreensão das questões contidas no instrumento.

No que diz respeito à cobertura populacional da ESF, o município de Fortaleza passou por uma evolução relevante. De uma cobertura populacional de 11,77 %,

em 2005, passou para 36,84%, até outubro de 2013. Nessa ocasião, encontravam-se implantadas 267 equipes de saúde da família e 195 Equipes de Saúde Bucal (EqSB). Foi diante desse cenário que se desenvolveu a presente pesquisa.

Após prévia articulação junto à Coordenação Municipal de Saúde Bucal (CMSB), foram identificados todos os profissionais a ser pesquisados e programada a aplicação dos questionários nos encontros de Educação Permanente (EP), promovidos pela gestão municipal. Com relação aos CD que não participaram do processo de EP, foram feitas buscas ativas por meio dos coordenadores de saúde bucal das 6 (seis) regionais de saúde.

Diante dos profissionais, foram feitas as considerações acerca da importância da pesquisa a ser realizada, bem como dos seus principais objetivos. Logo após, os questionários foram aplicados aos pesquisados que se dispuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para digitação do banco de dados, utilizou-se o software *Microsoft Excel*, e, para sua consolidação e análise estatística, o software *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)*, de tal forma que se permitiu visualizar os resultados de forma simples e autoexplicativa, possibilitando, assim, associar pesquisas de opinião, atitudes, pontos de vista e preferências que os pesquisados e autores com expertises na área têm a respeito dos temas em questão.

Resultados e discussão

Os resultados a serem apresentados são derivados dos questionários aplicados aos 137 CD da ESF do município de Fortaleza, inseridos nas 6 regionais de saúde. Esse quantitativo de CD correspondeu a 70,25% de um universo de 195 CD cadastrados nas EqSB até outubro de 2013.

Cerca de 76% (n=104) dos pesquisados corresponderam ao sexo feminino. Além disso, 65% (n=89) dos CD estavam com idade acima de 35 anos e 58,4% (n=80) apresentaram mais de 6 anos de tempo de serviço na ESF (tabela 1). A partir desses dados, foi possível estimar que esses profissionais são, de certa forma, experientes no serviço.

Tabela 1 – Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da Atenção Básica do município segundo características pessoais e formação acadêmica, Fortaleza, Ceará, 2014

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	104	75,9
Masculino	31	22,6

		Continuação
Não informou	2	1,5
Idade		
Entre 25 e 35 anos	48	35,0
Acima de 35 anos	89	65,0
Tempo de serviço		
< 1 ano	2	1,5
1 a 3 anos	40	29,2
3 a 6 anos	13	9,5
> 6 anos	80	58,4
Não informou	2	1,5
Outro tipo de ocupação		
Sim	76	55,5
Não	60	43,8
Não informou	1	0,7
Tipo de ocupação (n=76)		
Consultório Particular	57	75,0
Outro	19	25,0
Tipo de IES em que se formou		
Pública	98	71,5
Privada ou Filantrópica	39	28,5
Realizou pós-graduação anterior		
Aperfeiçoamento	77	56,2
Especialização	121	88,3
Mestrado	18	13,1
Doutorado	2	1,5
Pós-graduação em andamento		
Aperfeiçoamento	4	2,9
Especialização	16	11,7
Mestrado	8	5,8
Doutorado	5	3,6

Fonte: Elaboração própria

Em torno de 75% (n=57) dos entrevistados respondentes relataram exercer essa ocupação em consultórios particulares. Diante desse quadro, vale acrescentar que:

se observa a existência de profissionais com vínculos públicos parciais, como os que exercem a profissão em serviços públicos e possuem consultórios privados como autônomos. Ainda há os que possuem consultório, não possuem vínculo empregatício com os serviços públicos, mas são credenciados pelo

SUS. Outros são assalariados de empresas privadas de serviços odontológicos, empresas que oferecem serviços de odontologia aos seus funcionários, sindicatos e também há os que se organizam em grupos de cooperativas. (MORITA; HADDAD; ARAÚJO; 2010, p. 68).

Outro dado importante a ser considerado é que 93,4% (n=128) dos CD pesquisados informaram já terem realizado pós-graduação, seja na condição de aperfeiçoamento (56,2%), especialização (88,2%), mestrado (13,1%) ou doutorado (1,5%). Acrescenta-se a esses dados, o quantitativo de 24,1% (n=33) de CD que se encontram em pós-graduação, seja em aperfeiçoamento (2,9%), especialização (11,7%), mestrado (5,8%) ou doutorado (3,6%).

Dos 137 CD pesquisados, 97,1% (n=133) já realizaram ou realizam alguma pós-graduação. Destes, 59,8% (n=82) estão associados com pós-graduação nas áreas de saúde da família, saúde pública e/ou saúde coletiva.

Para Freitas, “o mercado de trabalho odontológico passa a sofrer modificações mais acentuadas a partir da década de 1980. Vários estudos sinalizam para a tendência do assalariamento, do trabalho no consultório com convênios e credenciamentos e a associação de ambas as formas.” (2007, p. 26).

Neste sentido, mesmo com 41,6% dos CD da ESF exercendo ocupações em consultórios particulares, parece ter havido o despertar do interesse dos CD para execução de cursos de pós-graduação nas áreas de saúde da família, saúde pública e/ou saúde coletiva, possivelmente em virtude das necessidades sentidas por eles de desenvolvimento do seu trabalho nas equipes da ESF, assim como pela possibilidade de ascensão salarial do plano de cargos, carreiras e salários da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

A segunda parte do questionário correspondeu à análise de pertinência dos indicadores de desempenho de saúde bucal.

Para o indicador de desempenho da Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (Maceds), com exceção de um CD, todos os outros consideraram esse indicador importante, e 94,9% (n=130) deles responderam sentir-se capacitados para essa ação.

Quanto à classificação do grau de importância da Maceds, 75,9% (n=104) dos CD responderam serem as creches e escolas o principal espaço para realização dessa ação. 64,9% (n=89) dos CD elegeram, em segundo lugar, os domicílios como espaço para realização dessas atividades, enquanto 51,8% (n=71) dos entrevistados responderam serem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) o local preferido. Já 49,6% (n=68) responderam serem outros espaços importantes para o desenvolvimento dessas ações, tais como: espaços de convivência para idosos, espaços de reabilitação para adolescentes e outros.

Para Waat (2007), a promoção de saúde bucal deve ser garantida por meio da implementação de estratégias múltiplas em ambientes diferentes, como domi-

cílios, escolas, creches, centros comunitários, locais de trabalho. Dessa forma, quanto mais espaços forem identificados para dar oportunidade a esse tipo de prática, maior será a possibilidade de sucesso e mais efetiva será sua ação.

Contudo, mesmo a ideia de promoção da saúde em escolas não sendo nova (BEATTIE, 1996), os resultados provenientes da Maceds mostram ter efeitos mínimos e de curta duração, principalmente pela forma como é desenvolvida (NUTBEAM, 1997). Nesse sentido, devem ser somados esforços e aglutinados recursos que possam melhorar as condições de saúde bucal da população. Cabe, ainda, questionar acerca das estratégias de continuidade da ação e da formação de multiplicadores que possam agregar mais impacto na saúde da comunidade assistida.

Para que as práticas de educação em saúde sejam mais sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários, faz-se necessário abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar uma comunicação dialógica (ALVES, 2005).

A educação em saúde bucal voltada a escolares deve ser integrada à educação em saúde geral, e a higiene bucal deve ser integrada à educação em saúde, voltada aos cuidados e à higiene de todo o corpo, trabalhando com a autoestima da criança (SHEIHAM, 1983). No caso de Fortaleza, para 65,7% (n=88) dos CD, a desmotivação é a principal dificuldade para o desenvolvimento dessa atividade. Em segundo lugar, 53,3% (n=72) dos CD destacaram a falta de planejamento e articulação intersetorial, seguidos pela descontinuidade no fornecimento de kits (48,1%) e espaços sem estruturas físicas (36,3%).

Ao se avaliar a percepção dos CD sobre o indicador de desempenho de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática, tem-se que 91,2% (n=125) consideraram esse indicador importante, enquanto que 5,8% (n=8) consideraram-no sem importância – e quatro não responderam.

Para os que consideraram o indicador importante, as principais justificativas foram: *“Retrata a questão do acesso ao serviço e a continuidade do tratamento odontológico”* (Informante-chave 18); *“Porque assim podemos observar se a saúde bucal da população está melhorando ou não, bem como nos auxilia no planejamento do tratamento preventivo e curativo”* (Informante-chave 87); *“Porque sinaliza o acesso do paciente (1ª vez), onde ele tem a oportunidade de concluir o tratamento através da motivação do profissional, que pode ser descontinuada com a falta de material”* (Informante-chave 49).

Já para os CD que responderam não ter importância esse indicador, seguem algumas justificativas relatadas: *“No momento, este indicador não está mostrando realmente a realidade, pois muitos alimentam este dado erroneamente, colocando como primeira consulta a ida do paciente ao consultório, sem odontograma e planejamento”* (Informante-chave 47); *“Porque ela não condiz com a realidade do acesso”* (Informante-chave 80); *“Não é fiel”* (Informante-chave 101).

Quanto ao indicador de Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas, 93,4% (n=128) dos CD consideram esse

indicador importante. Isso pode ser observado em alguns relatos com a seguinte justificativa: *“Porque permite avaliar a resolatividade dos serviços”* (Informante-chave 2); *“Para quantificar o número de usuários que têm acesso e conseguem terminar o tratamento”* (Informante-chave 12); *“Porque podemos avaliar se há necessidade ou não de ajustes no processo de trabalho”* (Informante-chave 87).

Para os CD que não consideraram importante esse indicador, tivemos como justificativa: *“Não há, ainda, o tratamento iniciado e acabado, pois tem demanda livre, urgência, e o próprio usuário não tem uma mentalidade responsável para encarar o tratamento”* (Informante-chave 5); *“Não refletem a realidade. Não há conexão entre o problema e a prática. Não há ciência”* (Informante-chave 8); *“É um indicador fora da realidade, pois há muitas falhas nas informações”* (Informante-chave 118).

Apesar de a grande maioria dos CD considerar esse indicador importante, os relatos demonstraram que também o considera complexo, em especial, nos quesitos associados aos registros dos tratamentos concluídos e às primeiras consultas odontológicas programáticas. Ou seja, consideram a concepção do indicador importante, porém, têm consideráveis dificuldades em sua construção.

Outra questão abordada junto aos CD foi o grau de dificuldade apresentado por estes na execução de procedimentos clínicos em saúde bucal e na conclusão de tratamentos odontológicos. Para 48,5% (n=65) dos CD, a maior dificuldade apresentada para execução dos procedimentos clínicos é a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos, seguida por outras causas, tais como: *“Auxiliar em Saúde Bucal com treinamento deficiente”* (Informante-chave 5); *“Falta de Técnico em Saúde Bucal nas equipes, que poderiam ser utilizadas em ações delegáveis a estes profissionais”* (Informante-chave 37); *“Deveria ter capacitação para dentistas solucionarem situações específicas”* (Informante-chave 51); *“Muitas faltas dos pacientes, bem como abandono do tratamento, problemas socioeconômicos e dificuldade de motivação”* (Informante-chave 105); *“Poucos consultórios e baixa cobertura de Equipe de Saúde Bucal no território”* (Informante-chave 114).

Como terceira maior dificuldade, 44,7% (n=59) dos CD consideraram ser o elevado número de pacientes com necessidades para atividades clínicas. A deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouca manutenção) foi considerada a quarta maior dificuldade para execução das ações clínicas.

Com relação às dificuldades encontradas para conclusão dos tratamentos odontológicos programáticos, tivemos que 44,3% (n=58) dos CD responderam como principal causa o abandono do tratamento por parte do paciente, enquanto que 43,5% (n=57) associaram essa dificuldade à deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouca manutenção). Outras dificuldades apontadas por alguns dos dentistas foram: *“Falta espaço na agenda para marcar retorno toda semana ou quinzenal”* (Informante-chave 53); *“Falta de Equipe de Saúde Bucal nos CSF. Áreas descobertas”* (Informante-chave 93); *“A falta do paciente ao trabalho, pois muitas empresas e patrões não aceitam a declaração de comparecimento como justificativa de falta*

ao trabalho” (Informante-chave 24); “O paciente do SUS não tem a mentalidade do paciente que paga um tratamento. São propensos a resolver só o que lhes incomoda” (Informante-chave 5); “Dificuldade de recursos humanos e disponibilidade de horários na coordenação odontológica (divisão de horários com outros dentistas)” (Informante-chave 112).

Em último, entre as alternativas apresentadas, tivemos que 34,9% (n=45) dos CD responderam ser o elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda) também um fator que dificulta a conclusão dos tratamentos.

Ao se analisar o indicador de Proporção de Instalação de Próteses Dentárias na ESF, obteve-se que 75,2% (n=103) dos CD responderam ser importante a instalação de próteses dentárias na ESF, enquanto que 23,4% (n=32) responderam que não, conforme se constata nas falas abaixo: “As próteses devem ser confeccionadas por especialistas na área” (Informante-chave 43); “Enquanto a população apresentar outros graves problemas bucais, prótese é mais indicada para o Centro de Especialidades Odontológicas” (Informante-chave 49); “Não sabemos como realizar a instalação. Esse é um procedimento especializado” (Informante-chave 80); “Acredito que deve ser realizado pelo profissional especialista e não pelo generalista” (Informante-chave 114).

A instalação de próteses dentárias na ESF não é assunto recente. Desde a sua incorporação como procedimento básico, tem gerado grande discussão. No que diz respeito ao benefício para a qualidade de vida dos pacientes, não há divergência. Hamalainen *et al.* (2005) mencionam que “a perda dos dentes no idoso pode ser considerada um fator preditivo significativo para um maior nível de mortalidade, em virtude do comprometimento da qualidade da alimentação”. Contudo, a possibilidade de realização desse procedimento na ESF não tem sido garantida por todos os profissionais.

Buscou-se identificar, ainda, as principais dificuldades encontradas pelos CD para instalação de próteses dentárias na ESF. Para 50,4% (n=64) dos CD, a principal dificuldade encontrada é a insegurança do profissional no manejo clínico. Já 44,1% (n=56) dos CD declararam como segunda maior causa de dificuldade: “Falta atualização/capacitação em prótese para os dentistas e auxiliares. Há formação deficiente em prótese na graduação” (Informante-chave 14); “Falta de um bom laboratório de prótese” (Informante-chave 122); “Laboratório demora a entregar o trabalho” (Informante-chave 58); “Demora na fila do laboratório” (Informante-chave 105).

A deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumentais) foi apresentada por 42,3% (n=55) dos CD como sendo a terceira principal dificuldade. A quarta maior dificuldade, relatada por 36,2% (n=47) dos pesquisados, foi o elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas.

É importante mencionar que a reposição de dentes perdidos com a oferta de prótese na ESF, a melhora do acesso aos serviços e o funcionamento das unidades de saúde em horários alternativos poderiam reduzir, de certa forma, algumas iniquidades sociais em saúde bucal (MIOTTO *et al.*, 2012).

A terceira parte do questionário correspondeu à avaliação das necessidades identificadas pelos CD da ESF para o cumprimento dos indicadores de monitoramento em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará.

Para o indicador de monitoramento acerca da Cobertura de Atendimento Odontológico à Gestante, 89,1% (n=122) dos CD consideraram esse indicador importante, no entanto, 8% (n=11) relataram não ser importante, conforme se observa nos relatos abaixo: *“Acho que esse é um público bastante restrito quando comparado à demanda total da população”* (Informante-chave 15); *“Entendo que este indicador serve para comparar o número de gestantes cadastradas e acompanhadas pela PSF e o número de gestantes com acompanhamentos odontológicos, mas acredito que esse indicador possa gerar distorções...”* (Informante-chave 42); *“Teoricamente, todos deveriam ter o acesso garantido”* (Informante-chave 101); *“A maioria só comparece à 1ª consulta e não retorna para dar continuidade ao tratamento”* (Informante-chave 110); *“O importante é atender”* (Informante-chave 118).

Chiaratto, Brandão e Souza (2003) consideram o período gestacional a fase em que as mulheres se mostram mais receptivas a informações relacionadas aos seus cuidados e ao futuro bebê. Isso demonstra a importância de desenvolver ações educativas em saúde nesse período da vida das mulheres.

Quando questionados se se consideravam capacitados para o atendimento à gestante, 86,1% (n=118) responderam que sim, enquanto 10,2% (n=14) responderam que não, e cinco não responderam. Esse quantitativo percentual que não se considera capacitado sugere uma fragilidade na formação e no desenvolvimento profissional, tanto em meio acadêmico como na possibilidade de contato interdisciplinar em exercício na ESF. Mais uma vez, parece ser oportuna a implementação de políticas públicas de EP, em que possam, gradativamente, tornar os CD mais seguros na execução desses procedimentos clínicos tão importantes para a saúde da gestante e, até mesmo, para o futuro bebê.

Ao se questionar a respeito do grau de dificuldade encontrado pelos CD para o atendimento odontológico programático à gestante, obteve-se que a principal dificuldade para 39,5% (n=49) está relacionada com a cultura popular de que a gestante não pode realizar tratamento odontológico. Em segundo lugar, para 39,3% (n=48), a insegurança no manejo clínico junto às gestantes foi o fator fundamental. E, por fim, 33,9% (n=42) relataram serem poucos os encaminhamentos das gestantes feitos pelos profissionais, em especial, médicos e enfermeiros, para a saúde bucal. Assim como elencaram outros motivos, tais como: *“Falta de interesse da gestante”* (Informante-chave 1); *“Falta de insumos e atendentes. Equipamentos danificados, que impedem a conclusão do tratamento da gestante durante o período gestacional”* (Informante-chave 14); *“Falta de informação à gestante da importância de ter uma saúde bucal boa”* (Informante-chave 19); *“Stress da gestante, enjoo e dificuldade de caminhar até o ponto quando em estado avançado de gravidez”* (Informante-chave 24); *“Falta de tempo para atender à demanda”* (Informante-chave 39).

A baixa percepção das próprias necessidades odontológicas e o medo de se submeter à situação de tratamento são fatores que interferem na decisão da gestante pela busca de atenção odontológica (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004). Para Maeda, Imparato e Bussadori (2005), a crença de que o tratamento odontológico conduzido na gestação poderia ser prejudicial à criança não é mantida só pelas gestantes, mas também por alguns profissionais de Odontologia, que, por falta de conhecimento, não se sentem seguros para tratar dessa clientela.

Para o indicador de monitoramento da Média de Atendimentos de Urgência Odontológica por Habitante, perguntou-se, inicialmente, se os CD consideravam esse indicador importante. Para 89,8% (n=123) deles, a resposta foi sim, enquanto 8,0% (n=11) responderam não, conforme se constata nas falas descritas abaixo: *“Atrapalha o objetivo do Programa Saúde da Família, devendo ser de responsabilidade do serviço próprio de urgência e emergência”* (Informante-chave 24); *“Não há tempo suficiente para o atendimento clínico”* (Informante-chave 56); *“Há falta (carência) de serviços especializados de urgência”* (Informante-chave 81); *“Não há organização do serviço para esse fim”* (Informante-chave 80); *“As Unidades de Pronto Atendimento deveriam assumir esse serviço”* (Informante-chave 96).

No que diz respeito à avaliação do grau de dificuldade apresentado pelos CD para o atendimento das urgências odontológicas, 56,9% (n=70) dos entrevistados citaram a insegurança do profissional CD no manejo clínico. Na sequência, foram mencionados o elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda) e a deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumental).

Ainda no tocante às principais dificuldades encontradas pelos CD em seu manejo clínico para os atendimentos de urgências odontológicas, para 41,5% (n=49) dos CD, a principal dificuldade apresentada é a abertura/acesso coronário. Em segundo lugar, com 38,5% (n=45) do total dos entrevistados, ficou o diagnóstico diferencial, seguido da drenagem de abscesso e de outras causas, tais como: *“Falta de RX para diagnóstico diferencial”* (Informante-chave 24); *“Falta de insumos e estrutura física (equipamentos)”* (Informante-chave 33); *“Falta de valorização por parte da gestão em relação à odontologia”* (Informante-chave 77); *“Insegurança do profissional”* (Informante-chave 89); *“Falta de interesse por parte do profissional”* (Informante-chave 99).

A última abordagem feita aos CD dizia respeito à Taxa de Incidência de Alterações na Mucosa Oral de usuários atendidos pelas EqSB. Cerca de 92% (n=126) dos entrevistados consideraram importante o diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários, fato também considerado oportuno para que a gestão possa implementar políticas públicas que venham a promover o diagnóstico precoce de lesões pré-cancerígenas na Atenção Básica.

Quanto às principais dificuldades apresentadas pelos CD para o diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários, 47,5% (n=58) dos entrevistados citaram a insegurança do CD no manejo clínico. Em segundo lugar, ficou a deficiência

estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e poucos instrumentais), seguido pelo elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda), além de outras razões, tais como: *“Estes pacientes inicialmente procuram o médico, que, geralmente, não nos encaminha tal paciente. Medicam erroneamente e retardam o diagnóstico. Dificuldade na referência para especialistas”* (Informante-chave 5); *“Não conhecimento do diagnóstico diferencial de várias lesões”* (Informante-chave 47); *“Não ter para onde encaminhar o paciente para um especialista realizar biópsia. Sem disponibilidade da estrutura secundária e terciária”* (Informante-chave 96); *“Falta de interesse por parte do profissional”* (Informante-chave 99); *“Falta de registro e encaminhamento para atenção secundária”* (Informante-chave 114).

Para McDowel (2006), todos os pacientes devem ser examinados à presença de lesões pré-cancerosas e cancerosas, uma vez que o câncer oral pode ocorrer com ou sem a presença dos fatores de risco relacionados.

Para muitos autores, embora o diagnóstico dessas lesões seja acessível ao exame clínico, há evidências de que esse tipo de câncer ainda é diagnosticado muito tardiamente. Como consequência disso, observa-se, comumente, a necessidade de tratamento mutilador (GOMEZ *et al.*, 2010).

Após análise dos dados obtidos dos questionários respondidos pelos CD, identificaram-se algumas dificuldades na condução clínica de seus pacientes. Com isso, acredita-se que seja importante que a gestão municipal de saúde bucal promova, nos momentos dedicados ao processo de EP, oficinas de trabalho relacionadas aos cuidados clínicos em saúde bucal das gestantes, às urgências odontológicas, às confecções de próteses dentárias, ao diagnóstico de alteração da mucosa oral, assim como ao correto preenchimento de procedimentos nos sistemas de informação ambulatorial e da Atenção Básica.

Com relação ao local de registro dos procedimentos nos sistemas de informação vigentes, apontados pelos CD, tivemos que, para o indicador de desempenho Macedo, apenas 26,3% (n=36) dos entrevistados souberam informar o local correto para registro, conforme se observa na tabela 2. Enquanto que, para os indicadores de desempenho de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e de Proporção de Instalações de Próteses Dentárias, esses resultados foram de 40,9% (n=56) e 21,9% (n=30), respectivamente. Para os indicadores de monitoramento de Cobertura de Atendimento Odontológico à Gestante, Média de atendimentos de Urgência Odontológica por Habitante e Taxa de Incidência de Alterações na Mucosa oral, 40,1% (n=55) dos profissionais sabiam o local correto para o registro das informações.

Tabela 2 – Registro das respostas dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Básica do município quanto à forma de registro dos procedimentos, Fortaleza, Ceará, 2014

PROCEDIMENTOS	Total de profissionais que mencionam o local correto para o registro das informações		Total de profissionais que não mencionam o local correto para o registro das informações	
	N	%	N	%
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	36	26,3	101	73,7
Primeira consulta odontológica programática	56	40,9	81	59,1
Instalação de prótese dentária	30	21,9	107	78,1
Atendimento odontológico à gestante	55	40,1	82	59,9
Atendimento de urgência odontológico na Atenção Básica	55	40,1	82	59,9
Diagnóstico de alteração da mucosa oral	55	40,1	82	59,9

Fonte: Elaboração própria

Para que as informações possam contribuir para o desenvolvimento dos modelos de atenção, torna-se necessária sua divulgação entre todos os profissionais e que sejam disponibilizados à população (MOTA; CARVALHO, 1999). Isso pode estar inserido na proposta de EP de cada categoria profissional ligada à ESF ou, até mesmo, em reuniões dos Conselhos Locais de Saúde. Tais momentos são identificados como espaços de troca entre os participantes e poderiam contribuir, sobremaneira, para a discussão e a identificação de estratégias de superação dos problemas na saúde pública.

Almeida e Ferreira (2008) expõem que as informações acerca da regularidade e da frequência dos procedimentos preventivos em saúde são escassas. Parece não haver regularidade alguma no processo de informação em saúde. A partir disso, pode-se mencionar que um dos principais obstáculos à implementação de processos avaliativos em saúde bucal é a baixa qualidade dos sistemas de informações disponíveis (SCOCHI, 1994).

Considerações Finais

Os resultados obtidos nesta pesquisa nos apresentam algumas informações importantes para o aprimoramento do processo de avaliação junto às EqSB da ESF no município de Fortaleza, Ceará. Pôde-se constatar que os CD são, de certa forma, experientes no serviço e que grande parte já realizou ou realiza alguma pós-graduação, sendo 60% dos cursos, aproximadamente, nas áreas de saúde da família, saúde pública e/ou saúde coletiva.

No que concerne aos indicadores de desempenho e monitoramento adotados pelo Ministério da Saúde, a grande maioria dos entrevistados os considera importantes, no entanto, aponta deficiências nos serviços que precisam ser aprimorados pela gestão, tais como: intensificação das políticas de EP junto às EqSB; manutenção regular dos equipamentos e insumos odontológicos; melhoria da estrutura das EqSB, sobretudo nos consultórios odontológicos, equipamentos periféricos e instrumentais; ampliação da cobertura das EqSB nos territórios do município de Fortaleza; e melhorias nas relações de trabalho e no planejamento da gestão para organização da demanda e adesão dos pacientes às consultas programadas.

Com isso, cabe à gestão municipal de Fortaleza buscar, na medida do possível, adotar estratégias que venham responder, gradativamente, às possíveis deficiências supracitadas, na perspectiva de tornar a gestão cada vez mais resolutiva e para que essas iniciativas possam promover uma melhoria efetiva na qualidade de vida das pessoas, em especial daqueles que mais necessitam.

Referências

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 786-796, 2004.

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, 2008.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 36-48, 2005.

BEATTIE, A. The health promotion school: from ideato action. In: SCRIVEN A, ORME J. **Health promotion: professional perspectives**. Hampshire: MacMillan The Open University; 1996, p. 129-143.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CHIARATTO, R. A.; BRANDÃO, I. M. G.; SOUZA, R. A. A. R. *et al.* A importância do cirurgião-dentista como agente promotor do aleitamento materno. *Amamentação Online – Grupo de Apoio ao Aleitamento*. (Artigo online) 2003 Disponível em: <http://www.aleitamento.com/livraria/bases-cientificas-profissionais.asp>. Acesso em: 03 mar. 2013.

FREITAS, C. H. S. M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. **Interface** (Botucatu), v. 11, n. 21, p. 25-38, 2007.

GOMEZ, I. *et al.* Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? **Oral Dis**, Copenhagen, v. 16, n. 4, p. 333-342, 2010.

HAMALAINEN, P. *et al.* Oral infections as predictors of mortality. **Gerodontology**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 151-157, 2005.

MAEDA, F. H. I.; IMPARATO, J. C. P.; BUSSADORI, S. K. Atendimento de pacientes gestantes: a importância do conhecimento em saúde bucal dos médicos ginecologistas-obstetras. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 59-62, 2005.

MCDOWELL, J. D. An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. **Otolaryngol Clin North Am.**, Philadelphia, v. 39, n. 2, p. 277-294.

MIOTTO, M. H. M. B. *et al.* Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 397-406, 2012.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press International, 2010.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYOROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999, p. 505-521.

MOYSÉS, S. J. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde. **Rev. Bras. Odontol.**, SãoPaulo, v. 16, n. 1, p. 10-13, 2008.

NUTBEAM, D. Promotion health and preventing disease: an international perspective on youth health promotion. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 20, n. 5, p. 396-402, 1997.

SCOCHI, M. J. Indicadores de qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 356-367, 1994.

SHEIHAM, A. Promoting periodontal health – effective programmes of education and promotion. **Int Dent J**, London, v. 33, n. 2, p. 182-187, 1983.

WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 35, n. 1, p. 1-11, 2007.

16.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Experiência do Maranhão

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Rejane Christine de Sousa Queiroz

Vânia Cristina Reis Cavalcante

Elaine Tomasi

Luiz Augusto Facchini

Introdução

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica (AB) caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”. É desenvolvida por meio de práticas dirigidas a populações de territórios dinâmicos definidos, pelas quais profissionais de saúde assumem a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas para auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde mais frequentes e relevantes no território (BRASIL, PNAB, 2011).

