

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

SUBÁREA: Planejamento e Gestão
de Sistemas e Serviços de Saúde

Mestrando: José Manuel Monteiro d'Aguiar
Orientadora principal: Prof. Maria Alícia Dominguez Ugá
Segunda orientadora: Prof. Maria Helena Machado

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

O Programa Saúde da Família no Brasil.
A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)

ENSP/FIOCRUZ
Rio de Janeiro, março/2001

José Manuel Monteiro d'Aguar

**O Programa Saúde da Família no Brasil.
A Resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ).**

**ENSP/FIOCRUZ
Rio de Janeiro, março/2001**

**O Programa Saúde da Família no Brasil.
A Resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**

José Manuel Monteiro d'Aguiar

Orientadora principal: Prof. Maria Alícia Dominguez Ugá

Segunda orientadora: Prof. Maria Helena Machado

**Dissertação apresentada no curso de
mestrado em Saúde Pública da Escola
Nacional de Saúde Pública como
requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Ciências na área de
Saúde Pública**

ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro, março de 2001

A

Filó de Lola, minha esposa
Lara e Mário, meus filhos
pela paciência, carinho e apoio
demonstrados ao longo dos três
anos que levou a elaboração deste
trabalho

A Marina Lópi, mãe querida
minha inspiradora e guia

Agradecimentos

Agradeço ao povo de Cabo Verde que, apesar dos tempos difíceis, consentiu o sacrifício para me proporcionar esta formação

Às minhas orientadoras Prof. Maria Alícia Domínguez Ugá e Prof. Maria Helena Machado que não pouparam esforços para que o meu sonho se tornasse realidade

A Prof. Eliana Labra, carinhosa e sempre disponível para ajudar nos momentos de dúvida e angústia

Às autoridades municipais de Saúde e todos os integrantes das equipes do Programa Saúde da Família de Volta Redonda (RJ), verdadeiros co-autores deste trabalho

Aos prof. Ana Luísa Viana, Francisco Javier Uribe Rivera, Lígia Bahia e Maria Helena Mendonça que aceitaram prontamente compor a banca examinadora

À Escola Nacional de Saúde Pública e todo o seu colegiado pela oportunidade que me deram

A todos os colegas que facilitaram a minha integração no curso

Aos muitos amigos brasileiros com destaque para Maria José Lins e Cesar Edney Martins que me proporcionaram conhecer um pouco este maravilhoso país

Resumo

O objetivo principal da dissertação é analisar o Programa Saúde da Família tomando como eixo central a questão da resolutividade, definida como uma ação ou cuidado que consiga suprimir, minorar ou abreviar o período de manifestação dos sintomas, promover a remissão ou a cura do processo mórbido no menor tempo possível, limitar a incapacidade superveniente e evitar a evolução para o desfecho letal.

Faz-se um percurso que começa na década de 1960 com as discussões que tiveram lugar no Brasil visando a implementação de programas de saúde voltados para a comunidade e núcleo familiar. Aborda-se igualmente a influência de países como Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá e Cuba nesse processo. A implementação bem sucedida do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, veio a constituir o propulsor do Programa Saúde da Família, criado em 1994, como uma nova estratégia para a atenção básica voltada para a família e a comunidade onde se insere com o objetivo de alargar o acesso aos cuidados e serviços de saúde a toda a população.

Para confrontar os propósitos teóricos do programa e a prática realizou-se um trabalho de campo no município de Volta Redonda (RJ) onde se constatou algumas particularidades que são ressaltadas, tais como a inadequação do atual sistema de coleta de dados referente à produção dos profissionais das equipes do PSF, o deficiente funcionamento do sistema de referência e contra-referência dos pacientes, a existência de vários fatores que condicionam a produtividade e resolutividade dos profissionais, a precária integração do programa na rede local dos serviços de saúde, alta rotatividade dos médicos e uma atenção mais voltada para o campo assistencial com poucas ações de promoção da saúde. Dessas constatações são avançadas algumas propostas visando adequar a prática do programa aos pressupostos teóricos formulados pelo Ministério da Saúde e contribuir para a melhoria qualitativa dos serviços.

Lista de abreviaturas

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
 ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
 AHA – Area Health Authorities
 AMA – Associação Médica Americana
 CENDES – Centro de Estudos do Desenvolvimento
 CIB – Comissão Intergestora Bipartite
 CIT – Comissão Intergestora Tripartite
 CMS – Conselho Municipal de Saúde
 CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica
 CNS – Comissão Nacional de Saúde
 COAB – Coordenação da Atenção Básica
 COSAC – Coordenação de Saúde da Comunidade
 DAB – Departamento da Atenção Básica
 DHA – District Health Authorities
 ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
 FEPAFEM – Federação Pan-americana das Associações das Faculdades e Escolas de Medicina
 FIOCRUZ – Fundação Instituto Oswaldo Cruz
 FMI – Fundo Monetário Internacional
 FMS – Fundo Municipal de Saúde
 FNS – Fundo Nacional de Saúde
 GP – General Practitioner (Médico Generalista)
 HMO – Health Maintenance Organization
 IDA – Integração Docente Assistencial
 IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
 MEC – Ministério da Educação e Cultura
 NHS – National Health Service
 NOB – Norma Operacional Básica
 OMS – Organização Mundial da Saúde
 OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
 PAB – Piso de Atenção Básica
 PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
 PAR – Programa de Apoio às Residências
 PEC – Programas de Extensão de Cobertura
 PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
 PSF – Programa Saúde da Família
 REFORSUS – Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
 SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
 SES – Secretaria Estadual da Saúde
 SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
 SMS – Secretaria Municipal da Saúde
 SUS – Sistema Único de Saúde
 UBS – Unidade Básica de Saúde
 USF – Unidade de Saúde da Família

Lista de Anexos

- ANEXO 1 – Tabela A: Alguns dados sobre o saneamento básico no município de Volta Redonda (RJ)
- ANEXO 2 – Quadro A: Unidades e serviços dos Distritos Sanitários do município de Volta Redonda no primeiro semestre de 2000
- ANEXO 3 – Guia de referência e contra-referência
- ANEXO 4 – Tabela B: Cotas mensais de exames complementares de diagnóstico dos módulos do PSF de Volta Redonda no primeiro semestre de 2000
- ANEXO 5 – Quadro B: Especialistas que integram a rede de atendimento ambulatorial no município de Volta Redonda no primeiro semestre de 2000
- ANEXO 6 – Lista padronizada de medicamentos da Farmácia Básica dos módulos do PSF de Volta Redonda no primeiro semestre de 2000
- ANEXO 7 – Quadro C: Composição das equipes do PSF de Volta Redonda
- ANEXO 8 – Ficha de cadastramento das famílias
- ANEXO 9 – Tabela C (C1-C6): Movimento mensal nos módulos do PSF de Volta Redonda no primeiro semestre de 2000
- ANEXO 10 – Proposta de modelo de registro para atendimento diário nos módulos do PSF
- ANEXO 11 – Tabela D: Tempo médio de espera por consulta de especialidade no módulo Mariana Torres do PSF de Volta Redonda no primeiro semestre de 2000
- ANEXO 12 – Impresso para relatório de produção e de marcadores para avaliação do Sistema de Informação da Atenção Básica
- ANEXO 13 – Roteiro de entrevistas com os médicos e enfermeiros do PSF de Volta Redonda
- ANEXO 14 – Roteiro da entrevista com a Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda
- ANEXO 15 – Roteiro da entrevista com a Coordenadora Municipal do PSF de Volta Redonda

SUMÁRIO

Introdução

Capítulo 1: A experiência internacional no domínio da Medicina de Família e Medicina Comunitária e sua influência na América Latina e Brasil

- Reino Unido
- Estados Unidos da América
- Canadá
- Cuba

Capítulo 2: O surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil como nova estratégia de remodelação do modelo assistencial

Capítulo 3: A pesquisa: alguns aspectos teórico-metodológicos

Capítulo 4: A resolutividade do Programa Saúde da Família no município de Volta Redonda (RJ)

- O Programa Saúde da Família: a visão oficial

- O Programa Saúde da Família: a visão empírica dos serviços

- A produção no Programa Saúde da Família de Volta Redonda
 - Atendimento médico

- A resolutividade no Programa Saúde da Família de Volta Redonda

- Referência e contra-referência

- Tempo de espera por atendimento especial

- Internação

- Atividades de promoção da saúde

- Formação profissional

- Rotatividade dos profissionais

- Práticas negativas dos usuários

- Remuneração

- Intersetorialidade

- Participação comunitária

Capítulo 5: Considerações finais

Bibliografia

Anexos

INTRODUÇÃO

A publicação do Relatório Flexner, nos Estados Unidos da América, em 1910, levou a uma profunda reforma do ensino e da prática da medicina que ganhou corpo, importância e autonomia. Melhor organizados e com o apoio do Estado, os médicos conseguiram gradualmente reforçar a sua posição, hegemonia e prestígio no seio da sociedade, desencadeando um feroz combate aos concorrentes que, de diversas formas, atuavam na área da saúde (inclusive, os enfermeiros) e excluindo as práticas alternativas. A partir de então, estabeleceu-se um sistema centrado no médico com suporte legal e que atribuía a esse profissional o monopólio do exercício da medicina, através de uma regulamentação rígida que proibia a prática médica a todos os que não obtivessem a devida autorização, concedida pelas organizações representativas da classe, após a passagem obrigatória por um curso de formação em escolas devidamente credenciadas. A partir de então, reforça-se a prática da modalidade de medicina familiar em que o médico, como profissional liberal, atendia a todos os membros de uma família, mediante uma remuneração. Todos os demais intervenientes na área da saúde cujo exercício fosse considerado legal, passaram a trabalhar na dependência e sob supervisão dos médicos.