No Brasil, a AB tem alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Orienta-se, portanto, pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, PNAB, 2011).

Nessa política, é possível identificar alguns construtos norteadores das práticas da AB, tais como *ampliação do acesso e melhoria da qualidade das ações*. Reiteradamente pesquisas têm evidenciado que alguns dos principais problemas da AB são a dificuldade de *acesso* – filas, compra de vagas, peregrinação dos usuários – e problemas na *qualidade* da atenção, percebida por consultas curtas e de má qualidade, erros de diagnóstico, tratamentos inadequados, óbitos evitáveis (ALBUQUERQUE et al., 2013; BARBIANI et al., 2014; CAMPOS et al., 2014; MARIN et al., 2013; TESSER e NORMAN, 2014).

Tais problemas podem ser percebidos tanto nos locais mais pobres do Brasil, como nos Estados de Alagoas (AL) e Maranhão (MA), até naqueles que ocupam as melhores posições no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no país, como o Distrito Federal (DF), São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ) (PNUD, 2013). Particularmente no MA, os problemas de acesso e qualidade da AB são muito importantes, mas há paradoxalmente pouquíssimas avaliações no Estado sobre esses problemas.

O acesso universal aos sistemas de saúde é uma garantia constitucional. É uma categoria central na avaliação das inter-relações entre o usuário e os serviços de saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996), mas representa ainda um nó crítico para a saúde pública no Brasil (PAIN et al., 2011). Por outro lado, a qualidade das ações está intimamente relacionada à resolubilidade dos sistemas de saúde, com forte impacto na qualidade de vida dos usuários (MARIN et al., 2013). No entanto,

os termos “acesso” e “qualidade” são polissêmicos. Assim, um breve referencial teórico é apresentado.

O conceito de acesso varia segundo o referencial teórico (Quadro 1). Uma revisão sistemática aponta desde a “porta de entrada” para os sistemas de saúde, até uma dimensão simbólica da interação entre as representações sociais do processo saúde-doença, a fim de definir e planejar os caminhos do cuidado para garantir a integralidade em saúde com resolubilidade (JESUS e ASSIS, 2010). Requer um sistema de saúde organizado em rede, estabelecendo mecanismos de referência e contrarreferência. Neste sentido, o acesso expressa a regulação do sistema de saúde, com definição de fluxos, seu funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado do usuário. Em geral, reflete o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 2003).

Quadro 1 – Conceitos de Acesso

	Referência
Um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Distingue duas dimensões de acessibilidade: a sociorganizacional e a geográfica que se inter-relacionam.	DONABEDIAN, 1973.
Um dos elementos dos sistemas de saúde ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço e à continuidade do tratamento (recebimento de cuidados). O acesso influencia o uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais (predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde).	ANDERSEN, 1973.
Construto multidimensional, incorporando a etapa de utilização de serviços de saúde. É composto de dois elementos: “acesso potencial” e “acesso realizado”. Inclui, em seu modelo, os efeitos dinâmicos e recursivos do uso de serviços na saúde. Introduce os conceitos de “acesso efetivo” e de “acesso eficiente”.	ANDERSEN, 1995
Centrado no grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde. Identifica várias dimensões que compõem o conceito de acesso: disponibilidade de serviços em relação às necessidades; acessibilidade; acolhimento; capacidade de compra e aceitabilidade.	PENCHANSKY e THOMAS, 1981.
Acessibilidade é a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (resistência) e as correspondentes capacidades da população para superá-los (poder de utilização).	FRENK, 1985.

Continuação

Uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível. Acesso como sinônimo de uso. Refere-se ao uso, no momento adequado, de serviços/tecnologias de reconhecida eficácia.	IOM, 1990.
Um conceito contexto dependente. Reconhece a importância do uso de medidas tradicionais de acesso (acesso potencial). Contudo, considera que as variações contextuais afetam menos o conceito de acesso e mais a especificação de modelos explicativos de acesso e a sua operacionalização. Destaca a importância das características particulares de cada sistema de saúde.	GOLD, 1998.
É visto pelo seu impacto na saúde e dependerá da adequação do cuidado prestado.	TRAVASSOS E MARTINS, 2004

Várias subdimensões do acesso são sugeridas por alguns autores, tais como: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, oportunidade, capacidade financeira e responsividade (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Disponibilidade representa a oferta de serviços de saúde. Inclui a estrutura organizacional, os recursos, a infraestrutura e a ambiência, bem como os serviços ofertados. Andersen (1995), avança o conceito para “acesso potencial”, que diz respeito à presença, nos indivíduos, de fatores capacitantes do uso dos serviços. No contexto dos serviços de saúde, acesso potencial pode ser a presença de fatores capacitantes do uso. Disponibilidade, portanto, corresponde à quantidade e qualidade de serviços oferecidos em relação às necessidades dos usuários. Considera se as intervenções estão disponíveis na magnitude prevista e com o padrão de qualidade necessário (conformidade às boas práticas).

Acessibilidade para Donabedian (1973) é composta por uma subdimensão socioorganizacional e outra geográfica. A primeira inclui todas as características da oferta de serviços, exceto as geográficas. A subdimensão geográfica refere-se aos aspectos do espaço/território que influenciam o ingresso e permanência do usuário no serviço, ou seja, refere-se à localização geográfica dos serviços em relação ao usuário (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A *aceitabilidade* diz respeito ao nível de concordância com o programa. Pode ainda ser entendida como atitudes e comportamentos dos usuários quanto ao atendimento prestado, comportamentos e atitudes dos profissionais; ou destes em relação aos usuários (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

A *oportunidade* se refere à realização de pactuações em tempo oportuno nas várias instâncias colegiadas do SUS, o que facilita a implantação/implementação das intervenções. A *capacidade financeira* refere-se aos recursos empregados pela gestão na AB, incluindo atividades de reforma, ampliação, construção, aquisição de equipamentos, insumos, pagamento de recursos humanos (RH), entre outras. Na perspectiva do usuário, diz respeito à capacidade de pagamento dos custos relacionados à aquisição dos serviços oferecidos. A *responsividade* compreende a

capacidade e o preparo do serviço para dar respostas adequadamente planejadas visando ao alcance das metas pactuadas (BOSSI e MERCADO, 2006; HARTZ, 2002; SAMICO et al., 2010; SILVA e RADOS, 2005).

A qualidade, por sua vez, é requisito para o sucesso das ações e serviços visando à resolução dos problemas de saúde. No entanto, este é também um atributo complexo e polivalente, difícil de aferir, e que possui uma boa diversidade de possibilidades analíticas (SERAPIONI, 2009). Segundo um referencial mais economicista, na avaliação da qualidade levam-se em consideração a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações e serviços.

Samico et al. (2010) acrescentam outros atributos da qualidade: equidade, acesso, adequação, aceitação, legitimidade, otimização e qualidade técnico-científica. Serapioni (2009) recomenda considerar a qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controle dos riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade da atenção e aceitabilidade por parte dos pacientes. Algumas subdimensões da qualidade podem ser conformidade, valorização do trabalhador, resolubilidade e satisfação do usuário.

Conformidade refere-se à realização dos serviços de saúde conforme o preconizado por normas, protocolos ou outros dispositivos, em tempo conveniente e oportuno aos usuários (INMETRO, 2007). A qualidade dos serviços está relacionada à dimensão técnico-científica, incluindo a *valorização do trabalhador*. Esta subdimensão inclui as condições e relações de trabalho, bem como o incentivo à qualificação profissional, valorizando-se ferramentas de educação permanente (SAMICO et al., 2010). A *resolubilidade* dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário (TURRINI et al., 2008). Diz respeito à eficácia e/ou efetividade dos serviços para sanar as queixas do usuário, de modo integral e com controle dos riscos oriundos das práticas assistenciais. Para tanto, é necessário o trabalho organizado em rede, com fluxos de referência e contrarreferência bem sistematizados. Por fim, independentemente do referencial teórico, a valorização da dimensão subjetiva do conceito de qualidade, a partir da ótica do usuário, parece ser uma constante e, portanto, a *satisfação do usuário* deve ser também considerada.

Nesse contexto, o PMAQ-AB é fruto da necessidade de ações voltadas para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços prestados na AB à população brasileira. A ampliação do acesso visa à efetiva universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, as avaliações realizadas no PMAQ-AB utilizaram um referencial mais restrito para o acesso. Consideraram-se os conceitos de acesso potencial e disponibilidade. Para a melhoria da qualidade das ações e serviços, alguns instrumentos de avaliação têm sido utilizados: desde a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), a Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) e, posteriormente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Estes programas são desdobramentos do Programa

Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004 (BRASIL, 2007).

Cada ciclo do programa é constituído por quatro fases: 1) Adesão e Contratualização, 2) Desenvolvimento, 3) Avaliação Externa, e 4) Recontratualização (BRASIL, 2011; 2012).

Na Fase 1, todas as equipes de saúde da AB, independentemente do modelo de organização, poderiam aderir ao PMAQ-AB. Nesta fase foram efetuadas: I- formalização da adesão pelo Município e DF, por preenchimento de formulário eletrônico específico indicado pelo MS; e II- contratualização da equipe de saúde da AB e do gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com as diretrizes e compromissos mínimos exigidos pelo PMAQ-AB. A adesão/ contratualização foi voluntária em ambos os ciclos. Os municípios foram encorajados, por indução financeira, a aderir ao programa, contratualizando metas reassumindo responsabilidades e compromissos. Para tanto, estimulou-se um processo de pactuação local, envolvendo Secretarias Municipal (SMS) e Estadual (SES) de Saúde, Coordenação de AB, Diretoria das UBS, equipes de saúde, além dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), dentre outras instâncias de gestão do SUS

A Fase 2 do PMAQ-AB deve ser implementada por meio de: I- autoavaliação, a ser feita pela equipe de saúde da AB a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Região de Saúde; II- monitoramento, realizado pelas equipes de saúde da AB, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou Secretaria de Estado da Saúde (SES) do Distrito Federal, pela SES e MS em parceria com as CIR a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB; III- educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes, pactuadas nas CIR e nas CIB; e IV- apoio institucional, a partir de estratégia de suporte às equipes de saúde da AB pelos Municípios e à gestão municipal pelas SES, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e CIR, com auxílio do MS.

A Fase 3 do PMAQ-AB é composta pela avaliação externa e certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da AB, que é coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e também pelo MS a partir do monitoramento de indicadores. O instrumento de avaliação é dividido em módulos.

A Fase 4 do PMAQ-AB caracteriza-se pela pactuação singular dos Municípios e Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-AB.

O PMAQ-AB busca garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente e permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB no Brasil. Segundo a Portaria nº 1.654, de 19/07/2011, são diretrizes do PMAQ-AB:

I- construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da AB, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II- estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolvam a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da AB;

III- transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV- envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da AB;

V- desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI- estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;

VII- caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da AB quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2011).

No momento da adesão ao PMAQ-AB, os Municípios e o Distrito Federal recebem 20% do valor integral do componente de qualidade do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável, por equipe contratualizada. Ao final da autoavaliação, avaliação externa, e considerando ainda os indicadores pactuados, cada equipe recebe uma nota e é certificada; dependendo da avaliação da equipe, mais recursos (até 100% do valor integral do componente qualidade do PAB) podem ser repassados. Entretanto, este somente é repassado após a homologação dos resultados da avaliação das equipes. Dessa forma, o PMAQ-AB é uma estratégia de indução de mudanças, com vistas à melhoria no acesso e qualidade da atenção em todo o território nacional.

Neste capítulo, será discutida a experiência na condução da avaliação externa do PMAQ-AB no MA. Para tanto, apresentam-se aspectos logísticos da avaliação externa, desafios e potencialidades do PMAQ-AB e alguns resultados obtidos nos dois primeiros ciclos desse Programa.

Método

Local do estudo: Maranhão (MA)

O MA está localizado na região Nordeste do país, ocupando uma área de 331.935,507 km², com densidade demográfica de 19,8 habitantes/km². É o se-

gundo maior estado em dimensão territorial da região e o oitavo do Brasil. Possui população de 6.574.789 habitantes, distribuída em 217 municípios (BRASIL. IBGE, 2010). O clima é tropical úmido e sua capital é São Luís, cidade histórica que possui o título de Patrimônio da Humanidade (MARANHÃO, 2011).

A economia é baseada na agropecuária, metalurgia, produção industrial, dentre outras. Atualmente, a indústria maranhense ocupa o segundo lugar na composição do Produto Interno Bruto (PIB) do Estado, e essa participação vem crescendo ao longo dos últimos dez anos (DOURADO; BOCLIN, 2008). Ainda assim, é uma das mais pobres unidades da federação. De acordo com o censo 2010, o Estado apresentou o menor PIB *per capita* no Brasil, representando R\$ 6.888,60. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios maranhenses está entre os mais baixos do país (PNUD, 2013). Representa um dos nove Estados que compõem a Amazônia Legal.

Desenho e período do estudo

Trata-se de um relato de experiência na condução da avaliação externa do MA nos dois ciclos do PMAQ-AB (2012/2013 e 2013/2014) já realizados no país. Para tanto, serão brevemente descritas as etapas do processo de avaliação, discutindo limites, dificuldades e potencialidades.

Ademais, serão apresentados alguns resultados para variáveis selecionadas, comparando ambos os ciclos no que se refere aos dados de estrutura das UBS e processo de trabalho das equipes, caracterizando, portanto, também um estudo de painel. Este desenho, com delineamento híbrido entre os estudos seccional e de coorte, apresenta como modelo conceitual a realização de uma série de estudos seccionais em uma mesma população ou amostras desta população, em diferentes intervalos de tempo (KLEINBAUM et al., 1982). O estudo de painel não apresenta a mesma limitação encontrada nos estudos seccionais no que se refere à inclusão de temporalidade na análise (CARNEIRO, 2002).

População do estudo

A adesão voluntária foi o critério de inclusão das equipes de saúde ao PMAQ-AB, mediante contratualização entre gestores, equipes de saúde e o Ministério da Saúde.

No ciclo 1 do PMAQ-AB foram incluídos dados da estrutura de todas as UBS do MA, totalizando 1847 unidades de saúde distribuídos em 217 municípios; bem como dados acerca do processo de trabalho apenas das equipes de saúde da AB que aderiram ao programa, totalizando 112 equipes, em 21 municípios do Estado. No ciclo 2 do PMAQ-AB foram incluídos dados da estrutura e processo de trabalho apenas das UBS (n=528) e equipes de saúde (n=660) que aderiram ao programa, distribuídos em 124 municípios do Estado. Ao aderir, o município declara que aceita receber uma equipe vinculada ao MS para fins de execução da avaliação externa das equipes de saúde da AB que contratualizaram.

Os diários de campo dos avaliadores (36 no ciclo 1 e 32 no ciclo 2), supervisores (4 no ciclo 1 e 8 no ciclo 2) e dos coordenadores (três em ambos os ciclos) foram lidos e incluídos nas análises.

Instrumento de coleta dos dados

No ciclo 1 o instrumento de coleta de dados era dividido em três módulos: I) observação da estrutura da UBS; II) entrevista com profissionais de saúde acerca do processo de trabalho das equipes de saúde; III) entrevista com usuários adultos que estivessem aguardando atendimento na UBS sobre a qualidade dos serviços (quatro usuários por equipe). No ciclo 2 havia seis módulos: I, II e III (adaptados do ciclo anterior) e mais módulo IV (relacionado ao processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF), V (estrutura dos serviços de saúde bucal) e VI (processo de trabalho das equipes de saúde bucal). Adotaram-se estratégias metodológicas de observação *in loco* e entrevista.

Foram utilizados dados dos diários de campo preenchidos pelos avaliadores externos, supervisores e coordenadores locais, além de dados oriundos dos instrumentos de avaliação (módulos I e II de ambos os ciclos) (BRASIL, 2012a; 2013). Os roteiros de observação e questionários foram aplicados em meio digital (*tablet*) e enviados, via internet, diretamente ao servidor do Ministério da Saúde. Os bancos de dados foram validados e disponibilizados às Instituições de ensino e pesquisa.

Análise dos dados

Todos os diários de campo foram lidos por três pessoas, a fim de identificar as dificuldades, limites e potencialidades da avaliação externa no MA.

Foram realizadas análises descritivas dos dados, estimando-se médias e desvios-padrão ($\bar{x} \pm dp$) para as variáveis numéricas, além de frequências absolutas e percentuais para as variáveis qualitativas em ambos os ciclos do PMAQ-AB. Foram confeccionados mapas para análise da adesão ao PMAQ-AB no MA, por município e por equipe da atenção básica, nos ciclos 1 e 2; bem como mapas acerca da densidade da oferta de infraestrutura mínima de vacinação (incluindo simultaneamente oferta de serviços de vacinação + sala com geladeira e ar-condicionado) em ambos os ciclos.

Estimaram-se diferenças entre as características das UBS e das Equipes de Atenção Básica no ciclo 1, de acordo com a adesão ou não ao programa (PMAQ-AB *versus* censo). Foram empregados os testes de Mann -Whitney e Qui-quadrado. Adotou-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A Avaliação Externa do PMAQ-AB no MA

Ciclo 1

Antes de iniciar a coleta dos dados, foram realizadas diversas atividades pelo consórcio com a finalidade de planejamento para garantir a padronização das equipes e o bom desenvolvimento do trabalho de campo. Essas atividades incluíram: **1)** reuniões periódicas por *web*-conferência; **2)** criação de *e-mail* do consórcio para integração do grupo e cooperação institucional; **3)** encontros presenciais da equipe gestora para discussão e padronização da logística de campo; **4)** seleção e treinamento das equipes locais. O processo de seleção ocorreu em três momentos: a) pré-seleção, pela análise de documentos; b) seleção com atividades presenciais; c) classificação e capacitação da equipe, incluindo suplentes. Todo o processo durou duas semanas; **5)** planejamento das rotas por equipe. Foram montadas cinco equipes. Cada equipe era composta por um supervisor e cinco avaliadores de qualidade (entrevistadores). Utilizando os softwares *BatchGeo* (Copyright© 2012 BatchGeo LLC) e *OpenProject* (Copyright © 2013 OpenProject), e tomando por referência a divisão das regionais de saúde e a malha viária do Estado, fez-se a distribuição prévia dos trajetos, agrupando os municípios conforme proximidade em cinco diferentes rotas: Nordeste, Meio Leste, Sul, Oeste e Baixada. Um estudo piloto foi realizado na primeira semana de coleta de dados na ilha de São Luís; **6)** validação das rotas e trajetos previamente elaborados; **7)** realização dos contatos institucionais prévios, com destaque para o Departamento de Atenção Primária da SES-MA, para a coordenação das Regionais de Saúde do Estado e para o COSEMS.

O trabalho de campo foi iniciado no MA no dia 26/06/2012 e finalizado no dia 24/08/2012, totalizando 42 dias de trabalho. Foi necessário, porém, o retorno a campo em duas ocasiões em 2013 para complementar dados de alguns municípios. Ao percorrer todo o território, foram visitadas 1978 UBS. Destas, aplicou-se o módulo I do Censo em 1735 unidades. Nas equipes que aderiram ao PMAQ-AB foram realizadas 112 avaliações do módulo I, 115 do II e 460 do III.

Ciclo 2

Para o segundo ciclo do PMAQ-AB, o processo seletivo e treinamento das equipes foram semelhantes ao efetuado no ciclo 1. No entanto, ampliou-se o número de equipes e supervisores. Cada equipe passou a ser composta por quatro avaliadores e um supervisor (oito equipes). Outra diferença foi a inclusão mais efetiva da SES em todo o processo de planejamento da avaliação e capacitação da equipe.

Neste ciclo, o MS incluiu a avaliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Ademais, os itens

referentes à saúde bucal foram desmembrados dos módulos anteriores. Assim, neste ciclo, o instrumento de coleta de dados referente à AB passou a ter seis módulos, como já referido anteriormente.

A avaliação externa do ciclo 2 ocorreu de 25/11/2013 a 12/02/2014, totalizando 48 dias de trabalho de campo. Após a conferência e validação dos dados, verificou-se também a necessidade de retorno a alguns municípios devido a problemas na aplicação de alguns módulos do instrumento. Foram validadas 528 avaliações da estrutura da UBS (módulo I), 660 entrevistas com profissionais das equipes de atenção básica (módulo II), 2640 entrevistas com usuários das UBS (módulo III), 75 avaliações dos NASF (módulo IV) e 381 da estrutura (módulo V) e processo de trabalho em saúde bucal (módulo VI).

Para a execução da avaliação externa, o MS firmou uma parceria com instituições de ensino e pesquisa. No primeiro ciclo, foram organizados consórcios sob a coordenação de seis Instituições e no segundo ciclo, com nove. Em ambos os ciclos, a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) integrou o consórcio coordenado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), composto ainda pelas seguintes Instituições: Universidade Federal de Minas Gerais (FACE/UFMG), Universidade Federal do Goiás (UFG), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade de Brasília (UnB). No MA, a avaliação externa ficou sob a responsabilidade de professores do Departamento de Saúde Pública e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA.

Limites, desafios e potencialidades

No Ciclo 1, dos 217 municípios maranhenses, apenas 21 aderiram ao programa, com 112 equipes de AB. Nos demais municípios, efetuou-se apenas o censo obrigatório das UBS. No Ciclo 2 foram 124 municípios, com 660 equipes de AB. A figura 1 ilustra a distribuição espacial dos municípios que aderiram ao PMAQ-AB em ambos os ciclos.

No primeiro ciclo deste programa, o MS restringiu a adesão ao limite máximo de 50% das UBS, por município (BRASIL, 2011). A adesão foi grande em municípios como Florianópolis, Macapá e Belo Horizonte. O MA, porém, foi a Unidade Federativa com menor adesão na primeira edição do programa, apenas 6% das equipes. Para o segundo ciclo, não houve restrição do percentual de adesão das equipes por município. E, embora o MA tenha apresentado grande aumento na taxa de adesão ao programa (quase 300%), permaneceu sendo a Unidade Federativa com a menor taxa de adesão.

Muitos gestores e profissionais referiram desconhecer o programa. Os contatos prévios efetuados pela equipe de gestão local do PMAQ-AB com os gestores municipais (Secretários de Saúde e Coordenadores da Atenção Básica), bem como ofício encaminhado pela Coordenação das Regionais do Estado, reduziram este estranhamento.

Como a avaliação externa em ambos os ciclos ocorreu às vésperas de eleições no país, alguns municípios tinham a utilização destes dados para fins eleitorais e dificultaram as avaliações. Divergências entre os tempos políticos e os tempos da ciência foram fortemente percebidos. Outro importante desafio foi constituído pelas características geográficas do estado, que dificultaram o acesso às UBS. Destacam-se a grande dimensão territorial, o recorte pelos rios, igarapés e mares, áreas de mangue, restingas e dunas no bioma costeiro marinho, especialmente na região das reentrâncias maranhenses, cujo acesso se dá exclusivamente por meio de transporte aquático em alto-mar, navegando por várias horas consecutivas, em embarcações, às vezes, precárias.

O acesso aos municípios e UBS foi ainda prejudicado pela precária condição de rodovias, ferrovias e demais formas de transporte no Estado. Em diversas ocasiões foi necessário utilizar motocicletas e outros meios de transporte pouco seguros, barcos ou caminhadas por vários quilômetros. Os entrevistadores atravessaram igarapés, pontes em mau estado de conservação, algumas confeccionadas com toras de madeira, rodovias absurdamente deterioradas. Houve situações de perigo iminente.

A infraestrutura de telefonia e internet também representou um problema para o cumprimento do trabalho de campo. Houve ainda problemas de programação dos instrumentos, os quais às vezes ficavam aprisionados nos *tablets* ou eram salvos como módulos diferentes dos originais. Por esses e outros motivos, registraram-se problemas relacionados ao envio e validação dos dados. Outro desafio foram as diversas versões do instrumento de coleta de dados, as quais foram sendo modificadas após o início do trabalho de campo. Dúvidas e observações eram anotadas nos diários de campo.

A infraestrutura de hospedagem foi particularmente deficiente. Isso gerou problemas, pois nem sempre as datas de término dos trabalhos de campo coincidiam com o planejado. A burocracia no pagamento destes estabelecimentos, geralmente de pequeno porte, foi outro problema importante.

Muitas UBS com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ativo encontravam-se fechadas, abandonadas, algumas não eram UBS, mas residências, ou funcionavam em cômodos de outros estabelecimentos. Havia UBS com vários CNES e muitos problemas no cumprimento da carga horária de 40 horas semanais. Enfim, foram registradas inúmeras irregularidades. Houve ainda diversas situações em que a UBS estava aberta, porém, nem o gestor da unidade, nem qualquer profissional de nível superior estavam presentes e isto inviabilizou o preenchimento do instrumento, mesmo do módulo I.

Todavia, também foram registradas experiências exitosas. Havia unidades funcionando de forma bastante satisfatória a despeito de deficiências estruturais e conjunturais; profissionais que adequavam o processo de trabalho às contingências locais, utilizando criatividade e bom senso na oferta de serviços de qualidade aos cidadãos. Ficou evidente que um bom gestor local faz diferença. Também

saltava aos olhos que, em locais onde havia Conselhos Municipais de Saúde atuantes, os serviços pareciam ser melhores.

Foi possível mapear atores locais exercendo papel de liderança, focos de resistência política, gestores interessados em modificar o quadro atual no município. Muitos, porém, eram despreparados para o cargo. O apoio da SES, com um importante trabalho de convencimento para adesão ao PMAQ-AB, de mobilização para a melhoria dos indicadores pactuados, atuando muito próximo aos territórios locais no apoio institucional foram uma grata constatação.

Ressalta-se, ainda o papel, de liderança e cooperação da UFPel na coordenação do consórcio. A solidariedade, apoio constante e forte apelo ao planejamento local, solicitando e auxiliando a execução das tarefas sempre com antecipação, foram ingredientes para o sucesso do processo no MA, apesar das adversidades. Houve problemas, mas as demandas foram cumpridas e os problemas sanados.

Como saldo do PMAQ-AB no MA verificam-se, dentre outros: a formação de um grupo de pesquisadores com maior *expertise* em avaliação da atenção primária em saúde; promoção de maior integração e articulação das Universidades com os serviços e com a gestão dos serviços; maior integração da UFMA com outras instituições de pesquisa no Brasil. Estão sendo realizadas análises e discussões dos dados do PMAQ-AB no MA. Efetuaram-se reuniões e oficinas com os gestores da SES e SEMUS, em consequência, houve ampliação da adesão ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), dentre outros. Além disso, a SES fez várias solicitações de apresentação e discussão dos resultados da avaliação externa. Vários trabalhos científicos (iniciação científica, especializações, mestrado e doutorado) estão em andamento, dando mais visibilidade aos problemas da atenção primária e à discussão de estratégias para o seu enfrentamento e o objetivo é fortalecer a AB no estado.

Contato com povos indígenas

Uma experiência extremamente rica foi obtida na avaliação em áreas indígenas do MA. No Estado, habitam mais de 15 mil indígenas pertencentes a sete grupos étnicos diferentes. Classificam-se em dois troncos linguísticos: *Tupi-Guarani* e *Macrojê*.

Os contatos com estes povos foram precedidos por diálogo com representantes da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e autoridades locais. Ainda assim, houve alguns incidentes e situações inusitadas. Uma tribo nas proximidades de Balsas apreendeu um automóvel a serviço do PMAQ-AB, mas permitiu a saída dos entrevistadores. Os índios reivindicam a demarcação de suas terras e a oferta de serviços públicos. Em algumas tribos, sabidamente mais exaltadas, os avaliadores foram acompanhados por policiais e líderes indígenas. Mas, ainda assim, presenciaram conflitos locais e foram alvo de muita curiosidade. Enfim, foram dias de enorme aprendizado e contato com as nossas raízes culturais. Os

avaliadores foram recebidos por caciques e pajés, alimentaram-se com os povos, participaram de cerimônias locais – alguns entrevistadores foram rebatizados, segundo costumes das tribos.

As UBS nas aldeias indígenas estavam particularmente deficientes. Muitas serviam como residência dos indígenas, outras eram depredadas, conforme costume de tribos nômades ao saírem do território. Muitas estavam simplesmente fechadas há muito tempo.

Acesso e qualidade dos serviços de saúde no Maranhão

Em ambos os ciclos, a maioria das UBS tinha pelo menos uma equipe vinculada à ESF, funcionava por dois turnos durante cinco dias na semana, mas poucas funcionavam em horários alternativos (almoço e final de semana). A maioria possuía veículo para o trabalho das equipes em visitas domiciliares, mas em quase metade delas, a quantidade de veículos não era suficiente para atender à demanda (Tabela 1).