Após a primeira guerra mundial, deu-se início a um desenvolvimento acelerado das ciências biológicas (apoiadas nas descobertas da microbiologia) e da indústria (inclusive, farmacêutica), que servia de suporte para o aperfeiçoamento e diversificação das técnicas de intervenção na área da medicina, resultando no aparecimento de novas especialidades. A partir de então, a especialização passou a ocupar o ponto central do ensino médico, inteira e expressamente voltado para o campo curativo e atendimento individual, uma vez que a saúde era, então, entendida como ausência de doença. Essa concepção levou à fragmentação da medicina, passando os especialistas a ocupar um lugar de destaque, enquanto o médico generalista registrava uma progressiva perda de prestígio. A constituição das especialidades médicas baseou-se muito na

incorporação de novas tecnologias cada vez mais complexas e voltadas para o atendimento individual, reforçando cada vez mais o caráter individualista da prestação de cuidados médicos. O profissional passou a assumir uma postura cada vez mais “tecnicista” que viria a ter uma influência negativa na relação médico-paciente.

Nos meados do século XX, no continente europeu, estabelece-se o estado de bem-estar social que mobiliza amplos recursos públicos para o setor saúde canalizados, sobretudo, para a assistência clínica e hospitalar especializadas, reforçando a dicotomia prevenção/cura. Consequentemente, registrou-se um aumento de custos de tal ordem que os gastos com a saúde por parte do Estado tornavam-se inoportáveis, levando a uma série de ajustes e reformas.

Em 1970, nos EUA, o relatório Carnegie declara a existência de uma crise da Medicina Flexneriana e propôs mudanças no ensino médico: integração docente-assistencial, expansão e aceleração da formação de pessoal auxiliar e técnico, integração de matérias básicas e profissionalizantes e estruturação de planos nacionais de saúde (Silva Júnior, 1998:56). Esta crise levou ao estabelecimento gradual de princípios liberais que olham para o setor saúde sob um ponto de vista estritamente economicista, tendo como critério básico de alocação de recursos a relação custo-efetividade baseada sobretudo na redução dos gastos (via contenção dos custos). Esta nova visão fez com que organizações ligadas ao setor, como a OMS, perdesse a sua força e coesão inicial, a favor de outras da área econômica, como o Banco Mundial e o FMI.

Surgiram novos posicionamentos a favor da saúde pública que levaram ao aparecimento de um novo paradigma – a produção social da saúde – iniciado com a publicação do Relatório Lalonde, em 1974, no Canadá, que viria a influenciar, ao longo de toda a década de 70, todos os congressos, conferências e simpósios internacionais, culminando, em 1978, com a Conferência de Alma-Ata, onde foi formulada a nova filosofia da Atenção Primária da Saúde com forte apoio da OMS

que passou a ser o seu principal difusor enquanto o Banco Mundial assumia uma importante parcela do seu financiamento. É nessa altura que se cria o marco teórico da Medicina Comunitária que propunha uma abordagem da saúde voltada para a coletividade e integrando as vertentes promoção/prevenção/cura.

O Brasil não ficou à margem desses acontecimentos, pois, emergia um forte movimento que defendia uma profunda reforma sanitária e que levaria, nos marcos de um sistema de saúde universal e integral, ao aparecimento de diversas iniciativas concordantes com a prática da medicina comunitária. A luta do movimento para a reforma sanitária teve o seu apogeu quando conseguiu que fosse incorporado na Constituição Brasileira, de 1988, importantes princípios, entre os quais a declaração da saúde como um direito dos cidadãos e dever do Estado. Passaram a surgir novas propostas para o setor saúde, entre as quais se inscreve o Programa Saúde da Família sob a influência de abordagens inovadoras em curso em diferentes países e diversas experiências focalizadas em diversos estados do Brasil.

A escolha do Programa Saúde da Família para tema da nossa dissertação deu-se após algum tempo de amadurecimento de idéias e consolidou-se durante a participação num seminário de grupo que abordou o tema “O desenvolvimento do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários” no período de frequência da disciplina Políticas de Saúde no Brasil, do curso de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública.

O atual momento político de Cabo Verde, país de origem, cria um espaço propício para a implementação de um programa com as características do PSF, capaz de contribuir para melhorar o acesso aos cuidados e serviços de saúde e reforçar a precária integração das vertentes promoção/prevenção/cura, pois, hoje predomina a assistência curativa propiciada por uma política nacional de saúde médico-hospitalocêntrica voltada para a atenção especializada com forte

discriminação e circunscrição da atenção básica, determinando a marginalização de uma parcela importante da população constituída pelas pessoas mais carentes.

O nosso trabalho pode ser dividido em quatro partes: na primeira, fazemos uma resenha sobre o aparecimento, a nível internacional, de diversos movimentos com diferentes características mas objetivando a ampliação do acesso aos cuidados e serviços de saúde; na segunda parte, analisamos como esses diversos movimentos influenciaram o aparecimento de um movimento sanitário no Brasil que desempenhou um papel de capital importância para o redesenho dos rumos da política nacional de saúde, assim como as diversas propostas de modelo de prestação de cuidados de saúde que foram surgindo no Brasil, a partir da década de 70; na terceira parte, analisamos, através de um estudo de caso, como ocorre na prática a resolutividade do PSF, realizando um trabalho de campo no município de Volta Redonda (RJ); a quarta parte é reservada para as considerações finais.

De início, era grande a nossa ansiedade porque, como cidadão estrangeiro, fazer um trabalho de campo numa cidade completamente desconhecida, sem qualquer referência ou contato prévio e sobre um assunto muito propalado no momento, poderia despertar sentimentos de desconfiança por parte dos futuros entrevistados. Inúmeras questões afloravam a nossa mente, aumentando cada vez mais a ansiedade: teríamos um acolhimento adequado e as pessoas mostrar-se-iam suficientemente abertas para fornecer as informações necessárias? Como proceder para que não se sentissem avaliadas e não camuflassem as situações, mostrando apenas o que de melhor os serviços produziam? Como abordar questões sensíveis que mexem com o “ego” das pessoas, tais como relacionamento com os colegas de trabalho, remuneração, condições de trabalho? Enfim, os momentos que antecederam os primeiros contatos foram, mais que de ansiedade, angustiantes. Uma angústia infundada, pois, absolutamente nenhuma das nossas suposições negativas tiveram espaço durante todo o tempo em que decorreu o trabalho de campo que, no total, somaram onze dias. Pelo contrário, não poderíamos ter sido acolhidos de melhor forma. A disponibilidade e abertura

dos entrevistados foi de tal ordem que passamos a ter receio de estar a perturbar a sua rotina de trabalho. Mais do que um trabalho de campo integrado no processo de elaboração da dissertação de mestrado, o convívio com os profissionais do PSF em Volta Redonda revelou-nos outras dimensões que, na certa, marcarão, de forma indelével, o nosso desempenho profissional futuro. Por isso, não foi pouco o esforço para separar os dados objetivos, de interesse para a pesquisa, de outros sujeitos à nossa apreciação e julgamento pessoais. Como resultado, somos profundamente gratos a todos aqueles que participaram na nossa pesquisa de campo e consideramos que, em grande parte, este trabalho é fruto dessa participação e, portanto, também deles.

CAPÍTULO 1 - A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL NO DOMÍNIO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E MEDICINA COMUNITÁRIA E SUA INFLUÊNCIA NA AMÉRICA LATINA E BRASIL

O advento da medicina mais voltada para o atendimento à família e à comunidade está relacionada com a crise do setor saúde. Os primeiros passos nesse sentido tiveram lugar nos Estados Unidos da América, ainda na década de 1960, e era dirigida para “uma parcela delimitada da população cuja incapacidade de compra direta dos serviços pudesse ser enquadrada nos limites institucionalmente estabelecidos para demarcar a faixa da pobreza” (Nunes,1980:187). Da mesma forma, no Canadá e em vários países da Europa ocorreram reformas do sistema que possibilitaram a implementação de novas estratégias visando alargar o acesso aos serviços de saúde. Em seguida, apresentamos a experiência do Reino Unido, Estados Unidos, Canadá e Cuba, que, de formas distintas, incorporaram novas idéias que foram evoluindo até a configuração do atual sistema que, em cada um desses países, apresenta características próprias distintivas dos demais.

Reino Unido

No Reino Unido, a organização da administração sanitária começou em 1875, com o Ato da Saúde Pública. A figura do Médico Generalista (*General Practitioner* – GP) existe desde então, com a função de cobrir 5 áreas básicas: clínica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia e pediatria. Em 1920, foi publicado o Relatório Dawson que propôs a reestruturação dos serviços de saúde baseada na regionalização, com integração das ações preventivas e curativas em que o Estado deveria assumir o papel de provedor e controlador de políticas de saúde. A partir dessa altura, os médicos generalistas foram separados dos médicos especialistas e médicos hospitalares, passando a ocupar-se, exclusivamente, da atenção primária da saúde.

Em 1948, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*) na sequência de uma série de reformas do aparelho do Estado e da proteção social, tendo como uma das finalidades básicas garantir o acesso universal aos cuidados e serviços de saúde. Houve uma clara divisão entre a assistência primária e secundária.

O Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido compreende 3 níveis: O primeiro nível com serviços médicos gerais prestados pelos médicos generalistas contratados pelo NHS com a função de assegurar as consultas médicas à entrada do sistema.

O segundo nível com serviços de assistência médica, saúde pública, materno-infantil, vacinação e imunização, educação para a saúde, ambulância e visitas domiciliares. Este nível é administrado pelos governos locais e tem como estrutura de referência os hospitais distritais.

O terceiro nível compreende os centros de ensino universitário e serviços de alta especialização.