Tabela 1. Estrutura organizacional das UBS, segundo adesão ao PMAQ-AB, MA, 2012 e 2013

	CICLO 1 ¹			CICLO 2 ¹	
	Total	Sim	Não	P ²	Sim
Tipo de Equipe					
EFS c/ SB ($\bar{x} \pm dp$)	0,77 (0,74)	1,04 (0,58)	0,76 (0,75)	<0,001 ³	0,89 (0,61)
EFS s/ SB ($\bar{x} \pm dp$)	0,48 (0,66)	0,48 (0,71)	0,48 (0,65)	0,618 ³	0,45 (0,73)
Parametrizada c/ SB ($\bar{x} \pm dp$)	0,47 (0,50)	0,21 (0,41)	0,04 (0,50)	<0,001 ³	0,03 (0,19)
Parametrizada s/ SB ($\bar{x} \pm dp$)	0,02 (0,36)	0,15 (0,41)	0,02 (0,35)	<0,001 ³	0,03 (0,37)
Outras ($\bar{x} \pm dp$)	0,13 (0,56)	0 (0,00)	0,14 (0,57)	0,037 ³	0,00 (0,00)
Qt de dias ($\bar{x} \pm dp$)	4,91 (0,77)	5,05 (0,31)	4,90 (0,79)	0,094 ³	4,94 (0,44)
Nº de turnos					
1 (n; %)	153 (8,28)	13 (8,50)	140 (91,50)	0,126 ⁴	18 (3,41)

2 (n; %)	1643 (88,96)	78 (4,75)	1565 (95,25)		504 (95,45)
3 (n; %)	51 (2,76)	3 (5,88)	48 (94,12)		6 (1,14)
Funciona no final de semana					
Sim (n; %)	229 (12,40)	9 (3,93)	220 (96,07)	0,006⁴	
Às vezes (n; %)	322 (17,43)	6 (1,86)	316 (98,14)		Não tabulado ⁵
Não (n; %)	1296 (70,17)	79 (6,10)	1217 (93,00)		
Funciona no almoço					
Sim (n; %)	456 (24,69)	30 (6,58)	426 (93,42)	0,095 ⁴	108 (20,45)
Não (n; %)	1391 (75,31)	64 (4,60)	1325 (95,4)		420 (79,54)
Possui veículo <math><0,001^4</math>					
Sim (n; %)	1211 (65,60)	46 (3,80)	1165 (95,20)		308 (58,33)
Não (n; %)	635 (34,40)	48 (7,56)	587 (92,44)		220 (41,66)
Atende à demanda 0,003 ⁴					
Sim (n; %)	885 (55,98)	34 (3,84)	851 (96,16)		274 (88,96)
Não (n; %)	696 (44,02)	50 (7,18)	646 (92,82)		34 (11,03)

Nota: UBS: Unidade Básica de Saúde. PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. EFS: Estratégia Saúde da Família. SB: saúde bucal. UBS: unidade básica de saúde. : média. dp: desvio-padrão. 1 No ciclo 1 foram avaliadas todas as UBS, tanto as que aderiram ao PMAQ-AB, quanto as que não aderiram (censo). No ciclo 2, entretanto, foram avaliadas apenas as UBS que aderiram ao programa. Dados preliminares para o ciclo 2. 2 Comparação entre características das UBS no ciclo 1, segundo adesão ao PMAQ-AB. 3 Teste de Mann-Whitney. 4 Teste Qui-quadrado. 5As perguntas não constam no ciclo 2 (Dados preliminares para o ciclo 2).

Houve deficiência de recursos humanos e materiais em saúde no MA no ciclo 1. Apenas 30% das UBS possuíam todas as equipes com o número mínimo de profissionais exigido. Em geral, as equipes que não aderiram ao PMAQ-AB estavam em pior situação. No entanto, a média dos profissionais por equipe na AB aumentou consideravelmente no ciclo 2 (dados preliminares) (Tabela 2).

Tabela 2 – Recursos (Humanos e Materiais) das UBS, segundo adesão ao PMAQ. MA, 2012 e 2013

RECURSOS	CICLO 14					CICLO 24 Adesão ao PMAQ-AB Total \bar{x} ($\pm dp$)	
	Referência ³	Total \bar{x} ($\pm dp$)	Sim \bar{x} ($\pm dp$)	Não \bar{x} ($\pm dp$)	P5		Referência ³
Equipe mínima							
Médicos	1	0,88 (0,39)	0,79 (0,29)	0,89 (0,40)	0,011	1	1,39 (,094)
Enfermeiros	1	0,93 (0,30)	0,85 (0,32)	0,94 (0,29)	<0,001	1	1,37 (0,81)
Dentistas	1	0,61 (0,61)	0,65 (0,40)	0,61 (0,62)	0,492	1	0,92 (0,86)
Técnico/Auxiliar de enfermagem	≥1	1,49 (1,29)	1,27 (0,96)	1,90 (1,30)	0,075	≥1	1,10 (1,53)
Técnico/Auxiliar de saúde bucal	≥1	0,57 (0,60)	0,67 (0,49)	0,57 (0,60)	0,233	≥1	0,45 (0,68)
Agente comunitário da saúde	≥4	6,16 (3,64)	5,82 (2,58)	6,18 (3,68)	0,533	≥4	9,56 (5,96)
	Total⁶					Total6	
Equipamentos							
Geral	29	12,15 (5,29)	17,55 (3,73)	11,86 (5,20)	<0,001	19	12,39 (2,33)
Odontológico	9	6,84 (2,49)	7,60 (2,22)	6,77 (2,90)	<0,001		Não tabulado ⁷
Material de Consumo							
Geral	21	12,38 (5,52)	14,67 (3,92)	12,25 (5,57)	<0,001		
Odontológico	6	3,36 (2,08)	3,86 (1,83)	3,32 (2,10)	0,035		Não tabulado ⁷
Impressos Gerais	18	10,31 (6,55)	15,21 (3,03)	10,04 (6,58)	<0,001		

Continuação

Medicamentos								
Antiparasitários	4	1,30 (1,22)	1,91 (1,21)	1,26 (1,21)	<0,001	Não tabulado ⁷		
Antianêmicos/polivitamínicos/sais	7	2,04 (1,51)	2,95 (1,46)	2,0 (1,50)	<0,001			
Antiasmáticos	5	1,38 (1,46)	2,35 (1,56)	1,32 (1,44)	<0,001			
Contraceptivos hormonais	10	2,15 (2,05)	3,33 (2,16)	2,09 (2,03)	<0,001			
Anti-hipertensivos/ cardiovascular	15	3,60 (2,89)	4,31 (2,83)	3,56 (2,89)	<0,001			
Antidiabéticos	4	1,45 (1,20)	1,94 (1,10)	1,43 (1,20)	<0,001			
Antibacterianos	20	4,68 (4,44)	6,47 (4,28)	4,58 (4,43)	<0,001			
Analgésicos/antipiréticos	3	1,21 (1,08)	1,50 (1,02)	1,20 (1,08)	0,009			
Tratamento/prevenção osteoporose	2	0,06 (0,28)	0,13 (0,39)	0,06 (0,27)	0,007			
Antiácido/antiemético/ antissecretor	4	1,18 (1,30)	1,60 (1,21)	1,16 (1,30)	<0,001			
Medicamentos controlados ¹	15	0,10 (0,96)	0,13 (0,76)	0,10 (6,97)	0,343			
Imunobiológico sempre disponível	13	6,21 (5,48)	10,01 (3,09)	6,01 (5,51)	<0,001	13	7,93 (3,90)	
Teste rápido sempre disponíveis²	3	0,19 (0,60)	0,21 (0,60)	0,19 (0,60)	0,583	3	0,51 (0,95)	

Nota: UBS: Unidade Básica de Saúde. PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS. : média. dp: desvio-padrão. 1Anticonvulsivantes, antidepressivos, ansiolíticos, ansiolíticos etc. 2Teste para Sífilis, Gravidez e HIV. 3Padrão de referência. 4No ciclo 1 foram avaliadas todas as UBS, tanto as que aderiram ao PMAQ-AB, quanto as que não aderiram (censo). No ciclo 2, entretanto, foram avaliadas apenas as UBS que aderiram ao programa. Dados preliminares para o ciclo 2. 5 Comparação entre características das UBS no ciclo 1, segundo adesão ao PMAQ-AB. Teste de Mann-Whitney. 6 Total de itens avaliados no instrumento de coleta de dados. 7 Dados não tabulados devido a diferenças entre as questões e amostragem entre os ciclos.

A infraestrutura mínima de vacinação pode ser visualizada na Figura 2. Perceberam-se vazios geográficos na oferta de vacinação, especialmente no ciclo 1. Em 2012, as áreas com maior concentração da oferta foram a ilha de São Luís, Bacabal, Imperatriz, Santa Inês, Presidente Dutra, Itapecuru e Buriticupu. A densidade de oferta de vacina foi maior no ciclo 2 (dados preliminares).

Apesar da estrutura pouco apropriada, verificou-se que a maioria dos parâmetros avaliados era realizada segundo as recomendações da ESF por, pelo menos, 50% das equipes. No entanto, no Ciclo 1 os dados apontam para fragilidades no trabalho efetivamente multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, como se pode perceber pelos baixos percentuais de equipes que realizam: “discussões sobre o processo de trabalho da equipe”, “construção conjunta de projetos terapêuticos”, “visitas com os profissionais da equipe” e “organização de intervenções no território em conjunto com a equipe”. Além disso, houve baixa frequência de realização de pesquisa de satisfação com o usuário. O “encaminhamento das demandas para gestão municipal” realizado por apenas 20% das equipes alerta para potenciais problemas na regulação do fluxo dos pacientes. Chama atenção a melhoria nos indicadores de processo de trabalho no Ciclo 2, especialmente a discussão do trabalho em equipe (dados preliminares) (Tabela 3).

Tabela 3 – Processo de trabalho nas equipes que aderiram ao PMAQ-AB, MA, 2012 e 2013

O processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica (AB) inclui:	Equipes Ciclo 1 (n=112)	Equipes Ciclo 2 (n=660)
	n (%)	n (%)
Visita domiciliar	112 (100,0)	612 (92,7)
Programação das visitas dos ACS feitas em função dos riscos	103 (92,0)	396 (60,0)
Apoio de outros profissionais	102 (91,1)	534 (80,9)
Considerar a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do trabalho	91 (81,3)	571 (86,5)
Organização dos prontuários dos usuários da equipe	82 (73,2)	469 (71,1)
Realização de levantamento/mapeamento das necessidades dos usuários	77 (68,8)	422 (63,9)
Participação de conselho local de saúde ou instância colegiada equivalente	75 (67,0)	326 (49,4)
Ações clínicas compartilhadas com os profissionais da equipe	66 (58,9)	99 (15,0)
Atividades de educação permanente com os profissionais da equipe	64 (57,1)	579 (87,7)

Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais da equipe	42 (37,5)	181 (27,4)
Pesquisa de satisfação ao usuário	40 (35,7)	265 (40,1)
Encaminhamento das demandas recebidas para gestão municipal	23 (20,5)	373 (56,5)
Discussões sobre o processo de trabalho da equipe	8 (7,1)	605 (91,7)

Discussão

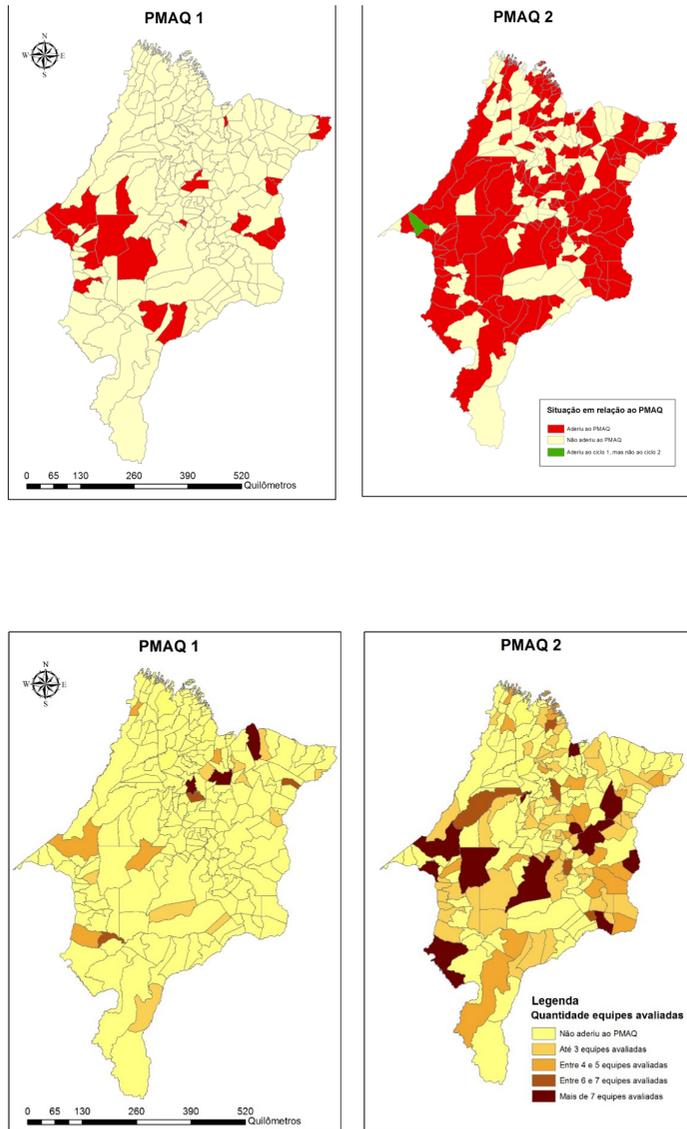
A adesão ao PMAQ-AB no MA foi baixa em ambos os ciclos do programa. Algumas hipóteses podem ser levantadas: 1) receio de expor as más condições das UBS do Estado; 2) despreparo de alguns gestores municipais; 3) desconhecimento do PMAQ-AB, parcialmente em decorrência da grande dificuldade de comunicação em vários municípios, pois há secretarias municipais sem telefone, nem acesso à internet, dificultando a adesão às políticas e programas em tempo oportuno; 4) mistificação do PMAQ-AB, imaginado por alguns como uma “auditoria” do SUS; 5) receio de uso dos resultados da avaliação para fins políticos. O primeiro ciclo do PMAQ-AB ocorreu às vésperas de uma eleição municipal e o segundo ciclo, próximo às eleições estaduais, contribuindo para a instalação de um clima de medo e desconfiança. Sugere-se que estes e outros pressupostos sejam avaliados a fim de melhor implementar esse programa no Estado.

A maioria das equipes das UBS no MA é do tipo ESF com saúde bucal. Este achado está em consonância com os dados do MS, que apontam que o MA possui cobertura da ESF próxima a 80% (BRASIL, CNES, 2013). Há evidências de que a implantação inicial da ESF foi mais rápida e alcançou maior cobertura na região Nordeste e em municípios menores (GIOVANELLA et al., 2010; PORTELA e RIBEIRO, 2011), evidenciando o caráter substitutivo da estratégia na AB (SILVA et al., 2002).

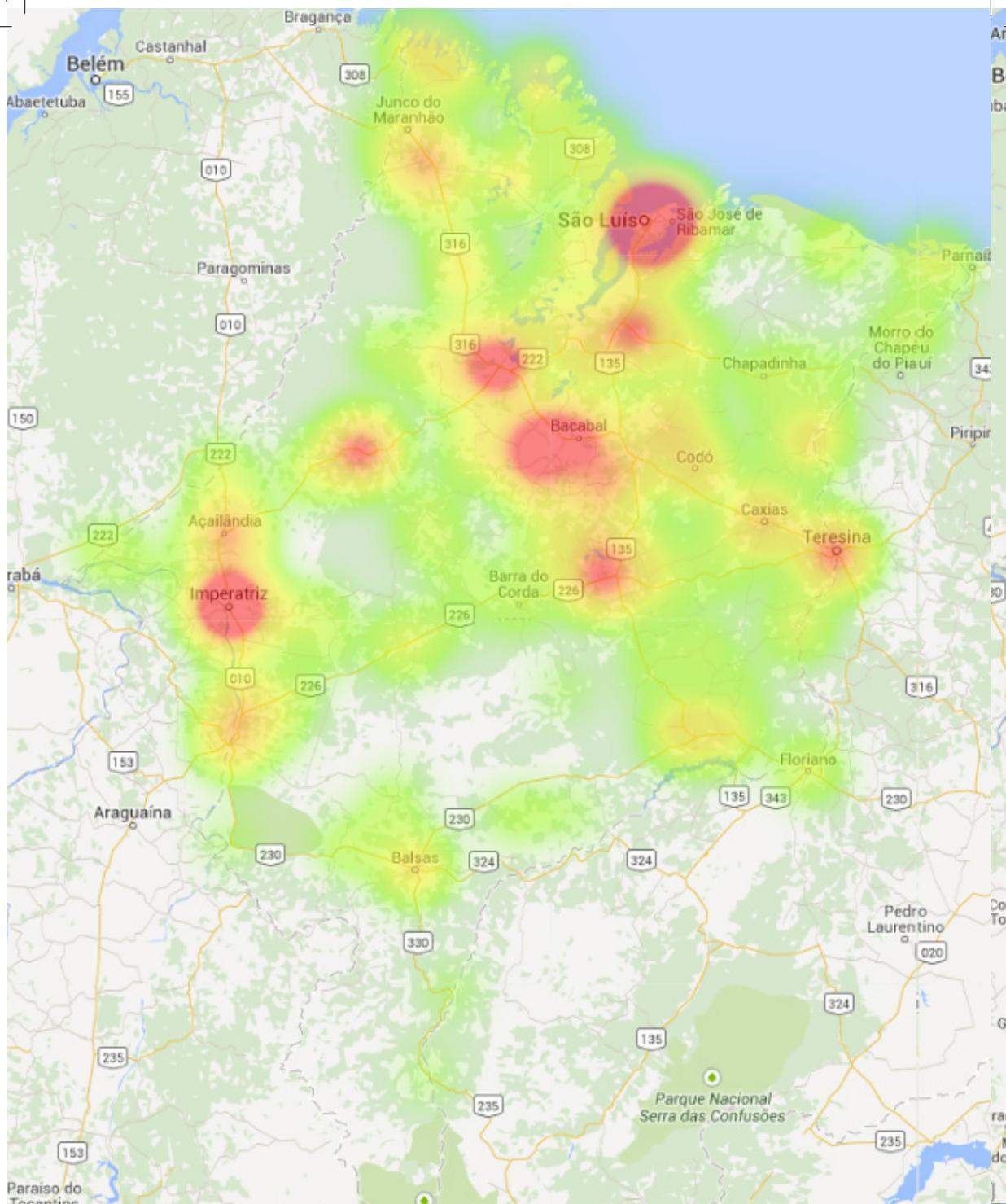
A maioria das UBS funcionava, em média, cinco dias/semana, em dois turnos, mas funcionavam em horários alternativos (finais de semana e almoço), sem diferenças significativas entre as que aderiram e não aderiram ao PMAQ-AB (Ciclo 1). O mesmo padrão foi observado no Ciclo 2. A Portaria n. 576 de 19 de setembro de 2011 estabelece normas mínimas de adequação de carga horária semanal para os profissionais das equipes aderidas ao PMAQ-AB. No entanto, há grande déficit de profissionais de saúde no Estado, especialmente médicos. Isso contribuiu para o não cumprimento da carga horária mínima.

A Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece a carga horária total de 40 horas semanais para profissionais da AB (ESF e PACS). Esta prerrogativa reforça a necessidade de cumprimento de, pelo menos, dois turnos, tanto nas unidades que aderiram como nas que não aderiram ao programa.

Análise comparativa da adesão dos Municípios aos dois ciclos do PMAQ

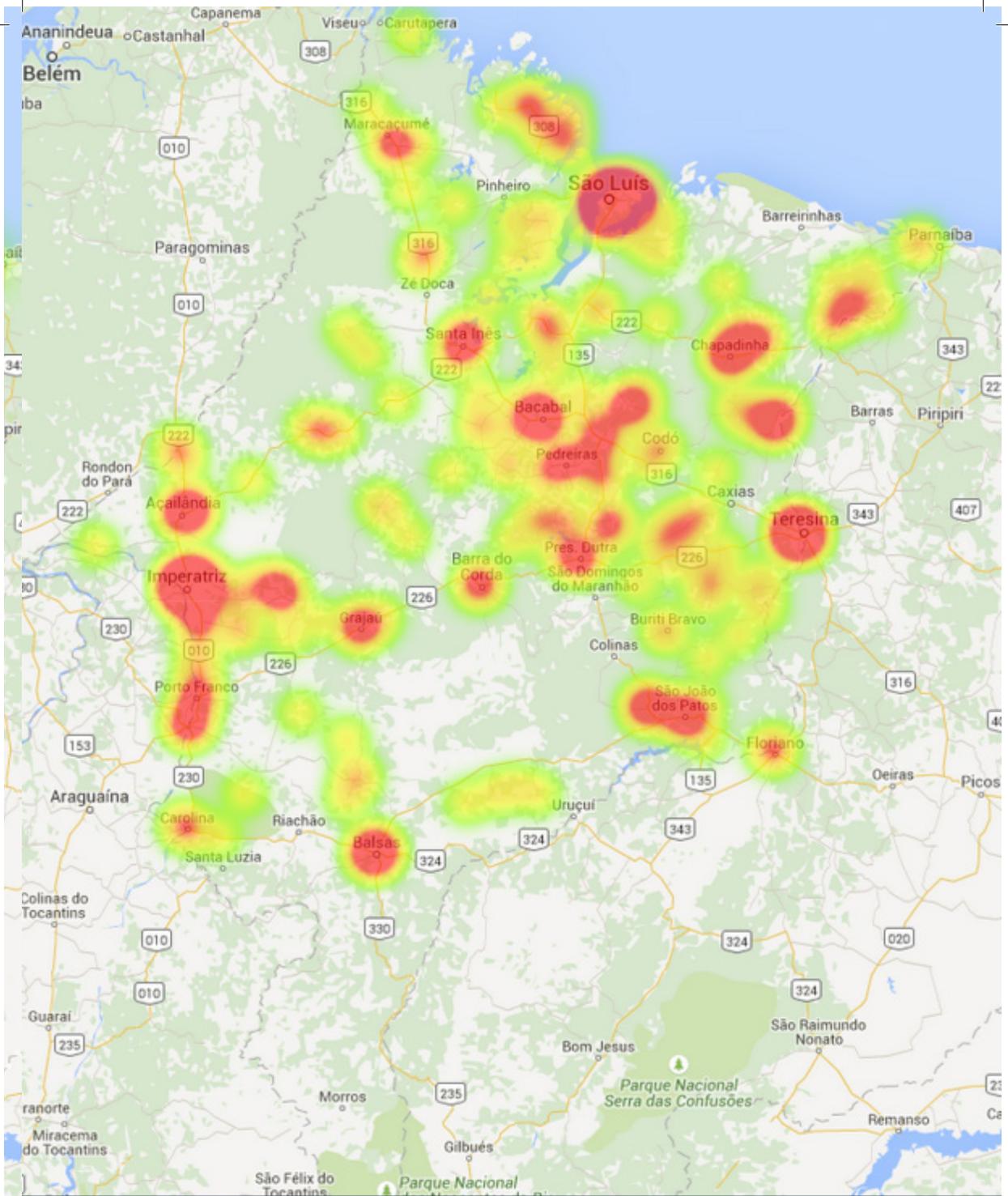


Mapa 1. Adesão ao PMAQ-AB no MA.



Mapa 2. Densidade da oferta de infraestrutura mínima de vacinação¹.

¹Incluindo simultaneamente oferta de serviços de vacinação + sala com geladeira e ar-condicionado. Dados preliminares para o ciclo 2.



Unidades que aderiram ao programa no ciclo 1 apresentavam menor disponibilidade de veículos. Um baixo percentual de veículos se manteve no Ciclo 2. Provavelmente devido ao grande número de procedimentos fora da UBS que as equipes do PMAQ-AB devem cumprir como prioridades, elencados no Manual Instrutivo do AMQ. Contudo, a disponibilidade de veículos ajuda a viabilizar as visitas domiciliares em áreas rurais de difícil acesso, facilitando a coordenação do cuidado.

Registrou-se déficit de recursos humanos no Ciclo 1, especialmente médicos e dentistas, indicando descompasso entre a política oficial do SUS e a gestão do processo de trabalho local, o que é desfavorecido pela alta rotatividade de gestores e profissionais de saúde, inclusive no MA. Questões complexas como a precarização do trabalho, acúmulo de empregos, salários inadequados, dificuldade de continuidade da formação profissional podem estar influenciando a disponibilidade dos profissionais, principalmente médico no interior (BRASIL, 2006; CAVALCANTE e LIMA, 2013).

A relação médico/habitantes no Brasil, em 2011, era de 1,95/mil habitantes, sendo 1/1190 na Região Norte, 1/1027 no Nordeste, 1/597 no Sul, 1/510 no Centro-Oeste e 1/132 no Sudeste. Estima-se em 1,5 mil o número de municípios que não têm médicos trabalhando e residindo neles, deixando a população sem acesso a estes serviços. Particularmente no MA, a relação médico/habitante era a pior do Brasil, com 0,68/1000 (CRUZ, 2013). Para tentar reduzir este déficit, o MS lançou o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) pela Portaria nº 2.087 de 21/09/2011, com base na Portaria nº 1.377, de 13/07/2011) e o Mais Médicos (Lei nº 12.871, de 22/10/2013), através dos quais estimula a fixação destes profissionais em locais estratégicos do país. No MA, no ano de 2013 já haviam sido contratados 440 médicos, principalmente oriundos de Cuba, e 134 do PROVAB (UNASUS, 2014).

Há também deficiência de equipamentos, materiais de consumo e impressos. Equipamentos como “geladeira” e “ar-condicionado”, exclusivos para sala de vacina, e “termômetro de máxima e mínima” estavam presentes em quantidade inferior ao recomendado. Segundo a Política Nacional de Imunização (PNI), salas destinadas à rede de frio devem ser climatizadas para melhor conservação dos imunobiológicos (ROCHA et al., 2007). Estudo realizado em municípios com casos de raiva humana no MA evidenciou uma série de problemas na rede de frios destas localidades (SARAIVA, 2014). Pode-se visualizar grandes vazios na infraestrutura mínima de vacinação no MA (Figura 2). A melhora identificada no Ciclo 2 deve ser interpretada com ressalva, devido a diferenças na amostra avaliada nos dois ciclos.

Os 13 imunobiológicos que compõem o calendário básico preconizado pela PNI estavam disponíveis em apenas 6,2% das UBS maranhenses no Ciclo 1 e 7,9% no ciclo 2. A disponibilização dos imunobiológicos é resultante de compromissos firmados nas três esferas de governo. O processo de reposição de imunobiológicos nas UBS obedece a uma rotina estabelecida pelo PNI. Os imunobiológicos

produzidos nacionalmente (CENADI) são distribuídos para os estados de acordo com o controle de movimentação de estoque. Estes insumos são enviados por via aérea ou terrestre, em caixas térmicas devidamente preparadas, para os municípios de sua área de abrangência. O armazenamento e distribuição para as UBS dependem da existência de adequada infraestrutura (BRASIL, 2006).

As vacinas com menor percentual de disponibilidade foram a pneumocócica 23-valente e a BCG-ID. A primeira deve ser administrada em uma única dose durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos de 60 anos ou mais que vivem em instituições fechadas como casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial (DATA/SUS/SI-PNI). A BCG-ID está cada vez mais disponível na maternidade de referência do município, pois essa vacina deve ser ministrada ao nascer. Isso pode ter influenciado a baixa disponibilidade de imunobiológicos no Estado.

A estrutura de saúde bucal foi particularmente precária. Nas ESF c/ saúde bucal maranhense, a disponibilidade de equipamentos e insumos foi maior nas que aderiram ao programa (Ciclo 1). Para funcionar em condições mínimas de adequação, as equipes de saúde bucal (ESB) necessitam dos seguintes equipamentos: cadeira odontológica, mocho, unidade auxiliar, equipo com pontas, compressor, refletor, autoclave (ou estufa), fotopolimerizador e amalgamador. Porém, um elevado percentual das equipes não dispunha dos equipamentos em condições de funcionamento. Entre os insumos, amálgama, selantes, cimentos diversos e resinas eram os menos disponíveis. Isso implica em prejuízos na execução de procedimentos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, corroborando os achados do último levantamento nacional que evidenciam as más condições de saúde bucal da população do MA, quando comparada à de Estados do Sul e Sudeste (BRASIL, 2012b).