Em 1964, foi criado o “Código do Médico Generalista”, através do qual o profissional pode formar parcerias e empregar pessoal especializado em práticas generalistas. Começaram, então, a surgir equipes de atenção primária que integravam GP, enfermeiras, visitantes domiciliares e, caso necessário, dentistas.

Com a finalidade de integrar os vários níveis do sistema e reduzir o gasto público, em 1973, publicou-se o *National Health Service Reorganization Act*, que criou uma hierarquia no sistema encabeçada pelo Ministério da Saúde, que nomeia os membros para a *District Health Authorities* (DHA). Estas têm por função coordenar os serviços das *Area Health Authorities* (AHA), sediadas nos Hospitais Gerais Distritais que, por sua vez, coordenam as ações a nível local.

De acordo com Justin Allen, representante do *Royal College of General Practitioners* do Reino Unido, no Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Medicina de Família realizado em Brasília, entre 13 e 16 de julho de 1998 (*apud* MS,1999), “os aspectos fundamentais do Serviço Nacional de

Saúde, no seu começo, determinavam que ele seria absolutamente livre no contato, universalmente acessível a todos os cidadãos e o acesso deveria ser feito através do GP. Cada cidadão tinha o direito de ser registrado com um GP e a Autoridade Distrital de Saúde tinha o dever legal de assegurar a disponibilidade de GP para cada cidadão. A única cobrança feita era a de medicamentos prescritos. A assistência à saúde privada foi permitida, desde o início, para aqueles que quisessem continuar a pagar, mas esta modalidade representa menos de 10% da assistência prestada no Reino Unido. Estes elementos chave estão presentes até hoje e permanece o fato de que o paciente não paga nada para consultar-se com o GP, ou com especialista, ou para internar-se em hospital”.

Em 1989, levou-se a cabo uma nova reforma proposta pela *Working for Patients* que instituiu o mercado interno e controle orçamentário. Segundo Almeida (1999:273), esta reforma tinha como princípio orientador “a separação entre provisão e financiamento de serviços, com redefinição do papel do Estado, que deixa de ser provedor, mas continua a financiar, coordenar e regular os serviços”. Privilegiando o setor privado, os princípios econômicos e o mercado, a nova reforma acabou reforçando o papel e o prestígio do GP no sistema, com a criação de dois tipos de compradores – GP e DHA – e dois tipos de prestadores – GP e Hospitais “empresas” (NHS trusts).

Na compra de serviços, enquanto as Autoridades Distritais de Saúde (DHA) baseiam-se na necessidade da população do distrito referente, os médicos clínicos gerais baseiam-se nas necessidades do paciente que atende, uma vez que o sistema de alocação de recursos, que era por volume de serviços prestados, passou a ser *per capita*.

Financeiramente os GPs também saíram beneficiados, uma vez que, em 1997, foi criado o *Fund Holding* do GP, através do qual clínicas individuais (consultórios) podem receber um orçamento que cobre o pessoal administrativo, medicamentos e serviços hospitalares (excluindo emergências). Para Almeida (1999:274), “esta nova forma de alocação dos recursos permite-lhes não só fazer uma seleção de riscos como utilizar os ‘saldos’ dos orçamentos para melhorar a capacidade instalada de seus consultórios”.

O sistema de saúde do Reino Unido limita o acesso à assistência secundária baseada em tecnologia de alto custo e apresenta duas portas de entrada: o médico geral, que cobre a atenção primária e absorve 90% dos recursos, e os serviços de emergência.

O médico generalista realiza 90% dos atendimentos em seu consultório e 10% no domicílio (antes eram 22%) e pode referenciar para o segundo nível de assistência (hospitais), quando necessário. Ao contrário dos especialistas, que têm uma relação episódica e intermitente com o paciente, o generalista mantém um relacionamento estreito e contínuo com o mesmo. Conforme afirmou Allen (*apud* MS,1999), para o GP “é muito mais importante saber quem tem uma doença, do que a doença que a pessoa tem”.

O médico clínico geral tem uma lista de pacientes e recebe *per capita*, independentemente do volume de serviços prestados. Esta forma corresponde a 50% da renda do GP, sendo os restantes 50% provenientes do salário anual (30%), que varia conforme a experiência e o regime de trabalho – tempo integral ou parcial, e pagamento por serviços prestados ou procedimentos (20%).

Hoje, no Reino Unido, todas as escolas médicas têm currículos voltados para a prática generalista tanto na graduação como na pós-graduação (residência médica), tendo sido inscrito um programa de quatro meses para a prática generalista. Desde 1996, para a admissão como *general practitioner*, o médico passa por um treinamento específico, findo o qual é submetido a uma avaliação supervisionada por autoridade competente. Periodicamente é submetido a uma prova de avaliação para renovação de sua “licença” para poder continuar a exercer.

Vale ressaltar que estes profissionais têm conquistado um grande prestígio e popularidade, determinando uma procura elevada com cerca de dez candidatos por vaga. O impacto do seu trabalho é tão grande que, em 1990, realizava 74% das consultas por 10% do custo total do NHS.

Esta configuração do sistema de saúde no Reino Unido destaca-se pelas seguintes características:

- universalidade de acesso;

- integralidade da atenção;
- grande predomínio do setor público na oferta de serviços;
- forte papel regulador do Estado;
- baixo peso do setor privado.

Estados Unidos da América

Nos Estados Unidos da América, ao contrário do que sucede no Reino Unido, o setor privado sempre teve uma hegemonia sobre o setor público na oferta e provisão dos serviços de saúde, assumindo o Estado a cobertura da população que não consegue, por seus próprios meios, acessar os serviços privados de proteção social: pobres, idosos e desempregados. Os médicos recebem honorários por serviço prestado e atuam como agentes independentes exercendo a profissão de forma livre, só respeitando as leis do estado onde atuam. O governo federal, com base na soberania do Estado Federativo, não se sente responsável pela coordenação de uma política nacional de saúde. Por isso, nunca se conseguiu criar um sistema único de saúde nesse país, apesar da tentativa de vários presidentes eleitos, e sempre prevaleceram as iniciativas privadas de caráter associativo para o desenvolvimento de ações de saneamento urbano e assistência médica, coordenadas pelas autoridades locais ou estaduais.

A publicação do Relatório Flexner, em 1910, teve, como consequência imediata, o fechamento de 124 das 155 escolas médicas existentes, então, nos Estados Unidos. Dentre as suas propostas salientam-se: redefinição dos padrões de acesso aos cursos de medicina, expansão do ensino clínico com envolvimento dos hospitais, ensino laboratorial, vinculação das escolas médicas a universidades, estímulo à especialização médica, controle do exercício profissional pela profissão organizada (Silva Júnior, 1998:44-45).

Como já foi mencionado, a concepção flexneriana da medicina levou à tecnificação do ato médico tendo como resultado o desenvolvimento da engenharia biomédica que associa a ciência à tecnologia, criando grandes

expectativas em torno da medicina como produtora de melhoria da qualidade de vida, reforçando ainda mais o seu prestígio social. A qualidade do ato médico passou a ser correlacionado com a incorporação tecnológica da prática médica, o que impulsionou o desenvolvimento das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos que constituem os dois principais suportes da medicina curativa, consumidora da maior parte dos recursos disponibilizados para a área da saúde, sobretudo, os hospitais urbanos por concentrarem os principais centros de diagnóstico e tratamento.

Começou-se então uma corrida para a especialização médica, especialmente nas décadas de 1950 e 1960, quando os médicos generalistas representavam em torno de 70% do total de médicos, contra 30% de especialistas. O pagamento era feito por serviços prestados e os médicos e suas associações controlavam os medicamentos. O desenvolvimento da biomedicina proporcionou o aparecimento de novas drogas e novas tecnologias, projetando a medicina curativa para um lugar de destaque e, na década de 80, o número de especialistas já ultrapassava o de médicos generalistas.

Em 1965, foram criados dois sistemas no setor público: o MEDICAID, de caráter assistencial e destinado à cobertura dos indivíduos comprovadamente pobres e o MEDICARE, sistema de seguros voltado para a cobertura dos idosos. Paralelamente, uma rede de serviços filantrópicos de saúde, subsidiados pelo Estado dava cobertura às populações dos bairros periféricos com alto índice de pobreza. Atualmente, o Medicare cobre 15% da população com uma nítida tendência para o aumento devido ao envelhecimento da população. Por sua vez, o Medicaid experimenta uma enorme expansão, ou seja de 22 milhões, em 1975, para de 39 milhões de beneficiados, em 1998 (de acordo com as informações do professor Bernard Salafsky, representante dos EUA no Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, realizado em Brasília, em julho de 1998, *apud* MS, 1999).

Estes programas provocaram um aumento considerável do gasto público, enquanto, em relação ao setor privado, o gasto total tende a diminuir, pois

registra-se um aumento da afluência em relação ao seguro privado e uma redução em relação ao gasto direto.

A fim de fazer face ao aumento da complexidade tecnológica da medicina, tendência à hospitalização e especialização, que contribuem de forma decisiva para o aumento dos custos e gastos em saúde, a legislação norte americana especificou, em 1965 – Social Security Amendments – e, em 1966 – Comprehensive Area-wide Health Planning Act – para a provisão da assistência médica integral à comunidade (Albagli,1978:93). Várias organizações participaram nesse processo, entre as quais, a poderosa Associação Médica Americana (AMA), que encabeçou um movimento que criou as “bases da Medicina Familiar e os fundamentos de uma política federal e estatal para o financiamento da formação de médicos de família em cursos de pós-graduação” (Paim,1985b:208).

Em 1969, a Medicina da Família foi reconhecida, nos Estados Unidos da América, como a vigésima especialidade médica, sendo o médico de família definido pela AMA como profissional com capacidade para “...servir ao público como médico de primeiro contato e de seu intermediário com o sistema de assistência médica; avaliar as necessidades totais de saúde de seus pacientes, assumindo a responsabilidade de orientar a assistência global de que eventualmente necessitem, agindo como coordenador dos serviços de saúde dos seus pacientes, incluindo o uso de médicos consultores, tendo em conta o seu ambiente comunitário e familiar, bem como a unidade social equivalente a que pertencem” (Carneiro,1978:19). Os médicos de família eram encaminhados para o exercício da medicina nas áreas rurais onde a população tinha pouco acesso e para a população pobre das áreas periféricas urbanas, possibilitando a mobilização de recursos públicos (provenientes de impostos) para a implementação e desenvolvimento dos programas de formação na área de medicina familiar, o que não era possível em relação às outras especialidades.

Há que ter em conta que o médico de família, nos Estados Unidos, sempre foi e continua sendo um profissional liberal que atende em seu consultório, de forma individualizada, os membros de uma família, mediante o pagamento da consulta.

A partir da década de 70, este movimento difundiu-se pela Europa, Canadá e América Latina (através do México) com forte apoio da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde.

Em 1978, em New Orleans (EUA), realizou-se a VII Conferência Pan-Americana de Educação Médica onde foram sistematizadas as atividades impulsionadoras da estratégia de medicina familiar. Dois anos depois, em 1980, também em New Orleans, teve lugar a 9ª Conferência Mundial de Medicina Familiar que analisou a experiência e propostas de diferentes países e organizou um conjunto de publicações para a discussão do movimento: Boletim Informativo del Centro Internacional para la Medicina Familiar, Revista Internacional de Medicina Familiar, Boletim da FEPAFEM (Paim, 1985b:209).

Nessa altura, os médicos especialistas atendiam sem necessidade de qualquer referência dos generalistas, pois, não existia nenhum processo para conter a demanda por atendimento especializado. Os custos dos cuidados médicos aumentavam consideravelmente uma vez que não tinham sido criados, até então, mecanismos para o controle dos gastos.

Nos anos 80, o *Managed Care* teve um grande impulso quando foi institucionalizado como uma alternativa para o controle e contenção dos altos custos da assistência médica que continuavam crescentes empurrando a inflação no setor. O *Managed Care* assume, então, a forma de administração da atenção médica voltada, fundamentalmente, para o controle da utilização de serviços, que abrange tanto o lado da oferta quanto da demanda, e pretende articular prestação e financiamento e, simultaneamente, conter os custos através de medidas reguladoras da relação médico-paciente. Privilegia o atendimento básico, e estabelece a “porta de entrada” através da obrigatoriedade da passagem pelo médico generalista, para diminuir o acesso à atenção especializada e hospitalar e controlar rigidamente a atuação profissional segundo parâmetros de prática médica definidos pela empresa, basicamente centrados nos custos dos procedimentos (Almeida, 1999:271).

Dessa forma, os médicos generalistas que atuam na porta de entrada do sistema contendo a demanda para os especialistas e procedimentos mais

onerosos, passaram a desempenhar um papel fundamental no controle e contenção dos custos.

Com a finalidade de estabelecer as regras de funcionamento do *Managed Care*, foi criado o *Managed Competition* (competição administrada) que, curiosamente, não teve o incremento que se esperava no país onde foi criado, mas tem sido adotado, com as devidas alterações e adaptações, em outros países, independentemente do sistema de saúde prevalecente (baseado no setor público ou privado). Só a partir de 1995, com a criação dos *Health Maintenance Organization* (HMO) foi introduzido o sistema de pagamento dos serviços *per capita* e, hoje, segundo Salafsky, professor da Escola de Medicina da Universidade de Illinois – EUA (*apud* MS,1999), “os valores *per capita* gastos com a saúde atingem os US\$ 3.500”.

O sistema de saúde nos Estados Unidos da América apresenta uma assistência primária que não cobre de forma uniforme todo o país, deixando de fora as pequenas cidades e as regiões do interior.

O mercado de trabalho tem estimulado a formação de médicos especialistas. Ainda segundo Salafsky (*idem*), “o clínico geral recebe entre US\$ 135 e 200 mil/ano, enquanto o especialista recebe valores que variam entre US\$ 200 mil/ano a US\$ 1 milhão/ano ou mais”. E acrescenta que o governo está mobilizando recursos a fim de ampliar o acesso aos serviços de saúde em todo o país. Para isso, foram definidas algumas prioridades: primeiro, promover o acesso à qualidade do atendimento aos excluídos; segundo, reduzir as desigualdades raciais e clínicas; terceiro, promover um sistema de atenção à saúde voltado para o conjunto da população; quarto, assegurar programas que quebrem as barreiras junto à população e promover o desenvolvimento de um sistema de gerenciamento eficiente e com satisfatório custo-benefício.

Quanto às escolas médicas Salafsky (*apud* MS,1999) declarou que está surgindo um movimento de reforma para que o ensino médico seja voltado para a criação de generalistas, com ênfase na atenção primária de saúde e começa-se a utilizar metodologias múltiplas com o objetivo de se obter um ensino integrado e já se reconhece a necessidade das escolas de medicina construírem currículos com

abordagens multiprofissionais, incorporando, sobretudo, as ciências do comportamento e as ciências básicas e mais voltadas para a medicina preventiva e a comunidade.

Desta forma, apesar do sistema de saúde se apoiar essencialmente no setor privado no que concerne a oferta de serviços, o Estado americano, pressionado pelos altos custos e pela existência de uma massa crescente de excluídos, vem mobilizando recursos e estudando propostas visando a ampliação do acesso.

Canadá

No Canadá, o governo começou a intervir no setor saúde a partir de 1887, quando foi criado o Conselho de Higiene com a finalidade de coordenar o setor saúde a nível municipal. Em 1922, este Conselho foi substituído pelo Serviço Provincial de Higiene criado pela Lei de Assistência Pública que obriga os municípios a prestar serviços hospitalares aos indigentes, sendo os gastos distribuídos em partes iguais entre o governo, os municípios e as instituições de caridade. Entre 1935 e 1945, o governo federal fez várias propostas de criação de um seguro saúde universal que foram sempre rejeitadas por serem consideradas anticonstitucionais, uma vez que a saúde era tida como uma área de jurisdição provincial e não federal.

O então ministério da saúde, criado em 1936, foi subdividido em dois, em 1944, dando origem ao Ministério do Bem-Estar Social. Convém ressaltar que até o final da década de 40 a medicina privada dominou a atenção médica no Canadá, com o acesso limitado àqueles que podiam pagar.

Em 1947, a província de Saskatchewan adotou um plano de seguro público para os serviços hospitalares com financiamento público, inaugurando uma caminhada de várias décadas rumo à criação do atual sistema de atenção médica canadense conhecido como Sistema de Seguro de Doença e baseado no seguro doença universal. Nos anos 50, a política social canadense alcançou o seu

apogeu registrando-se um extraordinário desenvolvimento da saúde pública e da seguridade social. Em 1956, o governo federal criou o seguro desemprego e, no ano seguinte, o seguro hospitalização. Paralelamente, propôs a extensão do modelo adotado pela província de Saskatchewan a todo o país, assumindo o compromisso de pagar 50% dos gastos. Até 1961, esta proposta viria a ser adotada por todas as províncias.

Em 1966, com a Lei da Atenção Médica, cria-se o regime público de seguro doença para cobrir as visitas e os serviços médicos prestados fora dos hospitais, sendo os gastos divididos a meias entre os governos federal e provincial, desde que respeitados cinco princípios fundamentais: cobertura universal, exaustividade (integralidade) dos serviços, acessibilidade, transferibilidade entre províncias da cobertura médica, e gestão pública. Esta lei teve aplicação gradual e, em 1972, abrangeu todo o território nacional canadense e, por isso, é considerado o ano do nascimento do atual sistema de saúde do Canadá, que apresenta como principais características os seguintes princípios, contidos na Lei Canadense sobre a Saúde, promulgada em 1984:

- **Universalidade** – cobre 100% da população residente admissível;
- **Acessibilidade** - não existem barreiras a serviços médicos e hospitalares assegurados e não há cobranças adicionais aos pacientes por esses serviços;
- **Integralidade** – cobre todos os serviços considerados necessários sob o ponto de vista médico (hospitalares e médicos), incluindo medicamentos e exames complementares de diagnóstico e integra os serviços de saúde e os serviços sociais;
- **Transferibilidade** – o seguro continua válido mesmo quando se muda de uma província para outra ou se viaja no interior do país ou mesmo ao estrangeiro;
- **Gestão Pública** – o plano de seguro provincial é administrado e operado, sem fins lucrativos, por uma autoridade pública responsável perante o governo provincial, sendo o financiamento público assegurado

com fundos conjuntos dos governos federal e provincial não requerendo nenhuma contribuição financeira direta por parte dos pacientes.

A administração dos serviços e a prestação dos cuidados de saúde são da responsabilidade de cada província que planeja, financia e avalia a qualidade dessa prestação. Ao governo federal cabe a função de estabelecer e administrar os princípios e normas nacionais que regulamentam o sistema da atenção médica (Lei Canadense sobre a Saúde), participar no financiamento dos serviços de saúde provinciais por meio de transferências fiscais, prestação direta de serviços de saúde a grupos específicos (população indígena, reclusos, militares, polícia) e assegurar as atividades de proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças. O sistema de saúde canadense cobre o custo total dos serviços prestados pelos médicos gerais, especialistas e hospitais, excluindo os serviços dentários e o custo dos medicamentos prescritos fora do hospital (excepção para os idosos).