Verificaram-se problemas na disponibilidade de medicamentos nas UBS maranhenses. Nesta pesquisa, os medicamentos foram agrupados em 11 classes farmacológicas. A Portaria nº 533, de 28/03/2012, estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS. A Política de Assistência Farmacêutica e a vasta variedade de medicamentos garantidos na RENAME e/ou a Relação Municipal de Medicamentos (REMUNE), facilitam a aquisição de medicamentos, tornando injustificável a sua ausência (VIEIRA e ZUCCHI, 2013).

Embora a estrutura dos serviços não seja a única condição que impacte na saúde das populações, este é um item mínimo e essencial para a adequação dos processos de trabalho (PEDROSA et al., 2011).

Com base na PNAB, compete às secretarias municipais de saúde garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas (BRASIL, 2011). No Manual Instrutivo do PMAQ, um dos itens de monitoramento dos centros de

saúde diz respeito aos equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos (BRASIL, 2012c). Isso evidencia a importância desse componente para a prestação do serviço.

Considerações Finais

Embora muitas UBS já esbocem melhorias em função do processo de autoavaliação e avaliação externa do PMAQ-AB, especialmente no processo de trabalho, a estrutura das UBS no MA permanece ainda pouco adequada. Itens relacionados à deficiência de recursos humanos em saúde (especialmente de médicos, mas também enfermeiros e cirurgiões-dentistas), medicamentos, imunobiológicos, impressos e equipamentos (gerais e de saúde bucal) são particularmente problemáticos.

Algumas hipóteses explicativas para tais achados são levantadas: 1) despreparo técnico de gestores em saúde – há cargos indicados nem sempre por mérito ou competência; 2) limites orçamentários – muitos municípios extremamente pequenos com muitos problemas e recursos limitados; 3) dificuldades/problemas na gestão dos recursos financeiros da saúde; 4) descontinuidade de ações e programas de governo; 5) disputas políticas importantes; 6) controle social pouco efetivo; 7) dificuldade de fixação de recursos humanos no interior.

O MA tem problemas muito graves, complexos e intersetoriais. Na atenção básica, os problemas são também variados e complexos. É imprescindível que, na resolução destes problemas, haja envolvimento maciço da sociedade civil organizada. Sugere-se que futuras edições do PMAQ-AB investiguem em maior profundidade o controle social nos municípios e serviços locais.

Referências

ANDERSEN, R. A. Framework for the study of access of medical care. **Health Services Research**, p. 208-20, 1973. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>

ANDERSEN, R. A. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Social Behavior**, v. 36, p. 1-10, 1995.

ALBUQUERQUE, M. S. V.; LIMA, L. P.; COSTA, A. M.; MELO FILHO, D. A. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde Soc**, v. 22, n. 1, p. 223-236, 2013.

BARBIANI, R.; JUNGES, J.R.; NORA, C.R.D.; ASQUIDAMINI, F. A produção científica sobre acesso no âmbito do SUS do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saude Soc**, v.23, n.3, p.855-68, 2014.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de Saúde: enfoques emergentes**. Editora Voz, 2006. p. 191 – 306

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. **Número de equipes de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 22 jan. 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 ago. /2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 72 p.

_____. PNASS. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília; Ministério da Saúde; 2011.

_____. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. 84p.

_____. Secretária de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasil: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 62 p.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, v. 38, Especial, p. 252-264, 2014.

CARNEIRO M. Epidemiological studies for evaluating the effectiveness of the chagas' disease control program: a discussion on methods. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 1, p. 129-41, 2002.

CAVALCANTE, M. V. S; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, v. 5, n. 1, p. 235-56, 2013.

CRUZ, A. O Brasil precisa de mais médicos? O debate sobre a quantidade e a qualidade desses profissionais em todo o país. **Consensus**, v. 3, n. 6, p. 21-4, 2013.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

_____. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DOURADO, J. R.; BOCLIN, G. **A indústria do Maranhão: um novo ciclo**. Brasília: FIEMA/IEL, 2008. 195 p.

EIBENSCHUTZ, C. (Org). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

FRENK J. The concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mexico**, v. 27, p. 438-453, 1985

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Parte III: Serviços de Saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: GOLD, M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. **Health Services Research**, v. 33, p. 665-652, 1998.

HARTZ, Z. M. A. (Org). **A avaliação na área da saúde**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

INMETRO. Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial. **Avaliação da conformidade**: diretoria da qualidade. 5 ed. Rio de Janeiro: INMETRO, 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Medicare**: a strategy for quality assurance. Washington: National Academy Press, 1990.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Systematic review about the concept of access to health services: planning contributions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-70, 2010.

KLEINBAUM, D. G.; KUPPER, L. L.; MORGENSTERN, H. **Epidemiologic research**: principles and quantitative methods. Belmont: Lifetime Learning Publications, 1982. 560 p.

MARANHÃO. Governo do Estado do Maranhão. Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Naturais. Grupo **Plano de ação para prevenção e controle do desmatamento e das queimadas no Estado do Maranhão**. Decreto nº 27.317, de 14 de abril de 2011.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOL, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 780-8, 2013.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Saúde no Brasil 1, p.11-31, 2011.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access –Definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, p. 127-40, 1981.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermei-

ros. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011.

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 14 maio 2015.

PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J. M. The economic-financial sustainability of the Family Health Strategy in large municipalities. **Cienc. Saude Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, 2011.

ROCHA, C.M.V. *et al.* **Manual de rede de frio**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2007.

SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SARAIVA, D. S. *et al.* Raiva humana transmitida por cães no Maranhão: avaliação das diretrizes básicas de eliminação da doença. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 22, p. 281-291, 2014.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, p. 65-82, 2009.

SILVA, A. N. R. S.; RADOS, G. V. Uma metodologia para o gerenciamento da responsividade de serviços. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO 25, INMETRO. Porto Alegre, RS, Brasil, 29/10 a 01/11/2005. Disponível em <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEgEP2005_Enegep0207_0872.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A.; PAIM, J. S. **O Programa Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil**. 2002. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/psf_evolucao_brasil.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saude Soc.**, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services access and utilization. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2 (Supl.), p. 190-8, 2004.

TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

UNASUS. **Mais médicos**. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/tags/mais-medicos>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Saude Soc.**, v. 22, n. 1, p.73-84, 2013.

17.

O Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Teresina/PI sobre Hanseníase

Danielle Yasmin Moura Lopes de Araújo

Jaciara de Sousa Andrade

Maria Zélia de Araújo Madeira

Éverton José Ferreira de Araújo

Marize Melo dos Santos

Introdução

A hanseníase é, mundialmente, considerada um problema de saúde pública. Em 1991, a Assembleia Mundial de Saúde estabeleceu como meta a prevalência inferior a um caso a cada 10 mil habitantes, para a eliminação da doença. No Brasil, esta meta permanece vigente, uma vez que o país ainda não atingiu o objetivo estabelecido. Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) revisou a Estratégia Global para redução da carga da doença no período 2011-2015 e enfatizou não apenas a diminuição na detecção de casos novos, mas também de incapacidades, o que terá impacto na redução do estigma e discriminação relacionados à doença (BRASIL, 2013).

Em 2013, o coeficiente de prevalência da hanseníase no Brasil era 1,42 casos/10 mil habitantes e o coeficiente de detecção geral era 15,44 casos novos/100 mil habitantes. Neste mesmo ano, os coeficientes de prevalência e de detecção geral no Piauí foram, respectivamente, de 2,65 casos/10 mil habitantes e de 30,81 casos novos/100 mil habitantes, sendo a 8ª Unidade da Federação com maior número de casos novos detectados (BRASIL, 2014).

Em menores de 15 anos, em 2013, o Brasil registrou coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase de 5,03 casos/100 mil habitantes, enquanto que no Piauí esse coeficiente foi de 7,79 casos/100 mil habitantes, ou seja, no estado a endemia foi considerada muito alta (BRASIL, 2014). O adoecimento de crianças e adolescentes numa área indica que o bacilo circula livremente neste local e que a existência de doentes com alto poder infectante continua disseminando a doença (BRASIL, 2008a).

Ao analisar a situação de Teresina no período de 2001 a 2008, pode-se afirmar que ocorreu uma redução significativa da prevalência de casos notificados de hanseníase já que, em 2001, este coeficiente era de 11,37/10 mil habitantes enquanto que, em 2008, o valor encontrado foi de 8,78/10 mil habitantes, mesmo assim, a capital ainda é considerada uma área hiperendêmica (PEREIRA, 2011).

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de notificação compulsória em todo o território nacional, sendo objeto de atuação na saúde pública devido à sua amplitude e ao alto potencial incapacitante e por ser mais prevalente na faixa etária economicamente ativa. O controle desta enfermidade é um desafio, uma vez que não há vacina e os sinais e sintomas da doença demoram a se manifestar, mostrando-se em muitos casos de forma discreta.

Sabe-se que o ambiente domiciliar é um dos principais meios de transmissão da doença, e que a abordagem à pessoa com hanseníase no domicílio deve envolver todos os comunicantes do paciente. A Atenção Básica de Saúde deve ser entendida como a porta de entrada ao sistema de saúde, tendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como o elo entre ambos, uma vez que são pessoas da própria comunidade, conhecedoras da realidade e das principais dificuldades enfrentadas pela população da região onde reside.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) age nesse cenário como facilitadora uma vez, que possibilita e dá suporte para o ACS desenvolver suas atividades relacionadas à hanseníase, tais como: identificar manchas suspeitas; encaminhar os casos suspeitos à Unidade Básica, acompanhar e orientar usuários em tratamento; realizar busca ativa de faltosos; desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade, dentre outras (SALES, 2013).

Desta forma, para a operacionalização da ESF, faz-se necessária a criação de equipes multiprofissionais que atuem numa área delimitada, com práticas que vão além da unidade de saúde, que envolvem a comunidade local em seu habitat e que permitem o conhecimento da realidade, bem como o estabelecimento de prioridades de trabalho em curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2006).

Vale destacar que o ACS dentro da Equipe Saúde da Família, talvez, seja o componente com maior carga de responsabilidade no processo de cuidado, uma vez que cabe a ele a tarefa de garantia da longitudinalidade do cuidado, somado ao fato de o mesmo ser parte integrante da comunidade que ele cuida (ALENCAR, 2009).

Portanto, os grandes desafios para o controle da hanseníase são o diagnóstico da doença no início do seu aparecimento, o tratamento regular e sua finalização e o exame das pessoas que convivem ou conviveram com o doente antes do tratamento, identificado como contato intradomiciliar. Para isto, é necessário que a equipe de saúde, ao lado de lideranças comunitárias, trabalhe para vencer esses obstáculos, divulgando os sinais e sintomas da doença na UBS e comunidade, utilizando a ferramenta da visita domiciliar, agendamento de consultas de avaliação e para facilitar o acesso dos pacientes e familiares à unidade de saúde, reforçando a importância do tratamento regular e do autocuidado (BRASIL, 2008a).

Sendo assim, é imprescindível que todas as equipes de saúde estejam capacitadas com conhecimentos adequados para busca aos pacientes e seus contatos, visando resultados precoces e eficazes no combate à hanseníase. Neste propósito, Costa (2012) afirma que o conhecimento significa a emissão de conceitos a partir da compreensão adquirida sobre determinado evento e a habilidade de aplicar esse entendimento na resolução de problemas.

Nesse contexto, propôs-se investigar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde de Teresina-PI sobre a prevenção e controle da hanseníase, por se tratar de relevante problema de saúde pública, visto que, no cotidiano dos serviços, os profissionais têm identificado grande número de casos. Por outro lado, registra-se profunda lacuna de estudos disponíveis na literatura científica acerca do tema. Nessa perspectiva, este estudo apresenta relevantes contribuições, vislumbrando proposições alternativas para a minimização e/ou erradicação da doença, conforme metas estabelecidas na Assembleia Mundial da Saúde.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo transversal, realizada no segmento centro-norte urbano de Teresina, área mais endêmica da capital, que dispõe de 421 ACS.

O tamanho da amostra para uma população de 421 ACS foi calculado a partir da fórmula abaixo, onde 1,96 é o escore da curva normal para um nível de confiança de 95%, $p=0,5$ é o parâmetro, supondo uma variância máxima, e 0,05 é a margem de erro.

$$n = (1,96)^2 \left[\frac{0,5 \times 0,5}{(0,05)^2} \right] = 384$$

A população de 421 ACS é considerada finita, então o tamanho da amostra pôde ser redimensionada para:

$$n = \frac{384}{(1 + (384 \div 421))} = 201$$

Portanto, o tamanho da amostra para uma população finita de 421 ACS, consiste em 201 a serem pesquisados, considerando uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%. A amostragem para a escolha dos agentes foi casual simples.

O critério de inclusão utilizado na pesquisa foi que o ACS estivesse exercendo suas atividades no período da coleta de dados, portanto, aqueles que se encontravam de licença-prêmio, no mês de abril de 2010, foram excluídos do estudo. Dos 201 ACS, 11 deles se encontravam nessa situação, portanto, apenas 190 se encontravam aptos a participar da pesquisa.

A pesquisa baseou-se em um total de 178 formulários, com um percentual de perda de 6,31%. Esta se deve à recusa de alguns ACS em participar da pesquisa e da dificuldade ao acesso a determinadas equipes de saúde; nesse caso, foram realizadas duas tentativas de contato com as mesmas, ambas sem sucesso.

A coleta de dados junto aos ACS aconteceu por meio de um formulário com perguntas fechadas, elaborado exclusivamente para esta pesquisa. Foram levantadas variáveis distribuídas entre categóricas e numéricas, sendo a última representada pela idade e tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF). O período para a coleta ocorreu durante o mês de abril de 2010.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi minuciosamente lido para os sujeitos selecionados a participar da pesquisa e, somente após o total esclarecimento, aceitação e assinatura do referido termo é que se iniciou a coleta de dados.

Os formulários foram preenchidos após confirmação, por meio de assinatura do TCLE, pelo ACS, aplicados individualmente, e no local de trabalho, de forma que não causassem prejuízo às atividades desenvolvidas.

Os dados coletados foram digitados e tabulados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®, versão 17.0) for Windows. A análise estatística empregada foi do tipo descritiva, baseada na leitura dos percentuais das variáveis categóricas e numéricas. Foi aplicado o teste Qui-quadrado e correção de Yates para verificar associações entre variáveis, considerou-se significância estatística quando $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado, em primeira instância, pela Coordenação de Ações Sociais da Fundação Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Teresina-PI nº 018/2010 e depois pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI). A pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução no 466/2012 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, a qual é resguardada pelos critérios da bioética – autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 1996). O presente trabalho não apresenta conflito de interesse real, potencial ou aparente por nenhum de seus autores.

Os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa foram informados sobre o estudo, seus objetivos e todos os passos referentes à realização da pesquisa. Garantiu-se o anonimato absoluto de sua identidade, assegurando a privacidade e sigilo, uma vez que a pesquisa não divulgará dados que permitam a identificação pessoal. Admitiu-se, também, que os ACS poderiam retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem que houvesse nenhuma penalização ou prejuízos para os mesmos. O uso e a destinação dos dados coletados são de exclusividade desta pesquisa.

Resultados

Os resultados estão apresentados nas tabelas e gráficos e foram ordenados de acordo com os objetivos propostos no estudo. Aplicaram-se testes de associações entre variáveis referentes ao conhecimento sobre hanseníase (conhecimento de sinais e sintomas da hanseníase, formas de transmissão e reação hansênica) e variáveis tempo de serviço e realização de treinamento sobre hanseníase.

Tabela 1 – Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do segmento centro-norte urbano. Teresina (PI), 2010

Agentes Comunitários de Saúde		
	N	%
Sexo	Masculino	57 32,02
	Feminino	121 67,98
Total	178	100,00

				Continuação
Faixa etária	22 ---- 30	52		29,21
	30 ---- 38	78		43,82
	38 ---- 46	26		14,61
	46 ---- 54	17		9,55
	54 ---- 62	5		2,81
Total		178		100,00
Tempo como ACS (em anos)	até 5	73		41,01
	mais de 5	105		58,99
Total		178		100,00
Treinamento sobre hanseníase	Sim	158		88,76
	Não	20		11,24
Total		178		100,00

A população feminina foi predominante entre os agentes (67,98%). Registrou-se idade predominante entre 22 e 38 anos (73,03%), a maioria afirmou ter participado de algum treinamento sobre a hanseníase (88,76%). Quanto ao tempo de serviço, 41,01% atuavam como ACS, na ESF, por período de até cinco anos, e quase 60% há mais de cinco anos (Tabela 1).

Tabela 2 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os sinais e sintomas da hanseníase, de acordo com o tempo de serviço. Teresina (PI), 2010

Sinais e sintomas da hanseníase	Tempo de serviço (anos)						p-valor
	Até 5		Mais de 5		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Manchas	71	97,25	98	93,33	169	94,94	0,408
Pele seca e falta de suor	10	13,70	17	16,19	27	45,17	0,649
Queda de Pelos	24	32,88	29	27,62	53	29,78	0,451
Úlcera de pernas e pés	10	13,70	19	18,10	29	16,29	0,435
Nódulos no corpo	13	17,81	29	27,62	42	23,60	0,129
Alteração de sensibilidade	69	94,52	90	85,71	159	89,33	0,061
Parestesias	33	45,21	50	47,62	83	46,63	0,751
Dor e sensação de choque	19	26,03	34	32,38	53	29,78	0,362
Diminuição da força dos músculos	25	34,25	44	41,90	69	38,76	0,302
Total	73	100	105	100	178	100	..

Nota: Teste Qui-quadrado de associação.

Sobre o conhecimento dos ACS quanto à identificação dos sinais e sintomas da hanseníase, comparando-se ao tempo de serviço, não houve diferença significativa entre aqueles com até cinco anos de serviço e mais de cinco anos (Tabela 2).

Os sinais e sintomas da hanseníase em estágio avançado, entre aqueles que haviam recebido treinamento, foram verificados em 128 dos entrevistados que souberam informar alguma característica sintomatológica. As mais citadas foram febre, artralgia e edema (55,08%), seguida por obstrução e ressecamento nasal (49,15%). Ressecamento dos olhos e mal-estar, citados por apenas 23,73% e 33,90%, respectivamente. Registrou-se associação significativa entre treinamento e três dos quatro sinais e sintomas em estágio avançado da hanseníase (Tabela 3).

Tabela 3 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os sinais e sintomas da hanseníase em estágio avançado, de acordo com o treinamento recebido. Teresina (PI), 2010

Sinais e sintomas da hanseníase	Treinado sobre hanseníase							p-valor
	Sim		Não		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Febre, artralgia e edema	54	51,92	11	78,57	65	50,03	0,040a	
Obstrução e ressecamento do nariz	53	50,96	5	35,71	58	49,15	0,445	
Ressecamento dos olhos	22	21,15	6	42,86	28	23,73	0,044	
Mal-estar geral e emagrecimento	23	31,73	7	50	40	33,9	0,013	
Total	114	100	14	100	128	100	..	

Nota: ^a Correção de Yates no teste Qui-quadrado de associação.

Ao abordar o reconhecimento das formas de transmissão da hanseníase, observou-se que a respiração foi citada por 93,67% dos ACS. Dentre aqueles que realizaram treinamento, 20% responderam que a transmissão se dá por meio de objetos, 5% através da água e alimentos contaminados, 2,86% responderam a gravidez como forma de transmissão e 1,43% a hereditariedade. Entre aqueles que não realizaram treinamento, 38,89% responderam que o contágio ocorre por meio de objetos, 11,11% confirmam ser a gravidez uma forma de transmissão, 11,11% citaram a hereditariedade e 5,56% a transmissão por água e alimentos contaminados. Embora haja diferença na proporção dos profissionais que foram treinados e aqueles que não receberam treinamento, não houve associação significativa entre a variável treinamento e conhecimento sobre formas de transmissão (Tabela 4).

Tabela 4 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as formas de transmissão da hanseníase segundo treinamento. Teresina (PI), 2010

Forma de transmissão	Treinamento sobre hanseníase						p-valor
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Durante a gravidez	4	2,86	2	11,11	6	3,8	0,285a
Respiração	132	94,29	16	88,89	148	93,67	0,711a
Objetos	28	20,00	7	38,89	35	22,15	0,069
Hereditária	2	1,43	2	11,11	4	2,53	0,096a
Água e alimentos contaminados	7	5,00	1	5,56	8	5,06	0,638a
Total	140	100	18	100	158	100	..

Nota: ^a Correção de Yates no teste Qui-quadrado de associação.

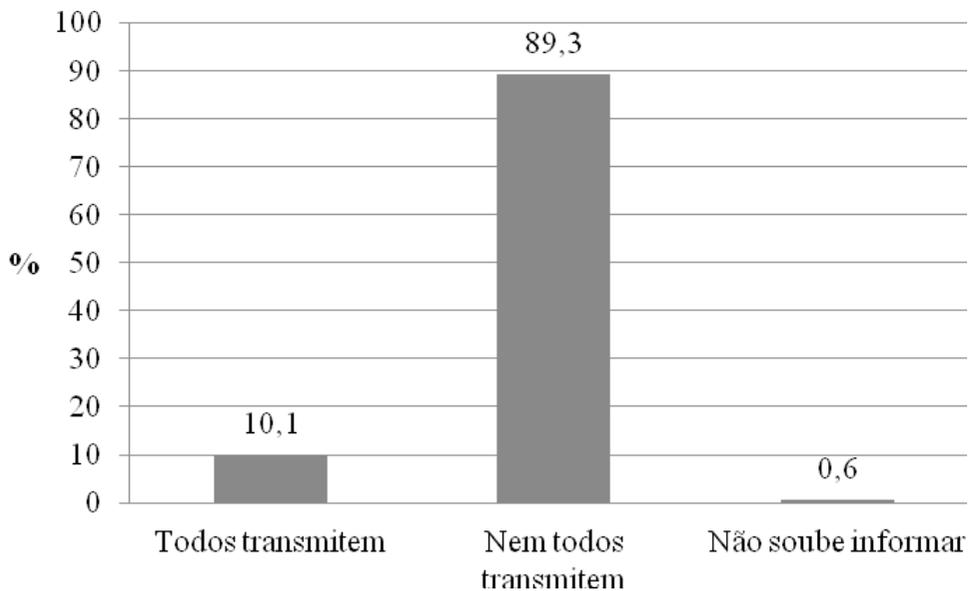


Gráfico 1 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a possibilidade de transmissão da hanseníase por pessoas com a doença. Teresina (PI), 2010.

Ao serem questionados quanto à capacidade de disseminação da doença por uma pessoa com hanseníase, a maioria dos participantes, 89,3%, respondeu que nem todos os portadores transmitem a enfermidade (Figura 1).

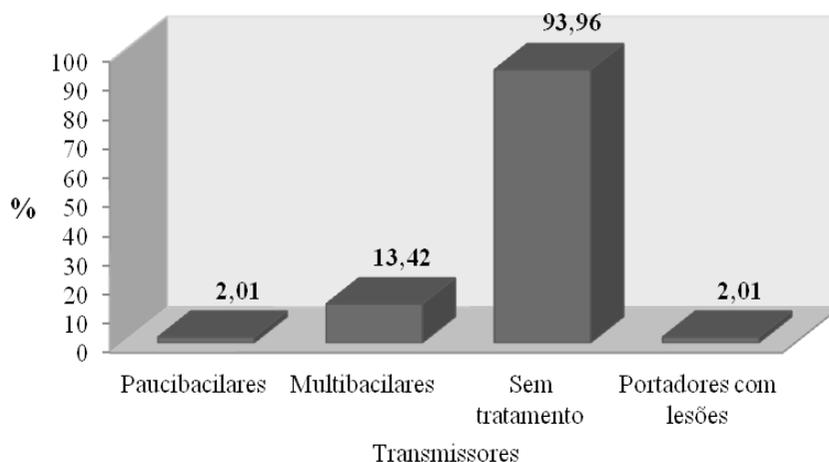


Gráfico 2 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a transmissão da Hanseníase segundo forma clínica e tratamento. Teresina (PI), 2010.

Dentre os que informaram que nem todos os indivíduos acometidos pela hanseníase podem transmitir a doença, 93,96% asseguram que todos os que não estão sob tratamento podem disseminar a doença independentemente de ser paucibacilares (PB) ou multibacilares (MB). Enquanto que 13,42% afirmam que somente os multibacilares podem transmitir a doença (Gráfico 2).

Ao relacionar o conhecimento dos ACS com o tempo de serviço e a participação ou não em treinamento, identificou-se que o aspecto mais lembrado foi a presença de caroços e inchaços no corpo (48%) e o menos citado foi a irritação e ardência nos olhos (16%), sendo os sinais e sintomas relativos à piora das lesões, febre e dor nas articulações e físgadas e dor nos nervos mencionados por (36%) dos entrevistados. Contudo, foi possível observar que o maior tempo de serviço e a realização de treinamento por parte destes profissionais não interferiu significativamente nas respostas apresentadas (Tabela 5).

Tabela 5 – Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os sinais e sintomas de uma reação hansênica segundo treinamento e tempo de serviço. Teresina (PI), 2010

Sinais e sintomas de uma reação hansênica	Treinado sobre hanseniase						p-valor
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Piora das lesões	18	40,91	-	-	18	36	**
Caroços e inchaços no corpo+	21	47,73	3	50	24	48	0,741
Irritação e ardência nos olhos	7	15,91	1	16,67	8	16	0,585
Febre e dor nas articulações	14	31,82	4	66,67	18	36	0,224
Fisgadas e dor nos nervos	16	36,36	2	33,33	18	36	0,758
Total	44	100	6	100	50	100	..

Sinais e sintomas de uma reação hansênica	Tempo de serviço (anos)						p-valor
	Até 5		Mais de 5		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Piora das lesões	6	30	12	40	18	36	0,470
Caroços e inchaços no corpo+	10	50	14	46,67	24	48	0,817
Irritação e ardência nos olhos	4	20	4	13,33	8	16	0,813a
Febre e dor nas articulações	7	35	11	36,67	18	36	0,904
Fisgadas e dor nos nervos	8	40	10	33,33	18	36	0,820
Total	20	100	30	100	50	100	..

Nota: ** Teste não se aplica; a Correção de Yates no teste, Qui-quadrado de associação.

Discussão

O ACS é, indiscutivelmente, um membro da equipe de saúde fundamental na prevenção e controle da hanseníase, uma vez que pertence à comunidade, o que o torna conhecedor da realidade e das dificuldades enfrentadas por ela, portanto, é a ponte entre a população e a UBS. Desta forma, para que estes profissionais possam realizar seu trabalho de modo adequado e seguro, é imprescindível conhecer a doença. Contudo, o que se observou, ao abordar os principais sinais e sintomas do agravo, foi o conhecimento superficial desses profissionais acerca do tema específico.

A respeito dessas considerações, Zeichner (1993) descreveu com propriedade as contribuições de John Dewey (1859-1952), pedagogo, filósofo e psicólogo nor-

te-americano, o qual preconizava que o aprendizado só ocorre quando há uma situação de problema real para se resolver. Para solucionar o problema, com base nos conhecimentos teóricos e na experiência prática, é necessária uma reelaboração intelectual. Esta é caracterizada pela formulação de novas ideias, cuja riqueza é diretamente proporcional aos conhecimentos, vivência e experiência da pessoa.

O reconhecimento dos sinais e sintomas da doença é extremamente importante, uma vez que possibilita o diagnóstico precoce, beneficiando o paciente que irá receber tratamentos mais curtos, com menor risco de efeitos colaterais de medicamentos, de reações e de sequelas graves ou permanentes. Além disso, interrompe a cadeia de transmissão do bacilo e, conseqüentemente, reduz o aparecimento de novos casos; diminui o número de pessoas com sequelas e deformidades que causam medo, preconceito e estigmatização nas pessoas acometidas pela doença; reduz o gasto em saúde e em previdência social com pessoas produtivas que poderiam estar contribuindo para o desenvolvimento do país e vivendo plenamente de acordo com suas potencialidades (BRASIL, 2008b).

O reconhecimento sobre os sinais e sintomas da doença em estágio avançado foi informado pela maioria dos entrevistados que soube informar, pelo menos, uma característica sintomatológica, sendo que a participação em alguma capacitação influenciou significativamente na maioria de suas respostas sobre este assunto. Embora muito se tenha avançado em relação ao tratamento, principalmente após o advento da poliquimioterapia (PQT), a manutenção dos treinamentos é pertinente, especialmente no aspecto da identificação dos sinais e sintomas. Como enfatizam Moreno, Enders e Simpson (2008), ainda é comum ouvir-se relatos de pacientes que enumeram a quantidade de profissionais pelos quais passaram sem que a doença fosse descoberta.