Até meados dos anos 80, o financiamento do sistema de cuidados médicos (Medicare) variava de uma província para outra, podendo abranger desde cobertura parcial complementada por cotas pagas por cada família, até a cobertura total através de impostos gerais. Hoje, o financiamento da atenção médica no Canadá é feito principalmente através de tributos em forma de impostos provinciais e federais sobre a renda e os ingressos das empresas privadas.

Até 1996, a contribuição federal era feita por transferência global com base em um valor *per capita* que se ajustava anualmente conforme as variações do PNB. A partir de 1996, o governo federal passou a contribuir para os programas sociais e da saúde provinciais numa nova transferência global – a Transferência Social e da Saúde do Canadá – em que o financiamento federal transfere-se para as províncias como uma combinação de contribuições em efetivo e pontos tributários. Para a efetivação dessa transferência, os planos de seguro de doença provinciais devem cumprir com os princípios da Lei Canadense sobre a Saúde, condição que garante o direito ao pagamento completo da transferência federal.

Os fundos públicos financiam 70% e os 30% restantes são assumidos diretamente pelos clientes particulares, quando utilizam os serviços não cobertos (odontologia, medicamentos) ou indiretamente, por meio dos seguros privados complementares.

Os gastos são repartidos em públicos e privados. A tendência nos últimos anos é de diminuição gradual do gasto público e aumento do gasto privado que provém, sobretudo, da utilização dos serviços de saúde dos profissionais não médicos, medicamentos e medicinas alternativas. Contudo, há que ressaltar que o aumento do gasto privado não é devido, exclusivamente, ao aumento dos gastos totais e a uma maior frequência da utilização dos serviços não cobertos pelo regime do seguro público, mas também devido à diminuição da cobertura pública (exames buco-dentais para crianças maiores de dez anos, exames oftalmológicos para adultos) e pelo aumento das tarifas exigidas pelos serviços privados aos usuários.

Os médicos gozam de grande autonomia e não são funcionários do Estado. Os honorários médicos são determinados a partir de uma massa salarial negociada anualmente pelo governo com as federações médicas e segundo diversas formas de remuneração vigentes: por prestação ou ato médico, pela dedicação ou salário. A maioria dos médicos é produtor independente e atende em consultórios privados, recebendo honorários por serviço prestado diretamente do plano de seguro provincial.

Os usuários não pagam diretamente pelos serviços segurados, pois, para o atendimento, basta a apresentação do cartão de seguro uma vez que não há pagamentos deduzíveis, nem participação no pagamento, nem limites de cobertura dos serviços segurados.

O financiamento do sistema é feito pelos indivíduos como contribuintes, usuários ou segurados, da seguinte forma:

- **Receitas Fiscais do Estado** – financiam a maioria dos serviços hospitalares e médicos, assim como os serviços suplementares;

- **Seguros Privados** – financiam os serviços odontológicos, medicamentos receitados por médicos, hospitalização em estruturas privadas ou semi-privadas, serviços de saúde no estrangeiro;
- **Pagamento Direto** – cobre diversos serviços segurados só parcialmente pelos regimes público e privado, tais como, medicamentos de venda livre, terapias alternativas, gastos de hospedagem em hospital geriátrico;
- **Indenização dos Acidentes de Trabalho e de Trânsito** – resultam da contribuição dos empregadores e dos automobilistas;
- **Rede de Filantropia, Beneficência e Voluntariado.**

À semelhança do sistema inglês, o sistema canadense tem como figura central o Médico Generalista (de Família) que se ocupa dos Cuidados Primários de Saúde cobrindo 5 áreas básicas: medicina interna, cirurgia, gineco-obstetrícia, pediatria e psiquiatria. Contudo, diverge do sistema inglês, por permitir aos especialistas prover cuidados primários (sobretudo nas grandes cidades) atendendo diretamente a população, embora a tendência seja que a atenção primária fique a cargo dos médicos de família, que atuam sob essa designação desde 1969, quando o Colégio da Medicina Geral passou a ser chamado Colégio de Médicos de Família do Canadá (Mc Whinney, 1982:75-91). Atualmente, mais de 95% dos hospitais canadenses funcionam como instituições privadas sem fins lucrativos e 51% de todos os médicos em exercício, no Canadá, são generalistas.

O sistema canadense é considerado hoje um dos mais eficazes, tendo levado a uma nítida melhoria das condições da saúde (esperança de vida de 78.6 anos, sendo de 81.4 para as mulheres e 75.8 para os homens, taxa de mortalidade infantil de 5.6 por 1000 nascidos vivos) o que contribuiu de forma decisiva para que o país passasse a ocupar o lugar cimeiro no Índice de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas.

Cuba

O sistema de saúde cubano sempre gozou de grande prestígio. Após o triunfo da revolução, em 1959, foi implementado e consolidado um Sistema Nacional de Saúde caracterizado pela descentralização, sistema único e financiamento exclusivamente público. São notórios e conhecidos mundialmente os altos índices atingidos no setor saúde, apesar das adversidades enfrentadas por esse povo e seu governo, resultante do bloqueio econômico imposto, há quatro décadas, pelos Estados Unidos da América.

De início, o modelo implementado em Cuba, ainda na década de 60, era completamente voltado para o combate aos danos provocados na saúde dos indivíduos. Posteriormente, incrementou-se um modelo mais voltado para a atenção primária (com forte ênfase na promoção e prevenção), com programas orientados para o controle de riscos epidemiológicos, combate de epidemias e outros programas específicos para a prevenção de doenças. Graças a esses programas, Cuba conseguiu atingir um nível de primeiro mundo em termos de indicadores de saúde, o que lhe permitiu dar um saldo qualitativo e implementar um novo modelo, o atual, baseado na promoção da saúde como qualidade de vida.

“Remando contra a maré”, no início da década de 80, Cuba optou pela implementação do médico de família, no momento em que era intensa a discussão desse modelo, que tinha fortes opositores nos países da América Latina por ser considerado mais adequado para os países desenvolvidos como Canadá e Reino Unido que vinham investindo forte na esfera social.

Com o novo modelo pretendia-se conseguir uma maior integração das práticas preventivas, promocionais e curativas, frear a tendência para a super-especialização e estimular o desenvolvimento de ações dirigidas para a mudança de estilos e hábitos de vida. Para tal, o novo modelo foi estruturado de forma a incorporar atividades médicas e não médicas com a participação dos mais diversos setores, envolver todos os níveis do sistema nacional de saúde e definir estratégias de atuação assentes na realidade epidemiológica.

Uma das características importantes do modelo cubano de medicina de família é o envolvimento, desde cedo, das instituições ligadas à formação médica e outros profissionais de saúde, no processo de definição e formação dos profissionais que irão integrar o programa. Com efeito, procedeu-se a uma revisão do currículo de formação e, hoje, todo o médico formado nesse país sai preparado para integrar o programa e sua atuação é reconhecida, oficialmente, como especializada em medicina geral integral. Nesse âmbito, o médico de família é definido como um profissional da primeira linha, que presta atendimento precoce, de qualidade e resolutive, de forma integral e contínua ao indivíduo, família e comunidade pelo qual é responsável, interagindo de forma permanente com outros níveis de atenção. Existe um programa de educação permanente que começa na fase de residência e continua durante o exercício profissional como médico de família, através do policlínico que também funciona como unidade docente. A formação dos recursos humanos na área da saúde é da responsabilidade do Ministério da Saúde Pública que define as prioridades e necessidades.

A rede de cuidados foi reestruturada com base na setorialização da população adscrita: uma determinada área é dividida em setores com cerca de 130 famílias e em cada setor foi construído um consultório com residência para um médico e um enfermeiro que, dessa forma, criam um vínculo maior com a comunidade coberta. Os consultórios funcionam de segunda a sábado em dois períodos. A equipe básica tem horário integral e, no período de manhã, dedica-se ao atendimento da demanda espontânea e programada, e o período da tarde é destinado à realização de visitas domiciliares para orientação familiar, atenção individualizada, orientação epidemiológica e controle de riscos e seguimento dos pacientes em regime de internação domiciliar. Cada grupo de 15 a 20 médicos e enfermeiros constitui o chamado Grupo Básico de Trabalho que cobre as áreas de medicina interna, gineco-obstetrícia, pediatria e psicologia. O sistema permite e incentiva um permanente desenvolvimento científico e técnico dos profissionais que, atuando como médicos de família, podem especializar-se em áreas específicas de sua escolha.

Cada área conta com um policlínico, na região urbana, ou um hospital, na região rural, com plantão de 24 horas, onde trabalham profissionais de várias especialidades médicas e outras, que atendem os casos referenciados dos consultórios.

Segundo o Dr. Filiberto Perez Aires¹, atualmente, “o modelo de medicina familiar cubano cobre 98% da população e as equipes têm capacidade resolutive de cerca de 95% dos problemas que se apresentam nos consultórios da rede”.

Assim, em cada país a prestação do médico de família reveste-se de contornos próprios, moldados pelo sistema de saúde em que está inserido: universal e gratuito, em Cuba; universal não gratuito, no Canadá e Reino Unido; não universal e nem gratuito, nos Estados Unidos da América.

¹ Exposição oral no 1º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, realizado na cidade do Rio de Janeiro, de 24 a 27 de outubro de 2000.

CAPÍTULO 2 - O SURGIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO BRASIL COMO NOVA ESTRATÉGIA DE REMODELAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

No Brasil, ainda na década de 40, fazia-se já sentir uma grande falta de médicos com formação geral, pois era acentuada a preferência dos médicos pela formação especializada, atraídos pelos recursos técnicos da ciência médica (Abath,1985:48).

No início da década de 1960, a Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrava-se preocupada com a formação do chamado “Médico de Família” e, em 1966, nos Estados Unidos da América, foram dados os primeiros passos nesse sentido que culminaram com o reconhecimento da Medicina Familiar como especialidade médica, em 1969. Esta nova especialidade surgiu com a finalidade de conter a demanda para a especialização médica, hospitalização e serviços especializados.