Segundo o Ministério da Saúde, os ACS devem realizar permanentemente qualificação profissional, para exercerem as atribuições que lhe forem designadas junto à equipe de saúde e à comunidade. Assim, faz-se necessário preparar esses profissionais, incorporando à sua formação técnica, o conhecimento sobre a abordagem à comunidade, as ações de prevenção de doenças, promoção à saúde, entre outras atividades estabelecidas pela equipe (BRASIL, 2009).

Os ACS do estudo apresentaram conhecimento básico sobre os sinais e sintomas da hanseníase para a detecção de casos, sua prevenção e controle. Entretanto, quando perguntado acerca de conhecimentos específicos, houve precariedade nas respostas. Sabe-se que, para que haja a classificação correta dos casos de hanseníase, é fundamental o conhecimento sobre a doença e a sua evolução (TEIXEIRA et al., 2008).

Outro ponto a ser observado diz respeito à existência de conhecimentos incorretos no âmbito da transmissão da enfermidade, mesmo entre os profissionais que receberam treinamento. Embora a maioria dos agentes de saúde tenha mencionado a respiração como forma de transmissão, 26,37% das respostas obtidas

abordavam outros modos de contágio, como gravidez, objetos, herança genética e água ou alimentos contaminados. Esse aspecto é preocupante, uma vez que a hanseníase é uma patologia bastante estigmatizada e rodeada de preconceitos, principalmente no que diz respeito a sua transmissibilidade e patogenicidade.

Em estudo realizado em município de Minas Gerais, para analisar o desempenho da hanseníase, constatou-se que o preconceito vivenciado pelo seu portador está diretamente relacionado a práticas de busca de diagnóstico precoce e prevenção de incapacidades realizada pelos serviços de saúde. Contudo, políticas públicas visando à educação permanente contribuíram para a redução da exclusão social dos portadores da doença (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).

Neste caso, vale ressaltar que a falta de informações sobre a doença e suas consequências ao portador são fatores determinantes para o preconceito vivenciado por eles. Assim, a formação profissional contribui para a adequada atenção prestada aos doentes, tornando os agentes de saúde mais seguros com relação ao conhecimento da doença.

O ACS é o responsável em acompanhar todas as famílias e pessoas do seu território por meio da visita domiciliar e, assim, desenvolver ações de educação em saúde que visem à prevenção de doenças e à promoção à saúde (BRASIL, 2009). A existência de conhecimento incorreto a respeito da hanseníase põe em risco todo esse processo de educação.

A maioria dos profissionais (93,96%) afirmou que todos os portadores sem tratamento transmitiam a doença, independentemente de ser PB ou MB, o que é incorreto, pois, conforme o Ministério da Saúde, a transmissão se dá por meio do indivíduo acometido pela doença (apenas forma infectante da doença – MB), sem o tratamento que elimina o bacilo para o meio exterior infectando outras pessoas suscetíveis (BRASIL, 2008c).

Portanto, o que se observou nas informações a esse respeito foi a presença de respostas incoerentes, reforçando, dessa maneira, a necessidade de melhoria da abordagem durante os treinamentos específicos dos temas relacionados à hanseníase.

Com isso, destaca-se a importância da educação permanente em saúde. Esta é entendida como suporte para a compreensão do processo de adoecimento, da doença em si, sua aceitação e suas consequências para a vida de cada paciente e como atividade informativa e comunicativa voltada para o público em geral, pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2008b).

A hanseníase é uma doença que se manifesta de forma silenciosa, sem que as pessoas e os profissionais de saúde percebam a sua existência. O ACS colabora para prevenir a hanseníase por meio de informações sobre sinais e sintomas da doença, sobre a importância do diagnóstico precoce e do tratamento para evitar complicações, orientando quanto à importância de um ambiente limpo e arejado, avaliando a presença de lesões, encaminhando os suspeitos para o serviço de saúde onde trabalham e examinando os contatos intradomiciliares quanto à vacina BCG (BRASIL, 2008d).

Sobre o conhecimento das reações hansênicas, não se alcançou metade dos participantes da pesquisa, atingindo-se percentual de apenas 28,1%. Assim como não houve diferença significativa nos valores verificados, segundo a distribuição percentual e o teste de associação estatística aplicado, entre os respondentes, ao se associar esse conhecimento com as variáveis treinamento e tempo de serviço.

As reações hansênicas costumam ocorrer no início do tratamento, mas também podem ser desencadeadas por outras infecções ou até por problemas psicológicos. As reações devem ser reconhecidas e tratadas com urgência, para prevenir o abandono do tratamento e, conseqüentemente, as incapacidades físicas (BRASIL, 2008a). Questões relacionadas a esses aspectos não foram bem respondidas, pois se observou que, na proporção em que os questionamentos passaram a aprofundar os saberes sobre a doença, os ACS não se mostraram detentores desses conhecimentos.

Em análise sobre os fatores preditivos na evolução do grau de incapacidade entre pacientes com hanseníase, concluiu-se que as intervenções não medicamentosas, como monitoramento neural frequente, orientações e educação em saúde, exercícios e órteses contribuíram para a boa evolução do grau de incapacidade em indivíduos com hanseníase (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009).

O conhecimento sobre as reações hansênicas é um fator diferenciador na prevenção de incapacidades e na redução da prevalência de deformidades. Dessa forma, de acordo com os resultados vistos, os ACS não se mostraram detentores desse saber, uma vez que este abrange aspectos mais específicos da doença, podendo ser adquiridos durante a realização das capacitações.

Os agentes podem e devem atuar na detecção precoce de casos, sendo uma medida importante para prevenir as incapacidades causadas pela doença e para controlar os focos de infecção, contribuindo para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Os contatos sem diagnóstico de hanseníase devem receber informações sobre a doença, sobre a possibilidade de terem sido contaminados e sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de sinais e sintomas da hanseníase devendo, neste caso, procurar a unidade de saúde (BRASIL, 2001).

Outro aspecto observado foi que a minoria dos pesquisados informou a irritação e a ardência nos olhos, febre e dor nas articulações como sinais e sintomas da reação. Portanto, o conhecimento dos agentes sobre o tema encontra-se visivelmente insuficiente para que possam realizar de maneira adequada seu trabalho de busca ativa, não apenas de novos casos, mas de possíveis complicações da hanseníase.

Todos os pacientes precisam conhecer a doença e saber como tratá-la adequadamente. O direito à informação é fundamental no processo de prevenção de deformidades e incapacidades, devendo ser os ACS, por meio das visitas domiciliares, os principais disseminadores dessas informações na comunidade. As pessoas com história de reação e neurites apresentam maior risco de desenvolver sequelas (BRASIL, 2008c). Contudo, o que se observou foi que os agentes não detêm o conhecimento necessário para divulgação de tal conhecimento.

Em pesquisa realizada com ACS no município de Sete Lagoas-MG, objetivando compreender o significado de ser um ACS em Programa Saúde da Família, foi identificado que esses profissionais não se sentem preparados para exercer suas funções, uma vez que o processo de qualificação é desestruturado e insuficiente. Além disso, relatam que o seu conhecimento é oriundo da experiência que têm como profissionais e não de treinamentos, o que corrobora o resultado encontrado por este estudo (SANTANA et al., 2009).

Além das capacitações, o Ministério da Saúde dispõe de cartilhas informativas que auxiliam esses profissionais a adquirir um maior conhecimento da doença, com vista a uma melhor abordagem da comunidade. Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro que trata dos significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase pelos profissionais de saúde pública, identificou que esses profissionais desconheciam os impressos que eram destinados a eles, referindo ainda a insuficiência ou inexistência da sua distribuição (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009).

Na maioria das regiões do país, os ACS iniciaram seu trabalho sem formação específica, receberam informações básicas sobre o que coletar durante as visitas e aprenderam no cotidiano do seu trabalho (aprender-fazendo), dependendo do julgamento pessoal. No que se refere à qualificação, verifica-se também que esse profissional não tem contado com ferramentas de ensino e aprendizagem que aliem o conhecimento popular trazido da comunidade com o conhecimento técnico-científico, indispensável para a apropriação de práticas de promoção à saúde (CORIOLANO et al., 2012).

Portanto, o estudo comprova a importância de se buscar melhores estratégias para desenvolver as capacitações, uma vez que os ACS treinados apresentaram conhecimento significativamente superior aos profissionais não treinados apenas quando abordados os sinais e sintomas da hanseníase em estágio avançado; nas demais variáveis pesquisadas, o desempenho foi semelhante.

Conclusão

Os resultados evidenciaram que o conhecimento dos ACS é limitado, envolvendo questões básicas da doença, por vezes, insuficientes para a abordagem junto aos pacientes. Verificou-se uma problemática que envolve a existência de conhecimentos incorretos ou até mesmo precários, um dado preocupante, podendo interferir no melhor atendimento a essa população específica.

Foi possível observar a influência da variável tempo de serviço no conhecimento sobre os sinais e sintomas da doença. Verificou-se que aqueles que estão há mais de cinco anos na ESF informaram maior número de características sintomatológicas, embora não se tenha observado associação significativa entre as variáveis. Portanto, a experiência é válida para a aquisição de conhecimentos, mas não torna esses profissionais suficientemente preparados para enfrentar os problemas da comunidade em que trabalham.

O treinamento realizado pelos ACS se mostrou pouco eficiente, visto que pouco interferiu na aquisição de conhecimentos mais aprofundados sobre hanseníase. Aqueles que não realizaram a capacitação, detinham praticamente o mesmo conhecimento comparado aos que realizaram. O treinamento influenciou significativamente apenas no que diz respeito a algumas variáveis relacionadas aos sinais e sintomas da hanseníase em estágio avançado.

Este estudo abre alguns questionamentos a respeito do trabalho dos ACS e dos treinamentos conduzidos, na perspectiva da abordagem aos indivíduos, reconhecimento dos sinais e sintomas e consequências da doença. Contudo, não há pretensão de considerar essa temática esgotada, mas sim, refletir acerca da importância do agente dentro da equipe multiprofissional e no seu trabalho com a comunidade na prevenção e controle da hanseníase.

Referências

ALENCAR, O.M. *et al.* Trabalho do agente comunitário de saúde no controle da Hanseníase. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 103-13, 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 196, de 1996. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de out. de 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 a.

_____. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Cadernos de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2 ed. Revisada, 21, Brasília (DF), 2008c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CORIOLOANO, M.W.L. *et al.* Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 37-59, 2012.

COSTA, C.C. Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação. Dissertação (Mestrado). Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, 2012.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. especial, p. 753-756, 2008.

GONCALVES, S. D.; SAMPAIO, R.F.; ANTUNES, C.M.F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Revista Saúde Pública**, Belo Horizonte. v.43, n.2, p. 267-274, 2009.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p.857-867, abril 2009.

MORENO, C.M.C; ENDERS, B.C.; SIMPSON, C.A. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 671-675, 2008.

SALES, J.C.S. *et al.* O significado da hanseníase para o agente comunitário de saúde. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v.6, n.1, p. 1-8, 2013.

SANTANA, J.C.B. *et al.* Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, p. 645-52, out/dez. 2009.

TEIXEIRA, A.C. *et al.* Avaliação da concordância entre exames clínicos e laboratoriais no diagnóstico da hanseníase. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.41, p.48-55, 2008.

ZEICHNER, K.M. **A formação reflexiva de professores: idéias e práticas**. Lisboa: Educa, 1993.

18.

O Que Pode a Estratégia Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde?

Reflexões a partir da ótica
de trabalhadores

Riksberg Leite Cabral

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Annatália Menezes de Amorim Gomes

Túlio Batista Franco

Luís Odorico Monteiro de Andrade

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de lutas por reformas sanitárias brasileiras que surge como direito de todos e dever do Estado, no bojo da decadência do modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado na doença e no saber biomédico, e aponta como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade, regionalização e hierarquização e participação popular (AGUIAR, 2011; BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi se constituindo, ao longo da história, como alternativa para garantia e ampliação do acesso aos serviços assistenciais de saúde com uso racional de tecnologias, tendo como marco político a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde pela Organização Mundial de Saúde (SILVA JUNIOR, 2007; FAUSTO; MATTA, 2007).

No Brasil, o termo “Atenção Básica em Saúde” é utilizado como sinônimo de APS e tem sido adotada no país como política que orienta a operacionalidade dos princípios e das diretrizes do SUS, a partir de ações de saúde de caráter individual e coletivo, com enfoque na perspectiva da promoção e proteção da saúde, na prevenção de doenças e agravos, bem como no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), lançada pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 1994, enquanto programa, tem sido aprimorada, a fim de se afirmar como possibilidade de mudança do modelo assistencial em saúde, a partir do resgate dos princípios do SUS para consolidação do movimento pela reforma sanitária brasileira, bem como do redimensionamento das práticas de cuidado do modelo tradicional de assistência centrado na cura e nos hospitais. Para tanto, foca em práticas de promoção e proteção da saúde do indivíduo, da família e coletividade, a partir do trabalho em equipe multiprofissional, responsável pelo atendimento integral no nível da atenção primária à saúde (RODRIGUES, 2011; BRASIL, 1997; BRASIL, 2011).

Evidências científicas têm apontado para contribuições da APS nos sistemas de saúde em diversos países. Porém, verifica-se que o processo de implantação, expansão e qualificação da ESF no Brasil como proposta de reorientação do modelo assistencial tem enfrentado desafios no âmbito da macro e micropolítica (MENDES, 2012; SOUSA; HAMANN, 2009; MENDONÇA, 2009; TAKEDA, 2004; ROSA; LABATE, 2005; STARFIELD, 2002; ANDRADE; FRANCO, 2009; FERREIRA; ANDRADE; FRANCO, 2009).

Análise de indicadores de uso e acesso a diferentes modalidades de serviços de saúde – ESF, unidade básica de saúde tradicional e plano privado de saúde – aponta que a longitudinalidade do cuidado, a procura por atenção e consultas médicas, apresentou melhor desempenho entre usuários regulares da ESF e afiliados a plano privado em comparação aos cobertos pela unidade básica de saúde

tradicional. A recomendação para outras pessoas em relação ao serviço de saúde utilizado foi maior entre usuários da ESF quando comparados aos demais serviços (LIMA-COSTA; TURCI; MARCINKO, 2013).

Entretanto, análise da produção científica publicada ao longo de quatorze anos da implantação da ESF no Brasil, identificou que as práticas de cuidado produzidas neste âmbito precisam ser reconstruídas para o cumprimento da missão da ESF de reorientar o modelo assistencial que permanece atravessado pelo modelo biomédico (COSTA *et al.*, 2009).

Corroborando este dado, estudos revelam dificuldades no acesso aos serviços de saúde e subutilização dos saberes e das práticas dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008; SOUZA *et al.*, 2008). Contudo, a dificuldade no acesso não ocorre apenas em uma perspectiva geográfica ou no quantitativo das equipes de saúde, mas na conformação da organização do processo de trabalho das equipes que é marcado, em alguns contextos, por práticas não acolhedoras e vínculos fragilizados (FRANCO; PANIZZI; FOSCHIERA, 2012; ASSIS *et al.*, 2010).

Assim, análises do trabalho na ESF identificaram mudanças nos processos de trabalho nesta configuração do modelo de saúde no SUS. Porém, avaliam que estas alterações são pouco significativas, uma vez que as tecnologias adotadas permanecem operando em uma lógica instrumental, com excessivo apego às normas e hierarquização do trabalho em equipe em detrimento de espaços de diálogo entre os profissionais e os próprios usuários (ANDRADE; FRANCO, 2009; ASSIS *et al.* 2010).

A gestão do cuidado na ESF, compreendida como a possibilidade de todo e qualquer trabalhador de saúde interferir e conduzir processos de trabalho, tem sido objeto de estudos que buscam apreender e discutir os mecanismos utilizados pelos serviços de saúde para atender às necessidades de saúde da população no cotidiano da ESF (CECÍLIO, 2011; KRUG *et al.*, 2010; PIRES; GOÖTTEMS, 2009; ANDRADE; FRANCO, 2009; ASSIS *et al.*, 2010). Nesta perspectiva, o olhar é lançado para além da macroestrutura que conforma a ESF, – suas normativas, capacidade instalada e infraestrutura dos serviços – mas para “dentro” dos processos de trabalho que ocorrem nas relações entre os sujeitos, em uma perspectiva micropolítica.

Diante disso, questionou-se: quais percepções os trabalhadores têm acerca da ESF? Quais possibilidades e limites apontam, a partir de vivências, da ESF como reorientadora do modelo de atenção à saúde no SUS?

O estudo objetivou apreender as percepções dos trabalhadores da ESF quanto às possibilidades e aos limites desta para mudança no modelo assistencial no SUS.

Método

Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado junto a oito trabalhadores do sexo feminino das Equipes de Saúde da Família (Equipes de SF)

– duas agentes comunitárias de saúde, uma técnica de saúde bucal, duas enfermeiras, uma médica e duas dentistas, no período de novembro a dezembro de 2013. Os participantes pertenciam as diferentes unidades básicas de saúde de um município da região metropolitana de Fortaleza-CE, Brasil, selecionados a partir de uma lista de 27 interessados dispostos dentre as 53 Equipes de SF do município.

O critério de inclusão adotado foi o acúmulo de, no mínimo, um ano de experiência na ESF do município. Como critérios de exclusão foram considerados: pertencer aos territórios sanitários que apresentaram menor lista de inscritos; exceder os dois representantes de cada categoria profissional por território sanitário, cujo tempo acumulado de experiência na ESF estivesse entre o intervalo de menor e maior período em relação aos dos demais inscritos. Restaram, assim, dez trabalhadores das categorias que compunham a Equipe de SF, mas apenas oito compareceram aos encontros agendados.

Para produção dos dados empíricos, utilizaram-se os mapas analíticos, estratégia que possibilita cartografar a experiência dos trabalhadores de saúde como sujeitos na formulação das ideias que fundamentam a produção do cuidado, identificar a composição das ferramentas utilizadas neste processo, bem como a tomada de consciência dos trabalhadores enquanto sujeitos da produção (FRANCO; MERHY, 2012; FRANCO *et al.*, 2009). Neste sentido, foram utilizadas questões disparadoras das (auto) análises aplicadas nos dois encontros. A observação simples configurou-se como outra técnica utilizada, através da qual foram apreendidos gestos, expressões e silenciamentos (ORLANDI, 2002; GOMES; CABRAL, 2010) que compuseram a comunicação dos sujeitos.

A análise dos dados empíricos foi orientada pela técnica de Análise de Conteúdo Temática, efetivada pelas fases de: pré-análise; exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (GOMES, 2009; MINAYO, 2010). Este exercício resultou na composição de duas temáticas que expressam as possibilidades da ESF para o sistema de saúde, bem como os limites enfrentados neste intento.

Foram resguardados os preceitos éticos de pesquisa, atendendo ao que determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e obtido parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer nº 361.457. Cabe registrar, ainda, que este manuscrito trata-se de um recorte da dissertação de mestrado profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf).

Resultados e Discussão

Os dados empíricos revelaram percepções dos trabalhadores a partir das experiências no cotidiano do trabalho sobre a Estratégia Saúde da Família, as quais expressaram possibilidades e limites deste projeto “mudancionista”, no dizer de Campos (1997), na configuração do modelo assistencial no SUS.

Potencialidade e Limites da Estratégia Saúde da Família para a consolidação do SUS

Os sujeitos deste estudo destacaram aspectos que se relacionam a repercussões na melhoria da vida dos usuários, provocadas por duas vertentes interligadas: uma relacionada à dimensão política dos pressupostos que justificam a criação da ESF como campo de militância pelo direito à saúde no país e outra relacionada à dimensão cuidadora dos atos de saúde produzidos pelo trabalhador no cotidiano da ESF.

Para os sujeitos deste estudo, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho, a **ESF se constituiu como marco no acesso à saúde**, pela distribuição e capilaridade nos territórios e por se reconhecerem como capaz de produzir vínculo.

Eu observo assim: antes do Saúde da Família, a população, a comunidade, e depois do saúde da família [...] coloquei um sol. Porque eu acho assim, eu não vejo mais a comunidade sem o PSF, apesar de reclamar de tudo, mas eu acho que a gente está bem pertinho dela, é diferente quando antigamente todo mundo corria para o hospital (Trab 8).

Na Unidade de Saúde, em volta, a gente tem a presença dos agentes comunitários de saúde e têm os grupos que a gente tem de atendimento – hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabéticos, as mulheres e, alguns programas, a gente está conseguindo fazer com um pouco mais com qualidade (Trab 2).

Estes achados corroboram estudos que analisam as contribuições da ESF para o sistema de saúde brasileiro, os quais apontam como resultados a ampliação do acesso ao serviço de saúde com garantia de adscrição dos usuários, responsabilização pelo mesmo e acolhimento de suas demandas, aspectos que contribuem para consolidação da atenção básica em saúde como principal porta de entrada no SUS (MORAIS *et al.*, 2012; ALVES *et al.*, 2014).

A contribuição da ESF no cuidado a grupos populacionais mais vulneráveis também é apontada por Braz *et al.* (2013), em estudo que avalia, junto a cuidadores, a atenção à saúde de crianças na ESF e revela dados satisfatórios quanto à longitudinalidade do cuidado. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, realizado pelo mesmo profissional de saúde, possibilitou aproximação efetiva com os envolvidos no cuidado desta. Do mesmo modo, Marquieviz *et al.* (2013) destacam a contribuição da ESF para o controle da tuberculose ao identificar aumento no número de exames diagnósticos, redução na proporção de abandono ao tratamento e da taxa de mortalidade relacionada à doença.

Os sujeitos deste estudo ressaltaram, ainda, a **ESF como dispositivo de ampliação de serviços da rede básica de saúde capaz de agregar diferentes trabalhadores e promover o acesso aos recursos para tratamento** neste âmbito do sistema de saúde. Estas conquistas marcam a proposta da ESF como meio de fortalecimento do SUS, como política pública capaz de assegurar o direito à saúde.

[...] me lembrei de que não tinha dentista no PSF, era enfermeiro e o médico. [...] pessoal, não tinha remédio não, meu povo! Não tinha nada nas farmácias quando eu comecei. [...] Eu só sei que deu certo: dentista que não tinha, remédio que não tinha, eu comecei a dizer: “rapaz! Esse negócio foi bom” (Trab 1).

A afirmativa de que a ESF configura-se como avanço no sistema de saúde pela ampliação do acesso ao serviço de saúde e dos recursos necessários à terapêutica também é reconhecida por Rangel *et al.* (2011) que identificaram, dentre outros avanços, em entrevistas com usuários, a localização da UBS na própria comunidade e a disponibilidade de medicamentos como avanço promovido pela ESF.

Outro aspecto relevante foi que, para os sujeitos deste estudo, a ESF não estava reduzida a um espaço de manutenção de práticas assistenciais de saúde, mas que tinha se constituído como **território fértil de diferentes lutas por melhorias das condições de vida da comunidade.**

Me lembrei da água [...] água encanada que no Jaçanaú não água encanada! E eu tinha Hepatite e hoje eu tenho zero de Hepatite A [...] Eu lembrei que eu tinha paciente asmático lotando o posto [...] me lembro que eu tinha que sortear qual a criatura eu ia dar [o acesso ao medicamento era restrito, disponível para poucos], eu tinha que descobrir qual era o mais grave, era terrível! [...] A gente fez um trabalho junto do secretário, com o prefeito, a fulana [cita uma médica do Hospital Municipal] que ficava enlouquecida que era lotado de asmático e eu no meu posto [...] e hoje eu não tenho mais ninguém cansado no posto [...] Lembrei da minha paciente que é catadora de lixo e que vem para consulta de batom e bem cuidada – (Trab 1).

Característica importante que confere à ESF é a qualidade de impactar na qualidade de vida da comunidade, uma vez que, desde sua concepção, já se propunha a fazer com que a saúde fosse reconhecida como direito de cidadania e assumia o compromisso de mobilizar a sociedade civil para o efetivo controle social (BRASIL, 1997).

Além dos avanços na ampliação do acesso ao serviço de saúde, à equipe multidisciplinar e aos recursos terapêuticos, os trabalhadores apontam uma dimensão cuidadora da ESF que se afirma no cotidiano do trabalho destes sujeitos, a partir de atitudes comprometidas com o ser humano, contribuindo para (re)configuração das práticas do cuidado em saúde. Neste sentido, revelam possibilidades nas relações estabelecidas com os usuários a cada encontro, momentos singulares de produção de vida na ESF. Isto ocorre a partir da **percepção de si como sujeito** que integra uma estratégia, cuja missão de produzir mudanças nos modos de produção do cuidado está para além dos atos normativos que a regulamentam.

[...] O Saúde da Família assim, eu acho que [...] o nosso trabalho ele traz o quê? Ele traz a humanização [...] É, fazer o bem! [...] Eu fiz um pacto com Deus, que o meu ministério ia ser o meu trabalho, que eu ia atender o meu paciente como se fosse alguém... do jeito que eu gostaria de ser atendido. [...] eu gosto de ajudar naquilo que é possível. [...] A questão da prevenção, sempre que eu faço a prevenção eu desenho, passo uma caneta

bem colorida para chamar atenção aí, lá nas tantas eu boto assim: ideal avaliação patologia cervical, por exemplo. Porque aí, quando ela vem para médica para mostrar o exame, ela encaminha. Ela vê aquele meu aviso ali (Trab 8).

Eu coloquei o que eu estou conseguindo fazer dentro das minhas consultas, que eu tenho certeza [...] estou me dando 100% [...] Então, o que eu consigo fazer é o acolhimento, é, os pacientes que eu atendo eu consigo passar segurança que para eles, naquela consulta, no atendimento, eu me sinto com vínculo com aquela população, então, assim, o paciente que eu encaminho pra o hospital eu digo: 'volte aqui para me dizer o que aconteceu! Volte aqui para me disser se deu certo! (Trab 2).

Os achados fortalecem a ideia de Merhy (2007) que defende que o modo de organização e produção de um modelo de atenção à saúde é influenciado pelo próprio trabalhador que opera neste contexto. Nesta perspectiva, Franco e Merhy (2007) afirmam que, assim como os aspectos normativos e políticos configuram a estrutura e organização dos serviços de saúde, estes também são perfilados pelo modo de produção do cuidado em saúde operados pelos trabalhadores e suas tecnologias.

Destaca-se, ainda, o fato de que as práticas de cuidado destes sujeitos tinham **influenciado para o viver saudável da comunidade**. Assim, os sentidos do trabalho na ESF também traduziram a compreensão de que estavam a se produzir práticas comprometidas com a dimensão humana do usuário, o que faz sublimar as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho.

[...] E aí eu resolvi botar todo mundo feliz, eu botei todo mundo sorrindo. E é assim que eu vejo, por incrível que pareça com o que eu digo que eu sofro, mas é assim que eu vejo! (Trab 1).

[...] Eu acho que nosso trabalho faz transformar, promover mudanças e eu acho muito importante. Mudança de atitude, de comportamento [...] Pequenas coisinhas, assim, que você vê, assim, vê a pessoa conseguindo mudar de atitude, em relação à questão da higiene, com relação à água de beber, à alimentação, ao cuidado com o bebê, à amamentação [...] (Trab 1).

Esses dados dialogam com os achados de Mendonça (2009) que considera a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde como resultados positivos da ESF. Neste estudo, os trabalhadores perceberam a contribuição da ESF a partir da relação de cuidado que estabeleciam com usuários através da qual estes eram mobilizados a acessar recursos preventivos internos ou externos. Neste sentido, Tesser e Sousa (2012) afirmam que a superação da hegemonia nas práticas medicalizadas de cuidado em saúde se efetivará com a valorização dos sujeitos, saberes e práticas de cuidado e estímulo à autocura. Xavier *et al.* (2008) assinalam a adesão à ESF como efeito protetor para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares em pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, o que sugere melhor controle dos fatores de risco modificáveis.

Limites na produção do trabalho na Estratégia Saúde da Família

A ESF foi destacada, neste estudo, como produtora de avanços para saúde da comunidade, ademais também foram lembrados os **limites que demarcam seu percurso** e comprometem este intento. Os trabalhadores revelaram percepções acerca dos desafios da ESF a partir das dificuldades enfrentadas na produção do próprio trabalho, ou seja, o cuidado em saúde, e apontaram, de forma explícita, questões de caráter predominantemente estrutural no âmbito da macropolítica (Gráfico 1) e, de modo implícito, aspectos relacionados à micropolítica que permeiam o cotidiano na ESF.

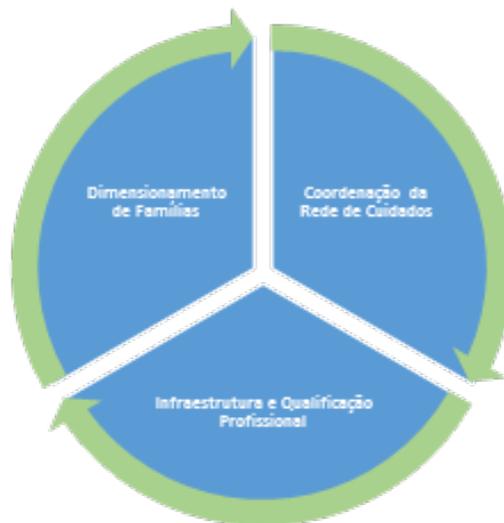


Gráfico 1 – Representação gráfica das dimensões percebidas pelos trabalhadores na demarcação de limites da Estratégia Saúde da Família. Maracanaú/CE, 2014

Fonte: Elaboração dos autores

Os trabalhadores revelaram percepção de que a ESF tem projeto admirável de (re)organização do sistema de saúde, no qual convergiriam práticas multidisciplinares de caráter preventivo e promoção à saúde, com territórios, populações e equipes de referência bem definidas.

Eu ainda coloquei uma linha, assim, que seria o crescimento, o sucesso do PSF. Ele começou numa linha crescente, sempre crescente e chegou num momento de estabilidade [na verdade a curva no gráfico faz um declive] e, eu acho que se a gente não tomar cuidado, ele vai começar a chegar num momento de queda, principalmente no sucesso, na qualidade, não pelo programa em si, o programa está muito bem estruturado, mas pelas condições da gente colocá-lo em prática e pela população que está cada vez mais consciente dos seus direitos e cobram eles [...] (Trab 2).

Apesar de ressaltar no discurso “se a gente não tomar cuidado, ele [o PSF] vai começar a chegar num momento de queda”, o que expressaria sentido de implicação do trabalhador com o enfrentamento dos desafios vividos na ESF para impactar na melhoria das condições de vida da comunidade, cabe afirmar que esta percepção é, por vezes, interpretada por um olhar de quem se coloca de fora, o que pode ser evidenciado quando os sujeitos reduzem a problemática ao elevado número de famílias por equipe. Neste sentido, apontam declive na trajetória, ocasionado pela deficiente estrutura sobre a qual se organiza e é implementada, destacando o **dimensionamento de famílias por Equipe de SF**.

Tudo isso, eu acho que passa pela estrutura, porque eu acho que se a gente tivesse um número “x” de famílias. Porque, se eu pudesse chegar, fazer o acolhimento, ter aquele momento com o paciente, eu acho que isso diminuiria, diminuiria tudo isso [se refere à problemática apresentada no grupo na relação usuários e trabalhadores de saúde] (Trab 8).

Os trabalhadores denunciaram o quantitativo de famílias adscritas à Equipe de SF como superior ao definido pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) e perceberam este dado como fator que dificulta o acesso das mesmas ao atendimento, comprometendo a ESF. Esta questão reapareceu nos discursos dos sujeitos repetidamente como aspecto limitante para produzir as mudanças desejadas no modelo de atenção à saúde vigente, em que o acesso e a resolutividade do caso fossem garantidas. Aliadas a isto, ressaltaram o fato de que os usuários detêm mais clareza quanto ao direito à saúde, tornando-os clientes exigentes por serviços de qualidade e tencionando a sua relação com estes.

[...] as fichas nunca eram suficientes para necessidade da população porque a população está muito maior do que àquela que a gente consegue dar conta. Eu acho que o acesso está prejudicado, a resolutividade fica... (Trab 2).

Eles [os pacientes] gostam de julgar o profissional. Porque ali [na Unidade Básica de Saúde] eles veem a gente como se a gente fosse assim, máquina [...] eu sei que a gente tem que priorizar o usuário, mas priorizar o usuário não é desrespeitar o profissional (Trab 5).

Ao mesmo tempo em que reconheceram a ESF como possibilidade inovadora no cuidado em saúde, os trabalhadores encapsularam este ideário, conferindo caráter estático de um modelo inflexível na configuração das práticas de saúde potentes para provocar as mudanças necessárias no modo de produção do cuidado nestes serviços. Portanto, critica-se a existência de atendimento à demanda não agendada, bem como a incorporação de novas atividades às ações programáticas estabelecidas na implantação do programa.

Quem é pronto-atendimento é o hospital. Ai, o PSF [...] é cheio de novas coisas para encaixar, daqui a pouco, vamos fazer parto, porque se a pessoa parir ali, eu vou ter que saber (Trab 1).

A fala pode traduzir a ideia de que a **ESF trata-se de um projeto fechado**, definido *a priori*, no qual devem ser operadas ações programáticas de saúde que devem regular a demanda dos usuários no serviço de saúde. Esta concepção está pautada na proposta de implantação da ESF enquanto Programa Saúde da Família, na década de 1990, quando agregou ações programáticas de saúde, ou seja, um conjunto de programas verticais que propunham o atendimento de usuários portadores de patologias epidemiologicamente definidas conforme prevalência e magnitude tais como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase, além do acompanhamento de mulheres em programas de atenção à saúde sexual e reprodutiva e crescimento e desenvolvimento infantil.

Franco e Merhy (2007), refletindo sobre a ESF e suas contradições no modo de produção, destacam que as práticas organizativas da UBS centrada no cronograma de atendimentos comprometem o vínculo entre o serviço e os usuários, bem como sua capacidade de produzir o cuidado quando os usuários mais necessitam. Logo, tal compreensão se constitui como questão limitante do potencial de cuidado da ESF.

A proposta de que a ESF se constitua como **coordenadora das redes de atenção à saúde**, configurando-se como primeiro contato dos usuários com a rede de serviços de saúde do SUS, de onde são referenciados para serviços especializados e a ela retornem para seguimento do tratamento (MENDES, 2012; BRASIL, 2012), foi percebida como outro desafio pelos sujeitos deste estudo. Isto se deve ao fato de que o sistema de saúde não conseguir garantir ao usuário um traçado que demonstre a continuidade do cuidado na rede de serviços.

[...] eles [os pacientes] têm dificuldade de marcar consultas e exames especializados (Trab 2).

Eu faço Atenção Secundária porque eu estudo, porque eu tenho responsabilidade com meus pacientes (Trab 1).

Portanto, o acesso do usuário à rede de serviços de saúde ainda está limitado à porta de entrada que se constitui, em si, como primeiro contato e única alternativa para atender as suas necessidades de saúde, comprometendo a resolubilidade. Afirmam, ainda, que quando se consegue atendimento especializado, não há comunicação de contrarreferência para UBS, comprometendo o seguimento do usuário.

A contrarreferência que nunca vem (Trab 1).

Para Testa (1992), nos sistemas de saúde, em que não foi possível estabelecer redes de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados, com adequado processo de referência e contrarreferência, a atenção primária à saúde se expressa como serviço que denominou de “atenção primitiva de saúde”, caracterizada pela qualidade questionável e baixa resolutividade. Machado, Colomé e Beck (2011) reafirmam esta questão como problemática que compromete a integralidade da

atenção à saúde a que se propõe a ESF, por dificultar a continuidade do acompanhamento do usuário na rede de serviços de saúde.

Outro aspecto percebido pelos sujeitos como grande desafio para ESF esteve relacionado à **estrutura deficiente** devido à carência de materiais e equipamentos, além da insuficiência de pessoal de apoio que atuava na UBS, para além da Equipe de SF. Assim, a problemática a ser enfrentada para que a ESF se afirmasse como reorientadora do modelo de atenção à saúde, no âmbito da rede básica no SUS, concentrava-se em torno da questão estrutural.

A gente só tem uma autoclave para duas unidades, aí tem que lavar o material, a gente explica, mas eles [os pacientes] não entendem [...] (Trab 5).

[...] Se você tivesse uma estrutura física e de pessoal adequado [...] tinha que ter esse apoio, mas isso não é o que acontece [...] Eu tenho que marcar minha agenda, eu tenho que fazer reuniões para motivar os funcionários, eu tenho que fazer o acolhimento, tudo eu! Então, eu acho que falta estrutura (Trab 8).

A **insuficiente qualificação dos trabalhadores**, especialmente daqueles que atuam na coordenação da unidade e recepção dos usuários, constitui-se como outro importante elemento danoso à ESF, na avaliação dos participantes deste estudo. Segundo estes, o sistema de recrutamento e seleção de pessoal é relegado a interesses eleitoreiros que comprometem a contratação a partir de critérios de competência e repercute no desempenho insatisfatório das atribuições inerentes ao cargo e consequente sobrecarga de trabalho nos demais componentes do grupo.

Mas, a questão que eu vejo é o despreparo. [...] não tinha ninguém preparado para acolher o paciente porque o SAME é a porta de entrada, então, se o SAME não está preparado... [...] O que está faltando é pessoas preparadas na Unidade de Saúde, [...] Então, a gente fala: gestante não pode perder consulta no mês! Tem que ter consulta no mês! Aí, chega ao SAME e o SAME diz: “Tem vaga não! Só tem vaga para daqui a dois meses”. [...] a coordenação da unidade tinha que fazer reuniões mensais ou quinzenais para que a gente trabalhasse junto, tinha que ter esse apoio, mas isso não é o que acontece! Mas, é a enfermeira, é a médica, é a dentista, aí o resto se não for preparado, a gente tem que se virar! Eu tenho que marcar minha agenda, eu tenho que fazer reuniões para motivar os funcionários, eu tenho que fazer o acolhimento, tudo eu, eu, eu, é assim... (Trab 8).

[...] infelizmente, eu sou subordinada de um nível médio e isso não aflige o meu ego, o meu orgulho por isso. Mas, o que me aflige é que essa coordenação perdida que atrapalha o meu serviço, atrapalha o serviço do Posto (Trab 6).

Aí é que entra a questão da política. Foi o vereador tal que indicou, aí eu posso fazer o que quiser (Trab 3).

A precarização do vínculo e qualificação para o trabalho na ESF é tratada na literatura com enfoque nos profissionais de nível superior que compõem a Equipe de SF, relegando a segundo plano os demais trabalhadores que assumem funções de apoio à assistência prestada aos usuários – auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes administrativos de recepção, operadores de agendamento eletrônico, dentre outros – o que fragiliza a discussão sobre estes, apesar de ocuparem a linha de frente dos serviços de saúde.

Desse modo, estudos de base nacional, realizados por Seidl *et al.* (2012) e Girardi *et al.* (2010) apontam que, apesar dos avanços, a precarização do trabalho na ESF constitui-se como problemática importante na maior parte dos municípios brasileiros, mas não fazem referência aos trabalhadores de nível médio que não sejam agentes comunitários de saúde ou auxiliares de enfermagem. Campos *et al.* (2012) também fazem referência à inadequada política de pessoal como grande desafio do SUS, o que compromete os processos de trabalho e desqualifica o acesso e acolhimento, diretrizes imprescindíveis para legitimar a ESF como reorientadora dos modos de produção no SUS.

Além da deficiente qualificação da equipe de apoio e coordenadores da UBS, outro aspecto percebido pelos sujeitos relacionado ao perfil do profissional está nas habilidades deficientes para o trabalho, o que se constitui como fundamental para efetivação de um novo modo de produção do cuidado em saúde.

[...] O nosso médico, infelizmente, ele não quer trabalhar de equipe. Ele é assim, ele é lá na dele, faz a parte dele, é “equipe”, pronto! (Trab 3).

[...] A médica? Infelizmente, não tínhamos uma médica, aí ela não estava nem aí. [...] (Trab 7).

[...] Nós dentistas, somos deixados de lado, por quê? Porque a equipe acha que a equipe é enfermeira e médico. Aí, o dentista não é chamado quando tem encontro de nada. Às vezes, nós, atendemos todos os grupos que o médico atende, então eu tenho o direito de saber qual é o dia da hipertensão, o dia da hanseníase e assim vai... para poder também se programar [...] eu sou dentista, mas eu sou profissional de saúde (Trab 7).

Peduzzi (2001;2010) define duas modalidades de trabalho em equipe: por integração e por agrupamento, sendo este último composto por diferentes trabalhadores que não se articulam entre si e nem suas práticas, sendo as atividades produzidas de modo fragmentado, o que se reverbera na fragilização do cuidado em saúde. Corroborando este achado, Kell e Shimizu (2010), estudando o desenvolvimento do trabalho em equipe na ESF, identificaram equipe por agrupamento, em que o processo de trabalho ocorre de forma seriada, caracterizado pelo distanciamento na realização de suas funções. Neste estudo, esta questão foi pautada de forma clara pelos participantes como limitação da ESF.

Considerações Finais

Percebeu-se, portanto, que em diversos momentos, os desafios enfrentados pela ESF, na percepção dos trabalhadores, estiveram localizados em um território sobre o qual não tinham governabilidade para intervir, eram de uma dimensão externa à produção do trabalho. Nesta perspectiva, os trabalhadores revelaram sentimento de impotência diante dos desafios da incompatibilidade no dimensionamento populacional com a Equipe de SF, na deficiente coordenação do cuidado na rede de saúde, na escassez de equipamentos e insumos nas unidades básicas de saúde, na inadequação nos processos de recrutamento e seleção de pessoal para ESF, na insuficiente qualificação dos trabalhadores e gestores que nela atuam. Os sujeitos também reconheceram, em uma perspectiva macropolítica, que a ESF possibilitou a ampliação do acesso aos serviços de saúde, bem como a abertura de espaços de lutas para melhoria das condições de vida da comunidade.

Entretanto, este estudo traz à tona questões que merecem ser aprofundadas a partir de um olhar para o entremeio dos processos produtivos que se operam na ESF, uma vez que limites e possibilidades foram apontados nas falas dos trabalhadores, os quais deram pistas de que esta dualidade também era produzida por eles. Destaca-se, aqui, a configuração fragilizada e fragmentada do trabalho em equipe, bem como na concepção cartesiana da ESF ao considerá-la um projeto *a priori*, ou seja, sem a plasticidade necessária para atender, de forma contemporânea e contextualizada, às necessidades dos usuários. Além das fragilidades, os trabalhadores foram reconhecendo que também eram sujeitos de processos de mudanças, a partir dos quais produziam modos de cuidar, destacando, neste sentido, possibilidades da ESF a partir do envolvimento com o projeto de fortalecimento do SUS.

Referências

AGUIAR, Z. N. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil. In: AGUIAR, Z.N. (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011, p.15-40.

ASSIS, M.M.A. *et al.* Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família de um município da região nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: ASSIS, M.M.A. *et al.* (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010b, p.39-58.

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

_____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <[HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 17 mar. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466/2012. **Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRAZ, J.C. *et al.* A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 4, p. 416-423, 2013.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.29-88.

CECÍLIO, L.C. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.37, p.589-599, 2011.

COSTA, G. D. da *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Org.). **Modelos de atenção à saúde e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.43-67.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E *et al.* (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva – 4ª ed.** – São Paulo: Hucitec, 2007, p.55-124.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho** (Internet). Disponível em: <[HTTP://www.uff.br/saude-coletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf](http://www.uff.br/saude-coletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____; PANIZZI, M.; FOSCHIERA, M. **O “Acolher Chapecó” e a Mudança no Processo de Trabalho no Programa Saúde da Família (PSF)** (Internet). Disponível em: <[HTTP://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/acolher_chapeco_exp_mudanca_do_proc_trabalho_tulio_franco_et_al.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/acolher_chapeco_exp_mudanca_do_proc_trabalho_tulio_franco_et_al.pdf)>. Acesso em: 15 nov.2012.

_____. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2009, p.19-44.

FERREIRA, V.S.C.; ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B. Cartografia do Trabalho do Enfermeiro na ESF de Itabuna, Bahia. In: FRANCO, T.B.; ANDRADE, C.S.; FERREIRA, V.S.C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 79-102.

GIRARDI, S. *et al.* O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas da Estratégia Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 45, p.11-23, 2010.

GOMES, R. A Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade – 28ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, p.79-108.

GOMES, A.M.T.; CABRAL, I.E. Ocultamento e silenciamento familiares no cuidado à criança em terapia antiretroviral. *Rev Bras Enferm.*, v.63, n. 5, p. 719-726, 2010.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, suppl.1, p. 1533-1541, 2010.

KRUG, S.B.F. *et al.* O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Texto & Contextos** Porto Alegre, v.9, n.1, p.77-88, 2010.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.7, p.1370-1380, 2013.

MACHADO, L.M.; COLOMÉ, J.S.; BECK, C.L.C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência : um desafio a ser enfrentado. **Rev. Enferm. UFSM**, v.1, n.1, p.31-40, 2011.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; VIANA, L.D. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 24, suppl 1, p.42-57, 2008.

MARQUIEVIZ, J. *et al.* A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p. 265-271, 2013.

MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciênc Saúde Coletiva**, n. 14, suppl. 1, p.1493-1497, 2009.

MENDES, E. V. A Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde. In: BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OMS, 2012, p.55-69.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. – São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S. Técnicas de Análise do Material Qualitativo. In: MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 303-360.

- MORAIS, I.F. *et al.* O que mudou nos serviços de Saúde da Família. **Rev. Rene**, v.13, n.2, p.291-299, 2012.
- ORLANDI, E.P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. Campinas: Pontes, 2002, 189p.
- PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.
- _____. Trabalho em Equipe e Processo Grupal. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p.108-124.
- PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 2, p.294-299, 2009.
- RANGEL, R.F. *et al.* Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm**, v.16, n.3, p.498-504, 2011.
- RODRIGUES, C. R. F. Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. In: AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011, p.115-134.
- ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.13, n.6, p. 1027-1034, 2005.
- SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, suppl.1, p. 1325-1335, 2009.
- SOUSA, E.C.F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, n.24, supl 1, p.100-110, 2008.
- TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B. *et al.* (Orgs.) **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.76-87.
- TESSER, C.D.; SOUSA, J.M.C. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde Sociedade**, v.21, n. 2, p.336-350, 2012.
- TESTA, M.. Atenção Primária (ou primitiva) de Saúde? In: _____. **Pensar em Saúde**. Traduzido por Walkiria Maria Franke Settineri, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p.160-174.
- XAVIER, A.J. *et al.* Tempo de adesão à Estratégia Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, p.1543-1551, 2008.

19.

Operacionalização do PMAQ-AB na Perspectiva dos Gestores e Trabalhadores numa Região de Saúde do Ceará

Ediléia Marcela Dutra

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

José Maria Ximenes Guimarães

Maria Socorro de Araújo Dias

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira

Introdução

Ao se analisar a história das políticas de saúde no Brasil, percebe-se que esta é permeada por avanços e retrocessos. Sem dúvida, a principal conquista foi a implantação do SUS na Constituição de 1988 e a definição da atenção básica como principal meio para promover o acesso universal da população aos serviços de saúde com qualidade.

No Brasil, o desenvolvimento da atenção básica à saúde foi impulsionado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), lançada pelo MS, em 1994, inicialmente com o nome de Programa Saúde da Família (PSF). A ESF desenvolve-se com uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011a).

A implantação da ESF tem implicado uma apreciável ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e um significativo incremento das atividades preventivas em favor dos grupos sociais que estão em maior risco de adoecer e morrer (SERAPIONE e SILVA, 2011).

Apesar desses avanços, entretanto, o problema da qualidade dos serviços de atenção básica prestados à comunidade ainda representa um aspecto crítico. Com efeito, surge à necessidade do desenvolvimento e implementação de processos avaliativos na atenção básica.

A avaliação definida como atividade que consiste fundamentalmente em emitir juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, permite que os distintos agentes envolvidos estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam constituir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Sua institucionalização, em todos os níveis do sistema de saúde, é importante para desenvolver uma cultura de reflexão sobre as ações realizadas, com suporte em informações fornecidas, levando a um processo decisório baseado em evidências comprovadas (BODSTEIN, 2009).

Sua aplicação, no entanto, é realizada de forma incipiente nos serviços de saúde, revelando-se isolada das práticas de saúde, pois não se disseminou como meio para a apropriação e o acompanhamento de problemas nas unidades de saúde como também para intervir na organização dos serviços e das práticas em saúde (ALMEIDA e MELO, 2010).

Reconhecendo a necessidade da institucionalização dos processos avaliativos como eixo central de melhoria da atenção básica, o MS empreende esforços na tentativa de qualificar a atenção no SUS. Em 2011, criou o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ está dividido em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização, que se complementam e conformam um ciclo contínuo para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011b).

As estratégias de desenvolvimento do PMAQ, denominadas autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, são propostas como táticas de indução aos processos de melhoria e aperfeiçoamento das ações, capazes de deflagrar movimentos de mudança concreta entre os atores envolvidos, sejam estes gestores, profissionais de saúde e comunidade (BRASIL, 2011b).

Ante o exposto, considerando o PMAQ um programa recente, que concluiu o primeiro ciclo avaliativo, é necessário incorporar a escuta dos agentes atores envolvidos como meio para promover adequações, direcionamentos e melhorias no programa. Uma forma de promover essa escuta é dar a oportunidade aos gestores e trabalhadores que vivenciaram esse processo de externar suas percepções sobre o PMAQ, expondo suas opiniões, expectativas e dificuldades.

Com efeito, configurou-se como objeto desta pesquisa a operacionalização do PMAQ no âmbito da região de saúde de Acaraú, na perspectiva dos agentes implicados nesse processo avaliativo.

Este estudo teve como objetivo analisar a operacionalização do primeiro ciclo do PMAQ no âmbito dos municípios que compõem a 12ª região de saúde – Acaraú, no Estado do Ceará, na perspectiva dos gestores municipais da atenção básica e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no período de março de 2013 a abril de 2014.

A pesquisa foi realizada no âmbito dos municípios que compõem a 12ª região de saúde-Acaraú, constituída pelos municípios de Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco e Morrinhos.

Os sujeitos da pesquisa foram cinco secretários municipais de saúde, sete coordenadores municipais de atenção básica e 14 trabalhadores das equipes da ESF que aderiram ao PMAQ no primeiro ciclo avaliativo, totalizando 26 sujeitos.

Os sujeitos foram caracterizados de acordo com o sexo, a idade, formação e tempo de atuação na Atenção Básica, e observamos que a idade dos sujeitos variou de 26 a 54 anos e que a maioria, 20 dos 26 sujeitos, era do sexo feminino. Relativamente à formação dos sujeitos, a maioria, 23 dos 26 sujeitos, eram enfermeiros, dois eram pedagogos e um era terapeuta ocupacional. Quanto ao tempo de atuação na atenção básica, este variou de dois a 27 anos. Os sujeitos foram caracterizados, ainda, de acordo com as iniciais do grupo que representam e, em seguida, enumerados.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, aplicada por nós junto aos sujeitos da pesquisa, individualmente, previamente agendada de acordo com a disponibilidade destes. Foi solicitada autorização para gravação de áudio. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 34 minutos.

Para procedermos à análise dos dados, adotamos a análise de conteúdo, conforme proposta por Minayo (2010), com ênfase em eixos temáticos.

O primeiro contato com os dados brutos da pesquisa se iniciou pela transcrição literal e leitura geral das entrevistas. Posteriormente procedemos à organização dos dados contemplados nas entrevistas em diferentes conjuntos de acordo com o grupo de sujeitos a qual pertencia.

Procedemos à leitura flutuante e exaustiva de cada entrevista. Posteriormente, baseado numa adaptação do modelo proposto por Assis *et al.* (1998), os discursos foram recortados e dispostos em quadros construídos com o objetivo de sistematizar a síntese dos discursos. Para cada grupo de entrevistados foi elaborado um quadro como apresentado no modelo abaixo:

Quadro 1 – Discursos dos gestores e trabalhadores da atenção básica

Núcleos de sentido	Núcleos de sentido 1	Núcleos de sentido 2 (...)	Síntese Vertical
Entrevista 1			
Entrevista 2(...)			
Entrevista 5			
Síntese Horizontal			

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Após essa operação, realizamos a leitura dos conteúdos possibilitando a construção das sínteses verticais e horizontais dos discursos em cada núcleo de sentido. Em seguida, agrupamos as sínteses horizontais de cada grupo de sujeito em um quadro e realizamos novamente a leitura dos conteúdos, a partir da qual elaboramos a síntese geral dos discursos dos sujeitos (grupo 1 – secretários municipais de saúde; grupo 2- coordenadores da atenção básica; e, grupo 3 – trabalhadores da ESF), conforme o quadro a seguir:

Quadro 2 – Discursos dos gestores e trabalhadores da atenção básica por núcleo de sentido

Núcleos de sentido	Núcleos de sentido 1	Núcleos de sentido 2 (...)
Grupo 1		
Grupo 2		
Grupo 3		
Síntese Horizontal		

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

A elaboração desta síntese possibilitou confrontarmos os núcleos de sentido entre os grupos de sujeitos da pesquisa e a construção das categorias empíricas, com base nas convergências, divergências, diferenças e complementaridades, caracterizando o sentido das representações dos discursos sobre o objeto de estudo com direcionamento para sistematizar a análise.

A análise dos dados foi realizada tendo como referência as categorias empíricas que emergiram dos discursos. Neste sentido, com apoio no material das entrevistadas, buscamos compreendê-las, articulando-as com o referencial teórico e nossa experiência sobre o objeto de estudo.

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e o início da coleta de dados foi condicionado à autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), que se deu em outubro de 2013, por meio do parecer de número 419.031.

Apresentação e Discussão dos Resultados

O caminho metodológico adotado permitiu uma aproximação com os significados das falas dos sujeitos, possibilitando desvelar os núcleos de sentidos. Emergiram das falas seis núcleos de sentido, a saber: percepção sobre o PMAQ, finalidades do PMAQ, facilidades durante a implementação do PMAQ, dificuldades durante a implementação do PMAQ, críticas ao PMAQ e contribuições do PMAQ.

Com base nesses núcleos de sentido, foram construídas três categorias empíricas:

Do que trata o PMAQ? Percepção de gestores e trabalhadores da atenção básica;

Da adesão a implementação do PMAQ: potencialidades, limites e desafios;

Contribuições do PMAQ na perspectiva dos gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

Para fins deste capítulo de livro, iremos nos deter a apresentar a categoria empírica: Da adesão a implementação do PMAQ: potencialidades, limites e desafios.

Nesta categoria, analisamos o processo de implantação do PMAQ na perspectiva dos gestores e trabalhadores da ESF. Emergiram das falas dos sujeitos

três núcleos de sentido, que nos remetem a dificuldades durante a implantação do PMAQ, dificuldades vivenciadas durante a implementação do programa e críticas ao PMAQ. Estes núcleos de sentido subsidiaram a construção desta categoria empírica, analisada a seguir.

Questionados sobre como se deu cada uma das fases do PMAQ, alguns dos sujeitos iniciaram seus discursos relatando como havia sido o contato inicial com o programa. Esse contato, salvo um dos gestores que afirmou ter sido diretamente no *site* do Departamento da Atenção Básica (DAB), se deu por meio da Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), também conhecida como “regional de saúde”. Segundo os sujeitos do estudo, esse contato se deu por ocasião de reunião para discutir e socializar informações sobre o programa. A seguir, trazemos a fala que nos relata essas informações:

O nosso primeiro contato com o programa foi através da regional de saúde, a regional entrou em contato com os municípios, fez a reunião, falou o que era o programa, que existiam quatro etapas, né (C3).

Partindo do exposto, inferimos que a atuação da “regional de saúde” contribuiu para a sensibilização dos gestores municipais, que, posteriormente, implantaram o PMAQ nos municípios. Ressaltamos, no entanto, que esses momentos se limitaram aos gestores, cabendo a estes agentes a sensibilização dos trabalhadores de saúde.

No referente à adesão das equipes, era recomendado pelo programa que houvesse um processo de negociação e pactuação entre a gestão e os trabalhadores (BRASIL, 2011b). De acordo com os relatos dos sujeitos, enquanto em alguns municípios a adesão foi discutida com os trabalhadores, em outros esse processo não ocorreu, ou aconteceu de forma incipiente. A seguir, trazemos uma fala que evidencia ter havido uma discussão com os trabalhadores acerca da adesão ao programa:

Tivemos uma reunião com as equipes para apresentar o PMAQ e apresentar como seria essa estratégia, a gente discutiu com as equipes e procurou saber quem é que tinha interesse em estar participando desse programa. [...] não foi aquele negócio de cima pra baixo não, a gente dialogou e pactuou com as equipes do PSF (C2).

O caráter voluntário da adesão é associado à ideia de que as mudanças nas práticas e, conseqüentemente, na qualificação do serviço só podem ser concretizadas em ambientes nos quais trabalhadores e gestores se sintam motivados e se percebam essenciais para o seu êxito (BRASIL, 2011b).

Com efeito, inferimos a ideia de que ter promovido essa discussão com os trabalhadores, abrindo espaço para que decidissem em aderir ao PMAQ, é uma atitude que pode ter sido um diferencial para a participação e mobilização destes atores, conformando-se em um elemento que potencializa a implementação do programa nos municípios.