Ao longo da década de 1960, acentuou-se a crise do setor saúde, caracterizada pela baixa cobertura, pouco impacto e altos custos das ações de saúde, o que levou a um aumento da pressão por parte de alguns setores organizados da sociedade civil sobre o governo, exigindo a melhoria das condições de saúde, tendo em conta as altas taxas alcançadas pelo PIB durante o período do “milagre brasileiro”. Surgem, então, (ainda nessa década) iniciativas focais de reforma dos serviços de saúde através dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) e reforma de ensino através da Integração Docente Assistencial (IDA) (Paim,1985a:89).

Em agosto de 1961, no Uruguai, teve lugar a Conferência de Punta del Este que definiu as diretrizes que serviram de base para a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em conjunto com o Centro de Estudos del Desarrollo (CENDES) da Universidade Central de Venezuela, desenvolverem um novo método de planejamento das ações locais e nacionais de saúde conhecido como método CENDES/OPAS que foi divulgado por toda América Latina e desempenhou um importante papel no processo de mudança da prática médica que viria a ocorrer

posteriormente. Baseado neste método, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) iniciou, em 1967, o Curso de Especialização em Planejamento de Saúde que formou técnicos que acabariam sendo peças importantes nos movimentos de profissionais de saúde, em resistência às políticas oficiais de saúde (Vasconcelos, 1987:16-23). Este movimento assume a forma de “um movimento ideológico que mobiliza um conjunto de agentes e agências para a elaboração de representações sobre o processo de produção de médicos, utilizando-se de mecanismos que possibilitem a substituição de uma dada concepção de educação médica por outra, supostamente, mais orgânica a um determinado modo de produzir serviços de saúde” (Paim, 1985b:207-208). No Brasil, foi em Ribeirão Preto que teve lugar a experiência pioneira de formação de recursos humanos em Saúde Coletiva, através da criação de um programa de residência que, baseado nos princípios de medicina integral, buscava treinar os médicos, simultaneamente, em ações preventivas e curativas (Paim, 1985a:88).

Diversos programas de formação foram implementados em nível de pós-graduação na área de medicina preventiva, medicina social e saúde pública, nomeadamente, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1970), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (1971), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (1973), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado de Rio de Janeiro (1974). Mas, a primeira abordagem com abrangência nacional deste tema teve lugar no seminário realizado em Petrópolis, nos dias 11 e 12 de maio de 1973, sobre “A Formação do Médico de Família” patrocinado pela Organização Mundial da Saúde, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e Faculdade de Medicina de Petrópolis. Segundo Paim (1985b:209), “no discurso dos promotores do evento nota-se uma crítica à tendência à especialização, à ênfase na atenção individual, e uma certa repulsa contra a avalanche tecnológica”. Contudo, não se conseguiu definir o perfil do médico de família e o currículo que deve nortear a sua formação.

A partir de então, esta questão ficou aberta até 1977, quando, pelo decreto 80.281, de 05/09/77, foi regulamentada a Residência Médica e criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Entretanto, desde janeiro de 1976 (portanto antes do decreto 80.281), já funcionavam dois programas de residência em Medicina Geral Comunitária: o sub-programa de internado e residência no Hospital Regional Rural do Programa de Saúde Comunitária do Projeto Vitória da Universidade Federal de Pernambuco e o programa de residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária Murialdo da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. Atualmente chamam-se Programas de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária (Abath,1985:53).

Inspirado nos princípios da Medicina Geral Comunitária, foi formulado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciado em 1976. O PIASS assume o caráter de uma estratégia política dirigida inicialmente sobretudo para o Nordeste brasileiro, priorizando a implementação de uma rede de serviços de saúde que articula e integra diversos níveis de atendimento. Contudo, a sua atuação ficou limitada às áreas não ocupadas pela iniciativa privada por imposição de dirigentes da Previdência Social, ligados aos interesses dos hospitais privados (Bodstein e Fonseca,1989:83).

Nesta altura, a nível internacional, encontrava-se em pauta uma ampla discussão visando a elaboração de uma nova proposta para enfrentar a crise no setor saúde e que servisse de suporte para a melhoria dos indicadores sanitários básicos dos países do terceiro mundo. Neste contexto, reveste-se de capital importância a realização da 30ª Assembléia Mundial de Saúde, no Quebec – Canadá, em 1977, onde se estabeleceu, como meta para todos os governos, a “Saúde Para Todos no ano 2000”, que serviu de lema para a Conferência Internacional da Organização Mundial da Saúde sobre os Cuidados Primários de Saúde realizada, em 1978, na cidade de Alma-Atá, capital da República do Cazaquistão, da, então, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. As recomendações emanadas dessa conferência tiveram muita aceitação e um

grande impacto nos sistemas e serviços de saúde dos países em vias de desenvolvimento da Ásia, África e América Latina.

Na América Latina, a Federação Pan-americana das Associações das Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) teve um papel de destaque no impulso para a implementação da Medicina Comunitária. Entre 1972 e 1977 desenvolveu um programa para a promoção do ensino da Medicina Comunitária em que participaram cinco países, incluindo Brasil (Ceitlin, 1982:111). Este programa esteve na base da realização de vários seminários e conferências, entre os quais, o Seminário de Campinas, realizado de 24 a 27 de maio de 1978, tendo por tema “A Formação do Médico Generalista”. Patrocinado pela Associação Brasileira de Educação Médica e pela Fundação Kellogg, este seminário foi muito polêmico, tendo suscitado calorosas discussões sobre temas que visavam a definição de uma estratégia de suporte ao movimento ideológico de medicina familiar com base no médico generalista em “vias de extinção” no Brasil, quando, desde a década anterior, nos Estados Unidos da América, esse profissional vinha ressurgindo com força e ocupando um importante espaço. Quanto à designação a ser dada ao médico com o perfil que se propunha para o programa não se chegou a consenso: médico (simplesmente), médico generalista, médico geral ou clínico geral. Outro ponto que gerou muita discussão foi o relativo ao momento de formação desse médico: a nível da graduação ou durante a graduação continuando na pós-graduação no período de residência médica.

Em 1979, a Federação Pan-americana das Associações das Faculdades e Escolas de Medicina, com apoio e financiamento da Fundação Kellogg, preparou um programa trienal (1979-1982) que cobria toda América Latina e Caribe, visando a formação e incentivo à utilização do médico geral/familiar (Ceitlin, 1982:118). Data desta altura o esforço da Associação Brasileira de Educação Médica para mudar o enfoque de dez residências de pós-graduação em Medicina Preventiva e Social e transformá-las em residências de Medicina Geral. Posteriormente, a Comissão Nacional de Residência Médica aprovou um novo tipo de residência em Medicina Geral Comunitária (Ceitlin, 1982:124).

Pela Resolução 08/79, de 15/10/79, foi regulamentada a Residência Médica em Medicina Preventiva e Social criando uma certa dificuldade na articulação entre os programas de residência das diferentes áreas (saúde pública, medicina comunitária, saúde comunitária), isso porque, segundo Paim (1985a:90), essa resolução contemplava um conjunto contraditório de tendências no que concerne a formação de recursos humanos em Saúde Coletiva e, conseqüentemente, diferentes projetos de reforma em saúde. Esta situação foi amenizada com a criação, no ano seguinte, do Programa de Apoio às Residências (PAR) em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública.

Entretanto, paralelamente, com o apoio de agências internacionais e da Federação Pan-Americana das Faculdades e Escolas de Medicina, surge um movimento que opta pelo projeto de reforma médica denominada Medicina de Família. Sérias discussões tiveram lugar entre os defensores deste novo projeto e os de Medicina Preventiva e Social, uma vez que, de acordo com Paim (1985a:91), o Programa de Apoio às Residências inclinava-se para uma estratégia de formação de recursos humanos que se distanciava deste novo movimento ideológico.

Em fevereiro de 1981, em Brasília, foi realizada a II Reunião do Conselho de Coordenação do Programa de Apoio às Residências, onde foram definidos os objetivos e campos de práticas das Residências em Medicina Preventiva e Social e o processo de formação do profissional da área de Saúde Coletiva. Devido a uma forte pressão para a conversão dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social em Programas de Residência em Medicina de Família, a Comissão Nacional de Residência Médica da Secretaria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura (MEC), aprovou a Resolução 07/81 que revogou dois importantes artigos da Resolução 08/79, esvaziando o seu conteúdo com prejuízo para os programas de residência em Medicina Preventiva e Social. Os residentes nesta área consideravam que “a Resolução 07/81, que regulamenta a Medicina Geral Comunitária, orienta a formação de um médico para triagem, com pequena abrangência em nível técnico-científico, aplacador de tensões sociais e com pequena percepção crítica da realidade de saúde do país, portanto uma

tentativa de transformar os programas de Medicina Geral Comunitária em Medicina Familiar, o que constituía um profundo retrocesso dos programas já existentes”. A decisão da Comissão Nacional de Residência Médica foi considerada autoritária e suscitou uma forte reação, encabeçada pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que apoiava os programas de treinamento em Medicina Preventiva e Social, e culminou com a realização do 1º Fórum sobre a Residência em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (1981). Neste Fórum foi aprovado um anteprojeto de normas para o credenciamento de programas de residência em Medicina Preventiva e Social que foi remetido ao Ministério da Educação e Cultura e veio a constituir-se na Resolução 16/81 que regulamenta a residência médica em Medicina Preventiva e Social e revoga a Resolução 08/79, abrindo duas alternativas para os programas de residência: o modelo de Medicina Geral Comunitária e o de Saúde Coletiva (Paim, 1985b:212-213).

Em novembro de 1981, foi difundida a Declaração de Petrópolis que reforça a importância da Medicina Geral Comunitária propondo sua formação através de programas de graduação e pós-graduação, oficialmente aprovados. Pouco depois, em 05/12/81, foi fundada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária que se manteve inativa durante muito tempo até ser reativada em 19/03/86, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (Bordin e Silva, 1988).

Na opinião de Abath (1982:77), a grande dificuldade na formação do médico geral comunitário resulta da precariedade do ensino e da deficiente organização curricular que deixam os estudantes com a única alternativa de optar por uma especialidade de campo de atuação mais restrito; além disso, são estimulados pelas imagens de seus professores (também especialistas) e de um mercado de trabalho que privilegia, em oportunidades de concurso e remuneração, as especialidades mais fechadas.

Em abril de 1983, em São Paulo, teve lugar o 1º Encontro Nacional de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária e, três anos depois, em setembro de 1986, realizou-se em Sete Lagoas (MG), o I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária que, definitivamente, mostra-se distante da Medicina

de Família por considerar que esta tem por objeto de trabalho a família com uma tendência privatizante e atuação conservadora no campo social. No mês seguinte, a Medicina Geral Comunitária foi reconhecida como especialidade médica, pelo Conselho Federal da Medicina, através da Resolução nº 1.232, de 11/10/1986.

As discussões sobre as designações e os currículos de formação de especialistas em Medicina Geral Comunitária e Medicina Familiar levaram a Organização Pan-americana de Saúde e a Associação Brasileira de Educação Médica a encomendar um estudo dirigido pelo, então, professor adjunto da Universidade Federal de Pernambuco, Guilherme Montenegro Abath, que demonstrou uma maior aceitação da designação Medicinal Geral Comunitária no Brasil, enquanto, a nível internacional, era preferida Medicina Familiar. Abath (1985:50) faz uma breve caracterização de cada uma das várias designações, pondo em evidência os elementos que diferenciam uma das outras. Assim, temos:

Medicina Familiar – medicina voltada para indivíduos e núcleos familiares, exercida como medicina liberal, sem considerar a comunidade como fator prioritário. Teria sido criada nos Estados Unidos da América.

Medicina Geral – caracteriza-se pela prestação de assistência médica independente da idade, sexo ou patologia dos pacientes, porém, sem centrar o foco na saúde da família e da comunidade a que pertençam.

Medicina da Família – mesmo enfoque da Medicina Geral quanto ao indivíduo considerando a relação com os integrantes do seu núcleo familiar. Não se ocupa dos problemas da comunidade.

Medicina Geral Comunitária – incorpora uma visão mais ampla a respeito da saúde e da doença. Ocupa-se igualmente de indivíduos, núcleos familiares e comunidade.

Medicina de Assistência Primária – restringe-se a cuidados básicos de saúde e tratamento, em ambulatório, das doenças mais prevalentes. Geralmente está mais ligada à assistência materno-infantil.

De todas estas designações, a Medicina Geral Comunitária é a melhor aceita por ser considerada a porta de entrada do sistema e propõe-se a “prestar

aos indivíduos, núcleos familiares e comunidade uma assistência integral, contínua e personalizada, não interrompida nem mesmo quando necessário encaminhar o paciente a outros níveis de assistência, para confirmação ou esclarecimento do diagnóstico e tratamento (...), rompendo a dicotomia entre Medicina Preventiva e Medicina Curativa e os determinantes primordiais das doenças vão além dos fatores biológicos e físico-químicos, graças à valorização de fatores psicológicos e sócio-econômicos”. (Abath,1985:51).

Em resumo, pode-se dizer que, no Brasil, os inúmeros encontros, conferências e congressos que abordaram a questão do perfil do médico que estivesse voltado para uma cobertura mais abrangente à população não teve os resultados práticos pretendidos. Ao longo dos anos, as constatações foram praticamente as mesmas com algumas divergências, em termos de pormenor, isto é, que é premente a necessidade de formar médicos com um perfil mais abrangente que incorpore mais o componente humano da relação médico-paciente e menos o componente técnico, e esteja capacitado para trabalhar com a comunidade tendo ou não a família como foco de atenção. Na nossa opinião, a estratégia de implementação do movimento para a formação do médico de novo perfil nunca passou da fase política, razão por que não foram registrados resultados práticos com exceção de algumas experiências focalizadas.

A partir dos anos oitenta, nota-se uma alteração no rumo dessa discussão do pensamento sanitário, passando a ocupar o centro das atenções outras questões mais genéricas como: a luta pelo reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, a universalização do acesso, a integralidade da atenção à saúde, entre outros temas.

Constituindo a bandeira da luta do movimento sanitarista, estes temas foram pontos da pauta de debate dos anos 80, culminando com a VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), em 1986, e a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, onde essas reivindicações foram incorporadas.

Todo este movimento sanitarista tinha como propósito a substituição do modelo hegemônico privatista, centrado no hospital, por outro de caráter universalizante com acesso alargado a toda a população. Na realidade,

conseguiu-se criar um modelo que teoricamente é universalizante (tipo inglês), mas, na prática, se assenta no setor privado (tipo americano), criando o que ficou conhecido por “universalização excludente”, descrita, de forma soberba, por Favaret Filho e Oliveira (1990), embora posteriormente veio a merecer algumas críticas. Para estes autores, no Brasil, “cada movimento de expansão universalizante é acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas, etc.) que expulsam do sistema diversos segmentos sociais”. Assim, “a universalização, no caso brasileiro, torna-se eficiente para efetivar o direito social à saúde não por incluir sob sua responsabilidade, como subentende-se da formulação sanitarista, a totalidade da população (paradigma inglês), mas por torná-lo apto, tendo-se em vista a limitação de sua oferta potencial de serviços, a atender os setores sociais de menor poder aquisitivo (Favaret Filho e Oliveira, 1990:154-156). Esta universalização, segundo Mendes (1992:51), favoreceu o aparecimento de um modelo médico neoliberal de saúde, composto por três subsistemas: o **público**, responsável pelo atendimento da grande maioria da população mas, devido à crise do Estado, presta um serviço de qualidade cada vez menor; o **de atenção supletiva**, que ganha hegemonia e tem um crescimento vertiginoso, ao longo da década de 80, e abarca cinco modalidades assistenciais – medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão, seguro-saúde e planos de administração; o **de alta tecnologia**, que também teve crescimento rápido incorporando tecnologia de ponta, tornando extremamente caros os seus serviços que consomem uma parte considerável dos recursos do Sistema Único de Saúde para atender a uma pequena percentagem da população.

De acordo com Carvalho (1996:118), “no Brasil, sobretudo a partir do início dos anos 90, quando se acelerou o processo de descentralização, desenvolveram-se diversas experiências municipais inovadoras, em busca de novos modelos de organização das práticas sanitárias (...) representando diferentes ênfases e estratégias de enfrentar aspectos do modelo biomédico dominante”.

Entre 1986 e 1988 é planejado e implementado o Programa de Agentes de Saúde do Ceará como experiência piloto financiado pelo Programa de Emergência

para o Combate aos Efeitos da Seca. Segundo Andrade (1998:50), a idéia básica era selecionar membros da própria comunidade para que, após um treinamento em ações básicas de saúde, pudessem desenvolver um trabalho de educação sanitária através de visitas domiciliares e de reuniões com as famílias. Com a idade mínima de 18 anos, a vontade de realizar um trabalho comunitário e a disponibilidade de oito horas diárias, qualquer cidadão da localidade podia se candidatar a uma vaga de agente de saúde.

Ganhando grande apoio popular, o programa obteve sucesso no controle e prevenção do cólera na Região Norte e contribuiu, de forma decisiva, para o melhoramento dos indicadores de saúde, principalmente a mortalidade infantil. Por este motivo, o Ministério da Saúde criou, em 1991, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS, onde o agente é definido como um indivíduo de idade mínima de 18 anos que sabe ler e escrever e reside há, pelo menos, dois anos na comunidade e integra a equipe de saúde local, estando preparado para identificar problemas, sensibilizar e orientar as famílias e a comunidade para as questões relacionadas com a saúde.

De acordo com Viana e Dal Poz (1998:18), “o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas”.

Estes Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm por principais atribuições específicas: mapeamento das residências, cadastramento e diagnóstico das famílias, identificação das áreas de risco, realização de visitas domiciliares priorizando a atenção às gestantes e crianças, mobilização da comunidade para ações coletivas e ação intersetorial. Sua formação é assegurada por enfermeiros (instrutores/supervisores) com dedicação integral e que trabalham numa unidade de saúde. Para o efeito, utilizam uma série de vinte e um vídeos e várias publicações da Coordenação de Saúde da Comunidade - COSAC (que depois passou a ser chamada Coordenação da Atenção Básica - COAB e, hoje, Departamento da Atenção Básica - DAB). Cada enfermeiro pode assumir a

formação, o acompanhamento e a supervisão de, no máximo, trinta agentes comunitários de saúde.

Periodicamente, o enfermeiro instrutor/supervisor avalia o resultado das atividades dos agentes comunitários com base nas informações colhidas pelos mesmos e registradas num formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que constitui a base para a elaboração dos relatórios que permitem aos gestores municipais conhecer a realidade sócio-sanitária da população, acompanhar, avaliar, (re)adequar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Para a implementação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde duas condições básicas são exigidas: primeiro, que o município esteja habilitado em uma das condições de gestão previstas na Norma Operacional Básica (NOB) 1/96 - Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal; segundo, que o projeto seja aprovado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), após sua apresentação e discussão no Conselho Municipal de Saúde.