Por outro lado, naqueles municípios onde a adesão sucedeu de forma centralizada na gestão, isso pode ter sido um fator limitante à participação dos trabalha-

dores, podendo ainda refletir de forma desfavorável no seu desempenho durante a implementação do programa porque, como nos expressa Lopes (2013), desmobiliza e enfraquece a autonomia e a responsabilidade atribuída aos trabalhadores participantes do PMAQ. A fala abaixo indica um processo de adesão verticalizado:

Não foi questionado se a gente queria ou não, simplesmente nos inscreveram, alguns PSFs foram selecionados e outros não. E o meu na época foi contemplado. Então depois que foi contemplado é que nós fomos comunicados e aí basicamente a gente foi obrigada a aceitar (T3).

Findada a fase de adesão, ocorreu a fase de desenvolvimento do PMAQ. Durante esse período, sucedeu a implementação das ações com vistas às mudanças necessárias à melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011b).

A fase de desenvolvimento se iniciou pela autoavaliação das equipes. A discussão dos padrões da autoavaliação evidenciou as fragilidades da atenção básica, levando as equipes a planejar intervenções com a finalidade de superar esses problemas. De acordo com os sujeitos, praticar o que tinham planejado foi um desafio, em que uma das principais dificuldades vivenciadas pela equipe se relaciona com a adequação da UBS de acordo com os padrões recomendados pelo PMAQ. Trazemos a seguir, a fala que subsidia essa inferência:

A maior dificuldade foi que lá pede para ter uma estrutura x na unidade e às vezes a estrutura é precária, lá pede para ter insumos, por exemplo, a gente teria que atender emergência hipertensiva, [...] só que as nossas unidades de saúde não tinham a mínima estrutura para atender, fazer pequenas cirurgias a gente teria que fazer na própria unidade básica de saúde, só que na realidade isso não acontece pela falta de estrutura (T2).

Ante o exposto, entendemos que, para a adequação das UBS e aquisição de equipamentos, se faz necessário um aporte considerável de recursos financeiros. Ademais, se considerarmos a morosidade nos processos licitatórios e o tempo que os gestores municipais dispunham, compreendemos que essas mudanças eram de fato difíceis de sanar. Evidenciamos, no entanto, que a existência de condições problemáticas na infraestrutura das UBS dificulta as ações da equipe, sendo necessária a priorização da resolução desses problemas.

Para os sujeitos, promover a reorganização do processo de trabalho que o PMAQ exigia também foi um desafio para as equipes, consoante é depreensível da fala:

A dificuldade foi a organização mesmo do serviço por que tinha muitas coisas que a gente não tinha e a gente teve que conseguir a partir dessa autoavaliação [...] (T13).

Com efeito, entendemos que o expresso pelas equipes como dificuldade foi fruto do esforço das equipes em reorganizar o seu processo de trabalho. Neste sentido, inferimos a ideia de que esses esforços foram positivos e benéficos para a atenção básica no sentido de que os sujeitos estavam tentando superar os problemas encontrados no seu processo de trabalho.

O PMAQ também adotou o monitoramento de indicadores da atenção básica como dispositivo para ampliar a capacidade de identificação de problemas, dar ênfase para os resultados e apontar para a necessidade de estratégias de intervenção (BRASIL, 2011b).

De acordo com os depoimentos dos sujeitos, a gestão adotou várias estratégias para realizar o monitoramento dos indicadores, como: disponibilização de série histórica dos indicadores, reuniões mensais com as equipes e oficinas de monitoramento. A seguir trazemos as falas que descrevem estas estratégias:

[...] a gente se preocupou em fazer o que, em disponibilizar pra cada equipe naquele momento a série histórica da sua equipe [...] (C1).

Fazíamos reuniões mensais internas com os técnicos, enfermeiros, médicos e técnicos para avaliar o trabalho deles [...] (C7).

A gente teve oficinas de monitoramento dos indicadores (T2).

Destacamos aqui a postura de apoio e a proatividade dos coordenadores da atenção básica, atuando como facilitadores desses momentos junto aos trabalhadores. Estas características dos coordenadores contribuem para a adoção do monitoramento como ferramenta de trabalho das equipes da ESF, assim como para a implementação de outros dispositivos propostos pelo PMAQ, como a autoavaliação, o apoio institucional e a educação permanente.

É oportuno esclarecer que, no contexto deste estudo, a condução do PMAQ e o papel de apoiador institucional foram delegados ao coordenador da atenção básica, cabendo ao gestor municipal acompanhar o programa, como observamos a seguir:

Eu sempre tenho uma equipe pra cuidar disso. Então no caso, quem cuidou da parte da adesão foi mais a minha equipe, eu fui só tomando ciência nas reuniões com a equipe de como era o andamento [...] (S5).

Esta situação ocorre rotineiramente nos municípios, sendo considerado um fato comum, porquanto ao gestor municipal de saúde compete, além da atenção básica, conduzir as outras áreas técnicas da saúde. Não decorreu desta atribuição, no entanto, um redimensionamento dos recursos humanos, e considerando que, na realidade deste estudo, os municípios possuem apenas um coordenador da atenção, de acordo com os sujeitos, o PMAQ representou uma sobrecarga de trabalho para estes atores. Verificamos isso na leitura desta fala:

Em relação à educação permanente a gente não tinha uma equipe certa, as coisas eram mais centralizadas na coordenação da atenção básica, então eu ia fazendo o que dava (C2).

Partindo do exposto, considerando o coordenador da atenção básica um ator-chave na implementação do PMAQ em âmbito municipal, inferimos que a so-

brecarga de trabalho foi um fator limitante a sua atuação ante o desenvolvimento do programa no município, fragilizando o apoio institucional e a educação permanente. A fala a seguir evidencia o que discutimos:

Não houve acompanhamento externo, por exemplo, da secretaria está avaliando se a gente tava desenvolvendo a ação ou não, aquilo ia ser uma obrigação nossa, ia ser responsabilidade nossa, então se a equipe iria desenvolver ou não aquilo ia ser responsabilidade da equipe (T3).

Em relação ao apoio institucional do Ministério da Saúde e da Coordenação Estadual da Atenção Básica para a gestão municipal da atenção básica, de acordo com os sujeitos deste estudo, esse apoio também existiu, no entanto, foi insuficiente para atender as necessidades dos atores locais. A seguir, a fala que subsidia essa inferência:

Acho que uma dificuldade é a insuficiência de oficinas, treinamentos pro coordenador da atenção básica, por exemplo, para gente saber como orientar e direcionar todo o processo de desenvolvimento desse PMAQ (C2).

Com base nesses depoimentos, entendemos que as fragilidades no apoio desempenhado pelos entes federal e estadual aos municípios foi um fator limitante para o desenvolvimento do programa em âmbito municipal e, conseqüentemente, para o alcance de seus objetivos.

Com base nos depoimentos dos sujeitos, nos parece que a educação permanente ainda não foi efetivada na realidade dos gestores e trabalhadores da atenção básica, ocorrendo de forma incipiente. Eis a fala que converge para essa afirmativa:

Lá esses momentos eram muito escassos, [...] não tinham uma obrigatoriedade, um tempo definido. [...] e geralmente as reuniões elas abrangiam somente aos gerentes [...] (C5).

Observamos, nos discursos, o fato de que, apesar de não estar totalmente instituída nos municípios, a educação permanente é reconhecida por gestores e trabalhadores como dispositivo necessário ao desenvolvimento do trabalho na atenção básica e encontram formas de desenvolvê-la por meio de reuniões e momentos de formação dos trabalhadores, cursos e, ainda, por intermédio do Telessaúde.

Com amparo no exposto, ressaltamos a necessidade de fortalecimento dessa política a fim de transformar as práticas e promover a organização do trabalho na atenção básica. A concretização dessa necessidade configura-se como desafio a ser superado por trabalhadores, principalmente, pelos gestores das três esferas da gestão.

Na terceira fase do PMAQ, os municípios receberam a visita de avaliadores externos, que, por meio de instrumentos padronizados, realizaram o levantamento de informações e verificaram, *in loco*, as condições de acesso e qualidade das equipes de atenção básica (BRASIL, 2011b).

Com base nos depoimentos dos sujeitos deste estudo, compreendemos que a fase da avaliação externa produziu muita expectativa nos gestores e trabalhado-

res, no entanto, essas expectativas não foram plenamente correspondidas. Na opinião dos sujeitos, a metodologia adotada não conseguiu abstrair todas as dimensões da atenção básica, algumas vezes sendo descrita como superficial e alvo de muitas críticas. Eis a fala que nos remete a essa inferência:

[...] eles analisam se a unidade está toda estruturada, se tem os protocolos, se tem a parte de sinalização, se tem placas, isso quer dizer qualidade? Qualidade era se visse tudo isso e o que entra a parte da humanização (S3).

Com base nos relatos dos sujeitos, deduzimos que a avaliação externa ocorreu com predominância da verificação de documentos e de condições das UBS, deixando de lado aspectos importantes da atenção básica como o modo de operar as práticas e a humanização do atendimento, causando, ao que nos parece, um descompasso do que se esperava da avaliação externa em relação ao modo como ocorreu de fato.

Então, se aponta como desafio para os formuladores e condutores do PMAQ elaborar e implementar uma metodologia que logre abstrair as diversas dimensões da atenção básica, assim como acolher as muitas necessidades dos atores locais.

Outro aspecto criticado pelos sujeitos deste estudo se refere à capacidade e preparação dos avaliadores em realizar a avaliação. Aduzimos, então, a fala que nos remete a essa ideia:

A avaliação externa eu tenho um pouco de crítica [...]. Eu esperei até que as pessoas fossem bem mais preparadas [...] tinha avaliadores totalmente despreparados que nem sequer conheciam. Eu acho, tudo bem, não necessariamente precisava ser enfermeiros como é a exigência de saúde bucal, né? Mas alguém que tivesse um conhecimento mínimo (C4).

Após a avaliação externa, gestores e trabalhadores ficaram aguardando a publicação dos resultados do primeiro ciclo do PMAQ. De acordo com os depoimentos dos sujeitos, houve demora na publicação desses resultados. Ademais, estes não foram amplamente divulgados entre os atores, que tiveram acesso apenas à nota da equipe. Na fala a seguir, apresentamos estas afirmações:

Eu fui saber o meu resultado nesse segundo ciclo. Então a gente não soube o porquê que eu tirei 7, não tirei 10 ou não tirei 8, onde foi que eu falhei pra eu tentar me corrigir. Isso a gente não teve, essa foi a grande falha em termos dessa última fase pra gente (T3).

De acordo com Dubeux *et al.* (2010), a comunicação dos resultados de uma avaliação é um fator crucial à sua utilização pelos atores envolvidos. Com amparo nessas ideias, entendemos que a demora na divulgação dos resultados do primeiro ciclo do PMAQ e o acesso apenas à nota da equipe, podem ter limitado a utilização desses resultados pelos atores locais.

Ademais, percebemos, nas falas, a necessidade de um resultado detalhado, revelando os pontos frágeis da equipe com sinalização das possibilidades de melhorias. A existência desta necessidade nos leva à compreensão de que os atores

estão sensíveis à avaliação e a entendem como instrumento para a gestão, como nos dizem Tanaka e Tamaki (2012). Para esses autores, avaliação para a gestão dos serviços de saúde adota por princípio a utilização dos seus resultados no funcionamento destes, subsidiando a tomada de decisão, com vistas à solução dos problemas que estão impedindo o alcance dos objetivos ou dificultam a obtenção de maior impacto na saúde da população.

Em sendo assim, apontamos como desafio ao PMAQ avançar no sentido de dar ênfase aos resultados da avaliação, com vasta divulgação e debate desses resultados, ampliando as possibilidades de seu emprego pelos atores locais com vistas à superação dos problemas que impedem o acesso e reduzem a qualidade da atenção básica.

Durante todas as fases do PMAQ, os trabalhadores e gestores passaram por mudanças na sua dinâmica de trabalho, que, após identificar os problemas e as fragilidades no processo de trabalho e na ambiência das UBS, decidiram atuar sobre esses problemas. As ações necessárias exigiram das pessoas esforço, sendo necessários interesse, motivação e proatividade dos atores envolvidos.

Com base nos depoimentos, a presença desses elementos foi um fator que contribuiu para o desenvolvimento das ações, sendo visto como potencialidade, corroborando o que lecionam Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004 *apud* DUBEUX *et al.*, 2010). Para eles, um dos fatores que interferem na implantação e utilização dos resultados da avaliação é o comprometimento dos atores envolvidos com o programa avaliado. Podemos agora, divisar esse ponto de vista:

[...] e a equipe inteira, não só médico, enfermeiro, mas os funcionários estavam mobilizados, toda a equipe se envolveu, alguns ficavam até com medo de falar alguma coisa e prejudicar a equipe (T11).

Com vistas à motivação dos trabalhadores, de acordo com os sujeitos deste estudo, alguns gestores se comprometeram a dar um incentivo financeiro atrelado ao desempenho da equipe no PMAQ. Conforme os relatos dos sujeitos, no entanto, após a certificação das equipes, grande parte dos gestores não cumpriu esse compromisso, motivo de muitas críticas, como podemos observar na fala a seguir:

Não era justo quem tivesse a frente trabalhar, trabalhar, trabalhar, ter que continuar na assistência, ter que continuar com seus indicadores e ainda ter que trabalhar pra atingir o PMAQ e não receber nada (T3).

Esse fato foi motivo de preocupação dos gestores, que sentiram a resistência dos trabalhadores no momento da recontratualização do segundo ciclo. A seguir, a fala que bem expressa o que debatemos:

Hoje no PMAQ desse ano, teve muitos profissionais que não queriam aderir por conta dessa promessa que não foi cumprida. [...] realmente os profissionais ficaram revoltados porque não receberam (T9).

Então, alertamos para o fato de que a postura adotada pelos gestores no primeiro ciclo do programa frente ao compromisso de gratificar os trabalhadores pelo desempenho alcançado no PMAQ pode interferir de forma negativa para o desenvolvimento futuro do programa, na medida em que pode levar ao descrédito e desmotivação dos trabalhadores. Mais do que isso, observamos a fragilidade desse compromisso, pois, ao que parece, foi um acordo realizado apenas verbalmente, sem nenhuma formalidade.

Outra dificuldade vivenciada pelos sujeitos na fase da recontractualização foi retomar ações implantadas durante o primeiro ciclo, evidenciando que houve uma descontinuidade das ações deflagradas na atenção básica, como observamos a seguir:

A partir do momento que a gente recontractualizou, é como se a gente tivesse que recommear. Aqui a gente implantou todos os protocolos novamente, aqui a gente tá correndo atrás de tudo novamente (C4).

Com assento nos depoimentos, identificamos os fatores que interferiram na continuidade das ações. Entre esses fatores estão: período de eleições municipais, rotatividade dos trabalhadores e da gestão e improvisação das ações:

No primeiro ciclo eu acho que os municípios tentaram fazer tudo improvisado, feito tudo pontual [...] (S3).

Como aconteceram essas mudanças de profissionais eu acho que deu uma parada no processo. Então eu acho que isso aí foi o principal motivo que fez com que o programa ele não tivesse sido dado continuidade (C1).

[...] como foi um ano político, como era o último ano de gestão, houve troca de gestão, aconteceu troca de profissional. Então o processo ele não teve continuidade (C2).

Como discutimos, esses fatores comprometeram a continuidade das ações implantadas durante o primeiro ciclo, limitando as mudanças advindas com a implementação do PMAQ. Inferimos que o programa ainda não foi capaz de sanar alguns problemas aos quais a atenção básica está exposta.

Comprovamos que a implementação do PMAQ nos municípios foi permeada de dificuldades, impondo aos gestores e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família vários desafios; no entanto, esse processo também foi favorecido por fatores que contribuíram e potencializaram a implantação do programa nos municípios. A análise da operacionalização do programa nos municípios da pesquisa também evidenciou fragilidades na sua execução, sinalizando para a necessidade de revisar as estratégias adotadas durante o primeiro ciclo do PMAQ.

Considerações Finais

Durante a análise de como se deu a operacionalização do primeiro ciclo do PMAQ nos municípios, constatamos que o processo inicial de implantação do programa foi

facilitado pela atuação da CRES junto aos municípios da região de saúde, destacando-se como órgão estratégico na implantação deste programa. No entanto, o apoio institucional durante as fases do programa e o acompanhamento do gestor estadual não foi suficiente para atender as necessidades dos gestores municipais e trabalhadores da ESF. Neste sentido, recomendamos que o PMAQ estimule o protagonismo dos gestores estaduais, especialmente daqueles que atuam nas CRES, no que se refere ao apoio institucional e acompanhamento dos municípios adscritos, assim como no desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A pesquisa evidenciou falhas no processo inicial de adesão e pactuação entre gestores e trabalhadores, com centralização das decisões na gestão. Por outro lado, a pesquisa também mostrou que a fase de desenvolvimento do programa se deu de forma mais participativa em que ficou evidente o protagonismo dos trabalhadores de saúde; no entanto, os usuários dos serviços não foram envolvidos nesse processo. Neste sentido, recomendamos aos municípios a adoção de estratégias para ampliar a participação dos usuários dos serviços nas discussões sobre o PMAQ, como forma de garantir uma maior adequação da atenção básica às necessidades de saúde desses sujeitos, sendo os Conselhos Locais de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, espaços privilegiados para fortalecer a participação e o controle social.

A análise de como foram desenvolvidos os quatro dispositivos recomendados pelo PMAQ – autoavaliação, monitoramento dos indicadores, apoio institucional e educação permanente – a partir da adesão ao programa, evidenciou o protagonismo do coordenador da atenção básica, no entanto, a sobrecarga deste ator limitou a sua atuação frente ao desenvolvimento do programa. Neste sentido, sugerimos o redimensionamento dos recursos humanos existentes na gestão municipal da atenção básica e a implantação de apoiadores institucionais às equipes de ESF.

A pesquisa evidenciou que a metodologia adotada durante a avaliação externa e o despreparo do avaliador não corresponderam plenamente às expectativas dos atores locais, sendo aspectos criticados nesta fase do programa. Diante do exposto, sugerimos a revisão dos instrumentos e estratégias adotados na avaliação externa de forma a torná-los claros a avaliadores e avaliados, assim como alinhados às necessidades locais.

A pesquisa também apontou falhas na comunicação dos resultados da avaliação, que demoraram a ser publicados e não foram amplamente acessados pelos gestores e trabalhadores da ESF, dificultando e postergando a sua utilização. Ademais, as equipes não tiveram os resultados detalhados da sua avaliação, dificultando o reconhecimento dos pontos frágeis que necessitam de aperfeiçoamento para melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica. Com base nestes achados, recomendamos a divulgação dos resultados da avaliação em tempo hábil, acompanhado de estratégias para discussão desses resultados e definição de intervenções para superação das situações problemáticas.

A finalização do primeiro ciclo coincidiu com o período de eleições municipais, que associado à rotatividade dos trabalhadores e gestores e à improvisa-

ção das ações comprometeram a continuidade das ações implantadas durante o primeiro ciclo de avaliação. O não cumprimento, pelos gestores municipais, dos acordos em dar incentivo financeiro aos trabalhadores gerou resistência durante a recontractualização, trazendo dificuldades durante esta fase do programa.

A partir do exposto, consideramos que passos importantes foram dados no sentido de promover o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica na região de saúde de Acaraú, a partir da adesão e implementação do primeiro ciclo do PMAQ, avançando na institucionalização da avaliação como instrumento de gestão da atenção básica.

Por fim, considerando os compromissos de um Mestrado Profissional em Saúde, a construção desta pesquisa contribui, sem dúvida, para agregar valores ao nosso processo de trabalho, com vistas a uma atuação qualificada, crítica e transformadora junto aos municípios da região de saúde de Acaraú.

Referências

ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, p. 75-80, jan./dez. 2010.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 18, p. 67-74, jan./jun. 1998.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1336-1345, 2009. Suplemento 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>> Acesso em: 24 mai. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2011b. 62 p.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. ; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (Orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

DUBEUX, L. S. *et al.* Comunicação dos resultados: um desafio para o uso das lições aprendidas com a avaliação. In: SAMICO, I. *et al.* (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 131-142.

LOPES, E. A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais.** 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília. 2013

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

SERAPIONE, M.; SILVA, M. G. C. da. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, nov. 2011.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

20.

Análise do Processo de Trabalho dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família nos Municípios da 12^a Região de Saúde do Ceará

João Kildery Silveira Teófilo

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Izabelle Mont'alverne Napoleão Albuquerque

Eliany Nazaré Oliveira

Introdução

Na sua essência, mediante a política de saúde que se propôs para o Brasil, podemos dizer que o sistema de saúde que se busca, com avanços e conquistas próprias, ancora-se na APS como ordenadora, pois se identificam os valores e princípios essenciais para estabelecer as prioridades nacionais de um sistema de saúde que tem a sua concepção voltada para trabalhar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público e a solidariedade, tendo como referência um conceito amplo de saúde.

A definição de APS delineada na Conferência de Alma Ata vem sendo buscada através do SUS:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. 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 o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979).

Na lógica da concepção de uma política estruturante da APS, tratada com a designação de Atenção Básica no Brasil, em 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), que surge como um mecanismo de reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Rosa e Labate (2005) acreditam que esta busca de novos modelos de assistência ocorreu em um momento histórico-social-econômico, no qual o modelo tecnicista/hospitalocêntrico, centrado na doença e em altas tecnologias, não atendia mais as mudanças ocorridas no mundo moderno no que se refere às necessidades de saúde das pessoas.

Inicialmente, o PSF foi concebido à extensão de cobertura, com as ações iniciais de implantação em áreas de maior risco social como um programa paralelo voltado para os pobres que, aos poucos, segundo Giovanella *et al.* (2009), adquiriu grande importância na agenda do governo, devido aos resultados produzidos, passando a ser tratado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde pelo Ministério da Saúde, em 1997, com a oficialização de Estratégia Saúde da Família por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c), que definiu a essência da atenção básica no país.

Mesmo após duas décadas de implantação, segundo Andrade *et al.* (2006), a ESF não se constitui em um modelo acabado, de modo a estar em pleno processo de aprofundamento de suas bases conceituais e criação de uma nova práxis entre os trabalhadores integrantes das equipes. Como política estruturante, ainda deixa elementos para geração de questionamentos quanto à prática cotidiana, quando se pensa em reformulação da forma de pensar e fazer saúde, pois suas estruturas continuam permeáveis ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano (MATUMOTO, 2005).

Toda inferência de uma mudança que se almeja nos moldes de se fazer saúde no Brasil deve partir de uma gestão que visualize estas novas concepções congruentes que priorizem a implantação de ações inovadoras, que vislumbre prover a inversão de um modelo centrado no médico e no individual, para um modelo de produção coletiva, tendo como referência a integralidade, a universalidade, a equidade, a promoção da saúde e a humanização das ações de saúde. Gestão vista aqui em todas suas dimensões, de sistema de saúde, de políticas de saúde (como a Estratégia Saúde da Família) e de serviços de saúde, na perspectiva que se complementam.

No que tange ao estudo da forma de gerir especificamente a ESF como política de saúde, foco deste estudo, concebeu-se um dilema: a ausência de definição que a caracterize, pois em meio às produções do Ministério da Saúde encontra-se apenas a definição de gestão na perspectiva de sistema de saúde, que está concebida através da Norma Operacional Básica dos SUS 01/1996 (NOB 01/96), que traz também o termo gerência no tangente ao gerenciamento de instituições de saúde. Neste escopo, foi utilizado o termo Coordenador da Estratégia Saúde da Família para designar o profissional responsável por gerir esta referida política.

A função do coordenador encontra-se no limiar entre gestão e gerência, com uma grande tendência para gerência, de modo que consideramos o Coordenador da ESF também como um gerente, com atribuições que o caracterizam e o diferem dos gerentes de unidades de saúde, na perspectiva de gerenciamento de uma política de saúde, a ESF, colocando-o como um gestor que exerce o gerenciamento imerso nas tecnologias de saúde e que exige um perfil gerencial próprio.

A coordenação municipal pretendida para a ESF vai mais além de apenas “dirigir uma política de saúde”, numa vertente tradicionalista. Exige a incorporação de outros aspectos como na esfera participativa e no uso de tecnologias leves, assim como os interesses, desejos, necessidades, saberes e poderes que podem influenciar o trabalho da coordenação.

Há também um fosso referente à delimitação das atribuições do coordenador da ESF, no que se refere à especificidade do cargo, levando-o a uma absorção excessiva de atividades, comprometendo a efetividade de seus trabalhos.

Algumas discussões vêm sendo alavancadas em variadas instâncias sobre qual o papel e o perfil destes profissionais, quais as necessidades de formação e qualificação, por quais ações estes devem ser responsabilizados e como devem atuar mediante as variadas realidades encontradas nos municípios brasileiros, configurando-se na necessidade de se repensar os processos de trabalho a serem desenvolvidos por estes.

Neste contexto de construção e de mudança no modelo assistencial em desenvolvimento no Brasil, no qual a ESF tem recebido destaque e as novas concepções de coordenação baseadas na gestão participativa e no uso de tecnologias leves, formulamos um estudo que tem como objeto de investigação **o processo de trabalho dos coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família**.

Como eixo orientador, partimos de uma concepção híbrida da forma de pensar de alguns autores (MARX, 1980; LIEDKE, 1997; KRUG, 2006) do que seja o processo de trabalho. A forma de agir dos seres humanos que atuam sobre as forças da natureza voltadas para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas, independentemente das formas sociais que assumam e das relações sociais de produção, com um significado eminentemente qualitativo, na perspectiva que a organização do trabalho abraça o conteúdo e a composição das tarefas, implicando a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores.

O processo de trabalho na área da saúde, objeto deste estudo, remete-se à compreensão da divisão social e técnica do trabalho, resultando em três dimensões básicas, de acordo com Rodrigues e Araújo (2009): a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços. O foco desta reflexão está direcionado para a segunda dimensão, ou seja, a coordenação da ESF, tendo como inferência que a produção de saúde é entendida dentro da categoria serviço, de tal forma que os resultados do trabalho não constituem mercadorias passíveis de serem industrializadas e comercializadas, mas são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato, numa relação partilhada entre o usuário e o profissional de saúde, na medida em que o primeiro contribui para o processo de trabalho, como parte desse processo. (MERHY, 1995).

Diante do exposto, partimos do anseio pela necessidade de nos inteirar de forma mais próxima de outras experiências que permeiam a coordenação da ESF, tanto para nosso crescimento profissional na função, tendo como referência os princípios norteadores da atenção básica, como para produzir conhecimentos que possam ser utilizados por profissionais de outros municípios que atuam no referido cargo, contribuindo, dessa forma, para o amadurecimento da ESF como eixo reorientador da atenção básica.

Neste cenário, concebe-se como objetivo deste estudo analisar o processo de trabalho dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família dos municípios da 12ª Regional de Saúde do Ceará, tendo como referência os princípios e as diretrizes norteadoras dessa Estratégia.

Este estudo proporciona caminhos para que novas pesquisas sejam realizadas, principalmente na construção de competências a serem desenvolvidas por estes coordenadores, que ainda possuem um fazer inacabado, sem uma direcionalidade bem definida, além de não haver processos de educação permanente voltados para estes profissionais, descontextualizando seus fazeres para o exercício do cargo.

A pesquisa pressupõe um caráter bastante relevante, na perspectiva que o governo brasileiro vem dando destaque à ESF como eixo de reorientação das práticas de saúde na Atenção Básica. A análise do processo do trabalho dos coordenadores que foram indagados neste estudo, tem como intuito proporcionar, tanto para o serviço assistencial e gestão no município onde o presente autor desta pesquisa atua, como para outros municípios, subsídios para que as diferentes formas de fazer a coordenação nas variadas realidades municipais possam ser repensadas, com foco na melhoria da qualidade das ações desenvolvidas.

Método

Refere-se a uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e delineamento transversal, realizada no período de agosto de 2012 a abril de 2014. O campo de estudo foi composto pelo agrupamento de sete municípios que formam a 12ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará: Acaraú, Itarema, Marco, Bela Cruz, Cruz, Morrinhos e Jijoca de Jericoacoara.

Os sujeitos foram todos os Coordenadores da Estratégia Saúde da Família dos sete municípios supracitados que, na ocasião, estavam assumindo a função citada e aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por um roteiro de entrevista com questões abertas direcionadas para a análise do processo de trabalho dos Coordenadores, sendo as falas de cinco sujeitos gravadas, conforme permissão por escrito. Os outros dois preferiram tecer respostas por escrito. Antes da aplicação da entrevista foi realizado um pré-teste, na perspectiva de validação das perguntas norteadoras.

As informações coletadas foram analisadas por meio de análise temática, na perspectiva que o tratamento dos dados obedeceu, veementemente, às seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, como é trazido por Minayo (2004). Concebeu-se a construção de categorias estabelecidas a partir da coleta de dados, tendo como fio condutor o processo de trabalho dos coordenadores, às indagações referentes aos princí-

pios norteadores da ESF como modelo reestruturante do SUS e as concepções de coordenação que permeiam o fazer dos sujeitos, construindo-se cinco categorias, de modo a contemplar o objetivo do estudo.

Os dados estão apresentados através de codinomes (C1; C2; C3; e assim sucessivamente) de forma a preservar a identidade dos sujeitos, não havendo a divulgação do nome dos coordenadores e nem dos municípios correspondentes (que também aparecerão por meio de codinomes M1; M2; ...), assim como da correlação entre eles.

A pesquisa foi norteada pela Resolução número 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú: Parecer nº 470.574, de 27/11/2013.

Apresentação e Análise dos Resultados

Como os Coordenadores da ESF estão fazendo a Gestão e as Relações que se estabelecem no Cotidiano desta Prática

A prática dos coordenadores da ESF configura-se como uma ferramenta de relevante importância para transformação dos processos de trabalho desenvolvidos na ESF, devendo ter, como um dos instrumentos, a construção de relações entre as pessoas, de forma que a comunicação vivenciada entre os profissionais, por exemplo, seja visualizada como um determinante comum do trabalho em equipe, no qual se pratica a relação recíproca entre trabalho e interação. A coordenação da ESF, no desvelar de seu fazer, abraça esses vários tipos de relações que, de acordo como o coordenador procede no dia a dia, vai definir o tipo de gestão e o papel deste profissional enquanto gestor e/ou gerente dos serviços de saúde.

O processo de trabalho dos Coordenadores da ESF em sua micropolítica deve ser visualizado como um espaço de disputa de distintas forças, as que estão claramente presentes nos modos de produção fixados, como o trabalho morto, as que operam enquanto o trabalho vivo em ato e as que se fomentam nos processos imaginários e desejantes, e no campo do conhecimento que os distintos “homens em ação” constituem.

Princípios e diretrizes que direcionam suas práticas

Toda prática em saúde, principalmente de gestão, deve ser direcionada por princípios e diretrizes na perspectiva da busca de se produzir saúde de forma direcionada, com foco na qualidade e na satisfação de todos os envolvidos, os usuários e os que produzem saúde. Os sete coordenadores da ESF foram indagados sobre quais os princípios da ESF norteavam os seus fazeres e foi unânime entre estes o desconhecimento destes princípios.

Alguns citaram que procuram seguir todos os princípios, mas não souberam de fato descrever que princípios são estes.

[...] a gente utiliza todos os princípios da atenção básica. Tentamos seguir todas as linhas dos princípios que enfim não conseguimos seguir ela completamente, mas um pouco de cada mesmo. Não é direcionado a um determinado. [...] os princípios que a gente faz no dia a dia, principalmente quem trabalha na assistência. (C7, M7).

Outros tentaram minimizar a lacuna de conhecimento, citando os princípios do SUS:

[...] eu me baseio nos três princípios do SUS: universalidade, equidade e a integralidade. A gente procura se basear nisso, e tenta fazer aqui na Secretaria uma rede integrada com todos os profissionais onde diminua o máximo possível essa coisa de hierarquia. A gente acredita que atrapalha um pouco, então a gente procura um relacionamento horizontal com todos os envolvidos na Secretaria. (C4, M4).

Quando você coloca os princípios, eu posso considerar os princípios do SUS? [...] Pronto. Coordenação é um cargo de responsabilidade, você tem que ter muita responsabilidade acima de tudo, e assim, não é um cargo fácil, principalmente para quem está saindo do PSF, como foi o meu caso, e acredito que pra maioria das minhas colegas de coordenação também. E assim, os princípios que a gente se norteia, eu posso basear também os princípios do SUS; a questão da integralidade do profissional e tal. (C1, M1).

[...] a universalidade, procuro facilitar o acesso das pessoas, o atendimento nas unidades, levando a assistência sem distinção. (C2, M2).

A não percepção dos reais princípios de diretrizes que norteiam uma política ou prática, ou mesmo a não possibilidade de compreendê-la com clareza, tem levado, de acordo com Merhy (1995), muitos gestores que buscam a reorganização do modo de se trabalhar em saúde a terem como inspiração os conhecimentos e técnicas gerados no interior de várias correntes organizacionais de uma forma acrítica, reproduzindo prática meramente copiadora de receitas sobre o como fazer, sem a devida reconstrução destes conhecimentos e técnicas para o singular campo da gestão e da assistência na área da saúde.

Nessa lógica, a ausência do pensamento fundamentado de como se desenvolve o processo de trabalho em saúde e a sua gestão, o ato de buscar receitas prontas em experimentos de outras naturezas baseadas no modelo neoliberal tende a ser profundamente frustrante, haja vista a capacidade que as ações de saúde têm de gerar melhorias efetivas para a vida das pessoas.

As Definições de Papéis

No que se refere às definições de papéis, foram encontradas formas divergentes de se pensar o cargo de Coordenação da ESF.

[...] porque eu tenho acesso para falar diretamente com o meu secretário, que com certeza não teria tempo para fazer o que eu faço, por isso que este cargo é necessário. [...] os coordenadores desenvolvem várias coisas que dá suporte aos secretários. Eles fazem com que o PSF funcione. (C4, M4).

A gente acaba tendo que fazer de tudo um pouco, analisar frequência dos funcionários, ver os materiais que estão faltando, analisar os dados, trabalhar as políticas do Ministério da Saúde, ver a questão dos carros, organizar as campanhas de vacina, enfim, nós somos responsáveis de dá suporte aos profissionais para que as coisas aconteçam. (C2, M2).

[...] tenho uma grande responsabilidade, apesar de ganhar pouco, tenho que coordenar vários profissionais, com cabeças e formações diferentes, tenho que fazer com que a gente atinja os indicadores, tenho que dar suporte ao Secretário, tenho que fazer visita nas unidades de saúde [...]. [...] nosso trabalho é complexo, fazer com que o PSF funcione em meio a todas as dificuldades que o município enfrenta, de falta de dinheiro, profissionais desmotivados, a população em cima, além de ter que se “rebolar” com a tal de politicagem, você sabe como é em município pequeno. (C3, M3).

Fica claro, nas falas, que estes profissionais não possuem um direcionamento, de forma bem definida, sobre quais são os seus papéis como Coordenadores da ESF. Estão trabalhando muito no empirismo e no que lhes são repassados pelo Secretário da Saúde ou em experiências anteriores vivenciadas pela observação de outros coordenadores ou, ainda, de acordo com as demandas que vão surgindo.

A reorientação das funções dos coordenadores da ESF pode ser apontada como uma das estratégias para a consolidação dos princípios do SUS e transformação das práticas de saúde na atenção primária no país, provendo condições para o direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços, aplicação de recursos necessários, melhoria nas relações interpessoais, resolutividade e satisfação dos usuários. A capacidade gerencial possui um caráter articulador e integrativo, de forma que a coordenação determinada é determinante no processo de organização de serviços de saúde e um meio para a efetivação das políticas. Predizemos que a Coordenação da ESF não compreende uma atividade simplesmente racional ou técnica e, sim, apresenta dimensões científicas, técnicas e artísticas. (FERNANDES *et al.*, 2009).

No Brasil, ainda não há um direcionamento que defina os papéis do coordenador da ESF de forma oficial, uma descrição das atribuições deste profissional de forma clara, como se vê na Política da Atenção Básica do Brasil uma definição dos

papéis dos profissionais que trabalham nas áreas assistenciais. Essa realidade corrobora intensamente com as indefinições de papéis vivenciadas nos municípios brasileiros, levando estes profissionais a desenvolver uma coordenação baseada em suas vivências e experiências na assistência e na gestão, assim como ao comando de Prefeitos e Secretários da Saúde, sem uma fundamentação bem alicerçada.

A Coordenação da ESF configura-se como uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, um elemento central, possibilitando transformações nas decisões no âmbito local com a participação ativa dos profissionais de saúde e dos usuários na elaboração do projeto assistencial ideal a ser desenvolvido pela ESF. Dessa forma, o coordenador eficiente não é aquele que domina apenas as técnicas de gestão, mas o que possui o compromisso com a tarefa organizacional e mostra-se capaz de mobilizar o conjunto da organização para essa tarefa, de forma criativa e participativa, aproveitando as potencialidades que estão sob sua gestão, deixando livre o trabalho vivo inserido no contexto das tecnologias leves.

Na Perspectiva do Planejamento

Um dos papéis fundamentais do Coordenador da ESF é a realização, de forma fundamentada e sistemática, de planejamento das ações a serem desenvolvidas. Nessa direção, trazemos uma discussão referente às ações do próprio coordenador no exercício de suas atribuições e no trato deste com as equipes de saúde da família e outras instâncias municipais observadas nas falas produzidas por estes atores.

Os coordenadores relataram que ainda não tiveram tempo de pensar nas suas próprias formas de desenvolver a coordenação, já que ainda estão aprendendo com o cargo e que vão sendo envolvidos pelas demandas que vão surgindo, não havendo ainda uma capacidade bem definida de se antepor aos fatos. Atuam na perspectiva de apagar incêndios, procurando se organizar de forma atropelada mediante as demandas que surgem.

[...] não tenho muito tempo nem para pensar em mim, quando penso que já terminei alguma coisa aparece outra, agora este PMAQ, estamos fazendo tudo às pressas, antes da vinda das avaliadoras externas. (C1, M1).

[...] às vezes até me programo para fazer as visitas nas unidades de saúde, mas acaba surgindo uma coisa e outra, falta carro, aparece demanda da regional [...], às vezes eu consigo ir. [...] são tantas as coisas para eu fazer que acabo tendo que começar pelas que sou mais cobrada e é mais importante. (C3, M3).

[...] não sou muito de me programar. Eu sei que a gente tem que se planejar mesmo, mas não o costume da gente. [...] me preocupo mais em planejar as coisas da equipe do que as minhas mesmas. (C5, M5).

Nesse contexto, visualizamos um grupo de profissionais trabalhando uma coordenação sem um planejamento adequado, atuando de acordo com as demandas que vão surgindo, sem um direcionamento sobre de fato aonde se quer chegar, gastando, muitas vezes, tempo e recursos com situações que poderiam ser melhor trabalhadas mediante um planejamento bem fomentado.

No trato dos coordenadores da ESF com as equipes de saúde da família, o planejamento se dá, na maioria das vezes, através de reuniões destes com alguns membros das equipes de saúde da família. Em quatro municípios ocorrem semanalmente, em um outro, quinzenalmente e em dois ocorrem somente quando é necessário discutir algum assunto. O que foi comum a todos os municípios é que somente os profissionais de nível superior participam destas reuniões, absorvendo o papel de repassar para os profissionais de nível médio e elementar o que foi discutido. Em nenhum dos casos, há rotina de participação dos usuários.

Nós nos planejamos nas reuniões semanais. [...] às vezes participam o Coordenador Geral da Assistência, o Secretário da Saúde e outros convidados como o CAPS e o NASF. [...] eu levo as situações que devem ser resolvidas, a gente discute e vemos como resolver. [...] os assuntos são muitas vezes de acordo com o que vem de cima, como o PMAQ agora. [...] muitas coisas a gente tem que fazer como manda o Ministério ou o Estado, aí, nas reuniões eu levo como fazer e repasso para os profissionais. (C6, M6).

Essas ações são planejadas em conjunto, a gente tem de rotina no município reuniões quinzenais com todas as equipes, é uma abordagem pela coordenadora [...], um plano de ação a ser executado pelas equipes de saúde da família. Esse plano de ação, quando eu elaboro, entro primeiro em contato com as equipes para verem o que acham, se é aprovado, e daí é executado. É uma coisa que é feita em conjunto. [...] Eu não venho com nada pronto. Eu elaboro, eu dou a ideia e levo para aceitação, aprovação, e daí a gente consegue colocar em prática. [...] e não só as equipes de saúde da família, também participa o CAPS, que está interagindo com a gente. Está dando certo. (C1, M1).

Não nos planejamos muito. Quando tem alguma coisa nova ou alguma coisa para resolver nós marcamos uma reunião e repassamos como deve ser feito. [...] agora estamos nos reunindo com as equipes para fazer o PMAQ, uma correria só. (C5, M5).

De maneira geral, como fica intrínseco nas falas, os enlaces que giram em torno da fomentação do planejamento realizado pelos Coordenadores da ESF configuraram-se como atividades administrativas centradas na pessoa do coordenador, em que as relações de poder são mais centralizadas, voltando-se muito mais para um estilo de coordenação baseada nas concepções neoliberais, isto é, como coloca Campos (2000), uma racionalidade gerencial hegemônica que produz um isolamento e dificulta a construção de espaços onde ocorra o desenvolvimento da personalidade humana, em outras palavras, um lugar onde se produziria aprendendo e, também, ao mesmo tempo, se reconstruiria a própria subjetividade.

O Processo de Tomada de Decisões e a Autonomia

Quando indagados sobre o processo de tomada de decisões propriamente dito:

[...] a gente procura fazer um trabalho não com aquele negócio de hierarquia, a gente procura tomar as decisões em equipe. O Secretário é superaberto; a gente trabalha com parceiros mesmo, e nessas reuniões, se nós temos que decidir, por exemplo: o PMAQ vem e vai começar por qual unidade? Não é a Secretaria que determina. Tem uma reunião, nós chamamos todos os PSF e vamos decidir. Então é uma coisa coletiva, são tomadas de decisões coletivas, e o Secretário acata o que a maioria decidir. (C2, M2).

Dependendo do que se tem para decidir eu sempre consulto Secretário antes, aí reunimos as equipes e coloco a posição minha e do Secretário do que deve ser feito. [...] no dia a dia procura sempre interagir com as equipes sobre algumas decisões que temos que tomar, sempre procurando tomar a melhor decisão. [...] as decisões maiores ficam nas mãos do Secretário. (C6, M6).

Nesse caso, quando eu necessito fazer uma negociação, eu chamo além do enfermeiro gerente, eu negocio com a equipe em si, não negocio só com um e eu não chego com a decisão já formada e imposta não, tudo é negociado, até uma simples reunião que eu quero marcar de urgência é negociado o melhor horário que se adequa a equipe, enfim, tudo é feito acordos. Nós trabalhamos por meio do acordo, nada imposto. (C1, M1).

O discurso trazido pelo Coordenador C6 aproxima-se mais do modelo tradicionalista de se produzir gestão, convergindo com a maioria das falas tratadas quando expuseram sobre planejamento. Já os discursos trazidos pelos coordenadores C1 e C2 estão mais direcionados para um modelo de gestão participativo, em que o poder, na relação coordenador e profissionais de saúde, passa a ser horizontalizado, com as decisões sendo tomadas em conjunto, sem um teor de imposição, como salientam Costa e Salazar (2008), com o envolvimento dos membros integrantes das equipes de saúde da família na tomada de decisão, fazendo com que estes pensem de maneira estratégica.

Nesse ensejo, consideramos que ambas as formas de se produzir gestão sofram influências das políticas públicas que normatizam o sistema de saúde, na perspectiva que em um momento defendem a sua flexibilização e a participação popular nos processos decisórios e na prática de saúde assistencial e ou gerencial, e em outro momento fomentam a hierarquização e verticalização na tomada de decisão, de forma mais pronunciada através da institucionalização de ações programáticas construídas pelas instâncias estaduais e federais e colocadas de forma impositiva aos municípios. Esse tipo de comportamento pode servir para explicar a alternância observada na concepção de gestão vivenciada nos municípios estudados, pois não constatamos a ocorrência de municípios que adotassem uma

concepção de gestão consolidada, na qual se possa perceber que em todas as ações desenvolvidas predomine exclusivamente uma lógica de coordenação da ESF.

No trabalho de gestão, em qualquer nível de desenvolvimento, há a necessidade de se ter bem direcionado o potencial de autonomia de decisões, que deve estar no mínimo dentro do aparato de atuação para o bom desenvolvimento das ações. Se este não tiver autonomia de atuação, os avanços que se pretende desenvolver podem sucumbir diante das barreiras impostas. Como afirma Merhy (2007), um gestor em saúde tem de ter a capacidade de trabalhar as distintas relações de natureza sociais, políticas, organizacionais e produtivas, para conseguir atingir os processos de trabalho em suas essências. A autonomia responsável é necessária para o trabalho do coordenador da ESF, tendo em vista que este representa, no nível local, a consecução das diretrizes políticas de saúde instituídas.

Eu tenho autonomia, reconheço, e essa autonomia até aumenta a responsabilidade da gente como coordenadora. O Secretário é aberto, escuta, ouve e temos relações de parceria. Nós tomamos as decisões em conjunto, se eu quero fazer alguma coisa eu combino com ele e vice-versa. Tenho autonomia total. (C4, M4).

Na realidade não. Tudo que se faz tem que passar primeiro pelo secretário, então acaba que a gente não tem autonomia para nada. Antes de passar por ele, a gente não pode determinar nada. Ele dando o aval é que a gente pode desenvolver. (C7, M7).

Deixar claro o seguinte, a questão da tomada de decisões eu procuro nunca tomar uma só, e sempre peço a ajuda do meu Secretário, que é muito presente e sempre está comigo. Não que ele não me dê autonomia, mas existem certas situações que eu necessito dele, situações mais sérias, enfim, mas a questão da autonomia é me dada por ele, tipo, para resolver problema de profissional, problema da unidade de saúde, é o que ele sempre costuma dizer, que eu leve para eles problemas grandes, que os problemas menores eu tenho toda autonomia para resolver. Você quer saber, tipo, quais problemas? É a suficiente para eu resolver, para eu trabalhar direitinho, essa autonomia que ele me fornece é a suficiente, não atrapalha o meu trabalho, de jeito nenhum. (C1, M1).

A autonomia é muito pouca, às vezes eu deixo de resolver coisas básicas com maior rapidez porque não tenho a autonomia necessária. [...] o Secretário deixa a gente muito preso a ele para tomar decisões. (C3, M3).

[...] a maioria das coisas o Secretário quer que passe por ele, isso eu vejo que pode atrapalhar, acumulando coisas para resolver que poderiam ser resolvidas logo por mim. (C2, M2).

Através das falas, podemos perceber que, dentro de uma mesma região de saúde, a autonomia, embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais, de acordo com Buemo e Queiroz (2006), é exercitada de diferentes maneiras, com diferenças consideráveis entre um mu-

nicípio e o outro. Podemos classificar o exercício da autonomia em três situações: a primeira, em que o coordenador tem total autonomia de decisão dentro de seu espaço de atuação, como inferido nas falas dos Coordenadores C1 e C4; a segunda, em que o Coordenador tem autonomia parcial, como está concretizado no depoimento de C3; e a terceira, em que o Coordenador tem autonomia totalmente restrita, como retratam as falas dos Coordenadores C2 e C7.

Dessa forma, como mencionam Jonas *et al.* (2011), a autonomia necessária ao desenvolvimento da ação gerencial é essencial, de forma que a ausência desta inviabiliza a organização e o controle do processo de trabalho, na perspectiva de uma autonomia responsável e coerente com os princípios SUS.

O Coordenador da ESF precisa ter autonomia para atuar dentro dos mundos dos processos de trabalho e o exercício desta deve considerar outras autonomies, a serem vivenciadas no autogoverno dos profissionais, com centralidade no trabalho vivo, inserido no interior dos processos de trabalho como espaço aberto para exploração das potências nele inscritas, na perspectiva de funcionar como agentes disparadores de novas subjetivações que conformam as representações de saúde como bem social e de novos modos de agir em saúde que busquem articulações distintas do público e do privado nele presente.

Avaliação e Monitoramento

Trazemos outra abordagem realizada com os Coordenadores da ESF, no que tange a seus processos de trabalho, referente à avaliação e ao monitoramento das equipes de saúde da família.

O monitoramento é feito através de visitas, ficha de atendimento e pela prestação dos serviços que são colhidos diariamente. [...] Tem também o PMAQ, que a gente realiza quando é mandado pelo Ministério, pois gera recursos. Nas visitas que realizo quando tenho um tempinho eu fiscalizo como as equipes estão trabalhando. [...] Às vezes é ruim a gente fazer certas avaliações devido a tal política. (C5, M5).

Essa avaliação é feita também pelos relatórios do SIAB, os dados que eu recebo mensais e confiro equipe por equipe, que devem estar entregando na data e horários que eu marco. A gente ainda, no município de [...] não trabalha com metas, infelizmente a gente não tem as metas traçadas por equipe, estamos tentando implantar ainda pra esse ano, o que fica mais fácil tanto pra equipe quanto pra nós enquanto coordenadores. Quanto à avaliação e monitoramento, por enquanto o que eu tenho é a questão do SIAB, que eu monitoro, que eu consigo avaliar aquele percentil da equipe, o quanto a equipe gerou de dados para a coordenação, por enquanto só os relatórios do SIAB, a estatística mensal. (C1, M1).

Por meio dos indicadores do município como um todo. Não utilizo nenhum instrumento específico. Iniciará as avaliações utilizando o PMAQ, preparando as equipes

para a avaliação externa. Devido o pouco tempo que estou na coordenação ainda não fiz nenhuma avaliação e nenhuma análise de dados. [...] Não participei nem das primeiras fases do PMAQ. (C2, M2).

A avaliação como integrante da gestão em saúde concebe um reconhecimento que se projeta na existência de múltiplas iniciativas direcionadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS. Podemos observar, nas falas dos coordenadores, que a avaliação é vivenciada de forma diferenciada nos contextos do estudo, com enfoques que a caracterizam nas variadas realidades em que está inserida.

A avaliação tem como propósito fundamental proporcionar suporte aos processos decisórios, devendo subsidiar a identificação de problemas e propor alternativas para a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. (BRASIL, 2005a).

O monitoramento faz parte do processo avaliativo, de forma que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde coletados e selecionados com o objetivo de analisar se as atividades e ações estão sendo realizadas conforme o que foi planejado com os resultados almejados. (BRASIL, 2005b).

Uma característica comum permeada no discurso de todos os Coordenadores refere-se à inexistência de instrumentos formais de avaliação, baseados em iniciativas para tomadas de decisões. Realizam-se avaliações pautando-se nas demandas que surgem no dia a dia, com direcionamentos pontuais de curto alcance. Não se visualiza uma sistematização sólida dos mecanismos de avaliação adotados, a qual é vivenciada de acordo com as experiências dos Coordenadores do que para uma inferência fundamentada vivenciada no município. Aparece a avaliação realizada utilizando-se um instrumento que já vem pronto do Ministério da Saúde, o PMAQ, vivenciado mais como uma formalidade de conseguir recursos financeiros do que como uma ferramenta institucional para tomada de decisões.

Conforme Silva e Formigli (1994), a avaliação a ser realizada pelos Coordenadores da ESF poderia ser fomentada como prática sistemática com o objetivo de propiciar aos gestores as informações necessárias para a intervenção e, conseqüentemente, para a tomada de decisões. Essas informações poderiam constituir-se em uma base importante para o monitoramento contínuo das ações de saúde, buscando-se a qualificação dos serviços.

Mediante as falas, podemos observar que o monitoramento e a avaliação do processo de trabalho das equipes aparecem com um enfoque de acompanhamento mais próximo por meio de visitas às unidades de saúde; observa-se a realização

de ações com enfoque de controle do trabalho, fomentadas pelas visitas às unidades sem aviso prévio, que são realizadas com o objetivo de surpreender a equipe e condicioná-la a realizar atividades extramuros de acordo com o desejo da gestão e sua percepção de necessidades, com um enfoque fiscalizador e punitivo.

Verificamos, também, que a conferência do preenchimento e entrega de relatórios referentes ao Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) na data correta constituíram meios de monitoramento e avaliação desempenhados pelos coordenadores, os quais praticam a condição de controle do processo de trabalho das equipes, pautando-se no cumprimento de condições impostas pela organização do sistema de saúde.

Essas situações corroboram o que é colocado pelo Ministério da Saúde, quando enfatiza que a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Soma-se a isso, a inexistência de instrumentos existentes que constituam ferramentas efetivas de suporte ao processo decisório e na formação das pessoas nele envolvidas. (BRASIL, 2003b).

O monitoramento é realizado comumente, conforme as falas dos coordenadores, utilizando-se os indicadores produzidos pelo Sistema de Avaliação da Atenção Básica (SIAB), uns baseados exclusivamente nas metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e outros que, além destas, tomam como referência as metas por equipe de saúde da família, considerando-se as peculiaridades de cada território.

A utilização do SIAB é um potente meio de avaliação e planejamento das ações focadas em prioridades. Mesmo que utilizado nos municípios deste estudo, não foi visualizada uma ação concreta de utilização destas informações, resumindo-se a ações pontuais baseadas em algumas avaliações não sistemáticas mais voltadas para busca de se cumprir as metas impostas pelo Ministério da Saúde.

Esse desafio faz-se presente nos processos de trabalho delineados pelos Coordenadores da ESF, na perspectiva de institucionalização de avaliações fundamentadas, baseadas em caminhos bem desenhados, na perspectiva participativa, voltadas para tomada de decisões e desenho de planejamentos para ações de longo, médio e curto prazo, buscando-se fazer cumprir os princípios e diretrizes que caracterizam a ESF.

Quando pensamos na Coordenação articulada à ESF, devemos compreendê-la como um instrumento do processo de trabalho em saúde capaz de contribuir para a transformação desse processo de trabalho na direção de um modelo assistencial usuário centrado, e não em função do controle e dos procedimentos e, enquanto tecnologia do trabalho em saúde, capaz de ser protagonista de mudanças e compromissada com a defesa da vida do usuário.

Considerações Finais

Constatou-se uma indefinição sobre os papéis dos coordenadores da ESF no exercício do cargo. A maioria destes descreveu uma autonomia restrita, para tomadas de decisões, com um fator de considerável interferência nos resultados dos trabalhos. As ações de monitoramento, avaliação e planejamento apareceram timidamente, com destaque em ações clássicas de gerência. Nenhum coordenador demonstrou uma concepção de gestão bem definida, todos demonstraram traços da gestão clássica e da gestão participativa, com predominância da primeira, com um processo de trabalho ainda muito engessado nas tecnologias duras, sobressaindo o trabalho morto. Neste contexto, ficou evidente a necessidade de uma remodelagem dos processos de trabalho destas coordenações, para permear os caminhos para consolidação da ESF como política reestruturante do SUS.

Em virtude do atual momento em que se encontra a saúde no Brasil, no que se refere a todo seu arcabouço jurídico e teórico, pretende-se que o processo de trabalho dos Coordenadores da ESF traga um arsenal de práticas apoiadas nos princípios e diretrizes da ESF, permeando-se na concepção de gestão participativa, proporcionando um ambiente de comunicação cíclica entre a coordenação, as equipes de saúde da família e a comunidade, voltado para o fortalecimento do protagonismo das pessoas, estimulando a autonomia nos processos decisórios, de cunho participativo no aspecto individual e coletivo.

Referências

ANDRADE, L. O. M. de *et al.* A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 648, de 28 de março de 2006, **que aprova a Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde-ACS: versão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Norma Operacional Básica do SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF. **Diário Oficial da União**, 06 nov. 1996b. Disponível em: URL<<http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2012.

_____. O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), **CEBES**. Rio de Janeiro. 1995. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2013.

BUEMO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 2, p. 222-227, mar./abr. 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

FERNANDES, L. C. L. *et al.* Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2013.

GIOVANELLA L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. 2009. **Saúde em Debate**, 2002; v. 26, n. 60, p. 37-61. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IshScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=336628&indexSearch=ID&lang=p>> Acesso em: 26 abr. 2013.

JONAS, L. T. *et al.* A Função Gerencial do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Limites e Possibilidades. **Rev. APS**. Jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/view/977>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

KRUG, S.B.F. **Sofrimento no trabalho**: a construção social do adoecimento de Trabalhadoras da Saúde. 196 f. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2006.

LIEDKE, E. R. Processo de Trabalho. In: CATTANI, A. D. **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Porto Alegre: Editora da Universidade (UFRGS), 1997. p. 181-183.

MARX, K. **O capital**: Crítica da economia política. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987

MATUMOTO S. *et al.* **Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família**: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Ver Interface-Comun Saúde Educ, v. 8, n. 16, p. 9-24, 2005.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

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

ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Cuidados primários de saúde**: Declaração de Alma-Ata, 1978 – Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978. Brasília: OMS, 1979. Não paginado.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. **O fazer em saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Natal: UFRN/UFPE, 2009. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10ago. 2012.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Pública**, v. 10, p. 80-91, 1994.

Este livro foi confeccionado com a família:
Crimson Text