O Programa é coordenado pelo Secretário Municipal de Saúde que tem a responsabilidade de definir a unidade básica de saúde para cadastramento e referência dos agentes comunitários de saúde, garantir infra-estruturas onde devem funcionar as unidades básicas, comprovar a existência do Fundo Municipal da Saúde ou conta especial, contratar e remunerar os profissionais das equipes, garantir educação permanente aos profissionais e solicitar a adesão ao PACS à Secretaria Estadual da Saúde. A coordenação nacional deste programa ficou a cargo da Coordenação da Saúde da Comunidade, especialmente criada para o efeito na dependência da Fundação Nacional da Saúde (FNS).

A atuação dos agentes comunitários não está regulamentada. Trata-se de um trabalhador temporário, contratado pela prefeitura, sem vínculo empregatício e sem qualquer direito trabalhista. Tramita no Congresso Nacional um projeto de lei que pretende profissionalizar a função dos agentes comunitários e acabar com a característica de trabalho temporário dos mesmos. Segundo o então deputado Sérgio Arouca (1991), não era necessária a transformação do agente comunitário

em funcionário público municipal, mas sim, proteger este profissional sem precisar criar mais uma profissão ou mais uma função no serviço público.

A este respeito, convém notar que existem dois tipos de agentes comunitários de saúde: os contratados temporariamente pela prefeitura e os voluntários ligados à Pastoral da Criança da Igreja Católica, que considera o trabalho voluntário mais eficiente, uma vez que a contratação limita o trabalho do agente que tem a sua atuação condicionada pelo horário.

Os resultados alcançados pelo PACS estimularam os secretários municipais de saúde a expandir o programa a outros profissionais da saúde e operacionalizar a rede básica. Nesse sentido, por falta de recursos financeiros, começaram a pressionar as estruturas centrais, levando à realização de uma reunião nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, durante a qual foi concebido o Programa Saúde da Família – PSF, que viria a ser implantado, oficialmente, em março de 1994. De acordo com Viana e Dal Poz (1998:21), na sua fase inicial, o Programa Saúde da Família apresentava características de um programa vertical da Fundação Nacional da Saúde e tinha por objetivo cobrir áreas de risco selecionadas a partir do Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA).

No decurso da sua atuação, e à medida em que os resultados foram aparecendo, o Programa Saúde da Família foi sendo gradualmente moldado até assumir, a partir de 1997, a estratégia de atenção primária para a reorientação do modelo assistencial, passando o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde a ser considerado uma fase de transição para o PSF. Atualmente, o PACS existe como programa autônomo somente nos locais de difícil captação de médicos e onde não é possível implantar o Programa Saúde da Família. Essa evolução de programa para estratégia foi influenciada por várias circunstâncias, entre as quais: a experiência internacional de países como Canadá, Cuba, Reino Unido, Estados Unidos da América, entre outros, no desenvolvimento de modelos de assistência à família; a experiência interna de alguns municípios, tais como: Silos (Salvador), Em Defesa da Vida (Campinas), Saudicidade (Curitiba), Programa Médico de Família (Niterói); a inexistência, no momento, no Brasil, de nenhuma proposta

concreta de assistência básica para o Sistema Único de Saúde, uma vez que o SILOS não tinha uma definição de cobertura; o sucesso do PACS como forma descentralizada de operação da política de saúde; e a própria NOB/96, que criou incentivos à constituição de um Sistema Único de Saúde a nível municipal e a conformação de um novo modelo de atenção básica. Além disso, há que ter em conta as configurações políticas internacionais que sugeriam um alargamento da cobertura assistencial à saúde, sem aumento de gastos, através da criação de pacotes mínimos dirigidos para a população de baixa renda.

Assim, o Programa Saúde da Família passa a ser considerado uma estratégia que visa reverter o modelo assistencial tradicional, centrado no hospital e orientado para a cura de doenças, por outro centrado na família com incorporação de intervenções que ultrapassam as práticas curativas, baseadas numa melhor compreensão do processo saúde/doença através da criação de vínculos e laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população.

A implantação do PSF é feito a partir da unidade de saúde da família (USF) constituída por uma (ou mais) equipe multiprofissional que cobre um território definido e a população a ele adscrita, no seio da qual desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação de agravos no nível primário e, quando necessário, referência para os níveis de maior complexidade tecnológica. A unidade de saúde da família passa a constituir a porta de entrada do sistema, sendo a equipe de saúde da família, basicamente, constituída por:

- 1 médico de família ou generalista
- 1 enfermeiro
- 1 auxiliar de enfermagem
- 4 a 6 agentes comunitários de saúde.

Contudo, a equipe pode incorporar outros profissionais, dependendo da necessidade e disponibilidade financeira. As principais funções definidas para a equipe de saúde da família são:

- Conhecer a realidade das famílias (social, demográfica e epidemiológica) e cadastrá-las;
- Identificar os problemas de saúde e situações de risco da população;
- Elaborar um plano local, com a participação da comunidade, para enfrentar os problemas de saúde e situações de risco;
- Prestar assistência integral, com enfoque na prevenção sem descuidar do atendimento curativo nas áreas de pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica (pequenas cirurgias ambulatoriais);
- Desenvolver ações educativas para enfrentar os problemas de saúde identificados.

O Programa Saúde da Família implanta-se no município com a participação do nível estadual. Para tal, o município deve estar habilitado conforme uma das condições de gestão previstas na NOB 1/96 (Gestão Plena de Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal) e, após elaborar o projeto para implementação das equipes nas unidades básicas e submetê-lo à apreciação do Conselho Municipal da Saúde, remeter a proposta para a Secretaria Estadual de Saúde (SES) que a analisa e encaminha para a Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Após a aprovação nesta instância o município fica, então, autorizado a proceder ao cadastramento das unidades de saúde da família.

A Secretaria Municipal da Saúde estabelece contatos com SES e CIB, por um lado, e com as unidades de saúde da família, por outro, sendo de sua responsabilidade: a coordenação da estratégia do Programa Saúde da Família no município; o recrutamento, seleção, contratação e remuneração dos profissionais integrantes das equipes; o treinamento inicial e a capacitação das equipes como processo contínuo; a elaboração de um Sistema de Informação e Relatório de Gestão para acompanhamento, avaliação de desempenho e evolução do trabalho das equipes; a definição do fluxo de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade que asseguram a realização de consultas especializadas, apoio diagnóstico e internações hospitalares; a organização da comunidade para a participação na gestão do sistema e exercício do controle social.

No nível estadual, é a Secretaria Estadual da Saúde que desempenha o papel de interlocutor entre o Ministério da Saúde e os municípios, assumindo a responsabilidade de: participar na definição das normas e diretrizes da estratégia do Programa Saúde da Família; planejar, acompanhar e avaliar a implementação do programa; negociar com a Comissão Intergestora Bipartite, os requisitos técnicos e financeiros; integrar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para as equipes de programa; articular com as universidades e instituições de ensino superior (inovações curriculares, cursos de pós-graduação e especialização); promover o intercâmbio de experiências e articulações com outras instâncias da esfera estadual; identificar recursos técnico-científicos e parcerias com organizações governamentais e não governamentais; contribuir para o incremento da gestão plena de atenção básica dos municípios; prestar assessoria técnica aos municípios.

O governo federal assegura o gerenciamento e a organização da estratégia do Programa Saúde da Família através do Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde que se incumba de: definir normas e diretrizes do programa; definir os mecanismos de alocação de recursos federais; negociar com a Comissão Intergestora Tripartite; acompanhar e avaliar a implantação e resultados da estratégia do programa nos estados e municípios; assessorar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para as equipes de Saúde da Família; articular com as universidades e instituições de ensino superior; incentivar intercâmbio de experiências; promover articulações com outras instâncias da esfera federal; identificar recursos técnico-científicos; identificar e estruturar parcerias com órgãos governamentais e não governamentais.

No que diz respeito ao financiamento, inicialmente, era assegurado por convênios entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, o que dificultava bastante o avanço do programa devido à sua pouca flexibilidade e ao caráter centralizador da Fundação Nacional de Saúde. Por isso, em 1995, o Programa Saúde da Família foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde e iniciou-se a discussão para a incorporação de ações desenvolvidas pelo programa, no sistema de remuneração pela tabela de procedimentos do SIA/SUS

que veio a ser implementado a partir de janeiro de 1996. Com a NOB/96, foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB), composto de uma parte fixa, destinada à assistência básica (remuneração *per capita*), sendo o seu valor mínimo de R\$ 10,00 por habitante por ano para cada município habilitado, e uma parte variável, destinada a incentivos para o desenvolvimento de ações estratégicas da Atenção Básica (programas definidos como prioritários para o Ministério da Saúde, entre os quais, o Programa Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde). O PSF é financiado através das duas partes (fixa e variável).

O Piso da Atenção Básica (e a sua composição) foi estabelecido pela Portaria nº 1.882/GM, de 18/12/1997, e, através dele, é repassado um valor *per capita* pelo Governo Federal aos municípios, que, somado às transferências estaduais e aos recursos municipais, financia a Atenção Básica à Saúde, definida como "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (...) e que permitem avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente" (MS,1999:9). Desta forma, o Piso da Atenção Básica rompe com o mecanismo de repasse baseado na produção de serviços, reduz a desigualdade na repartição dos recursos e proporciona ganhos em autonomia local (COSEMS-RJ,1999:27).

A Portaria nº 157/GM, de 12/02/1998, estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos municípios aos incentivos ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa Saúde da Família, definindo como incentivo os seguintes valores:

- I. para cada agente comunitário de saúde, R\$ 1.500,00 por ano;
- II. para cada equipe de Saúde da Família em:
 - a) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 10,00 e menor que R\$ 12,00, incentivo de R\$ 21.000,00 por ano;
 - b) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 12,00 e menor que R\$ 14,00, incentivo de R\$ 19.000,00 por ano;

- c) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 14,00 e menor que R\$ 16,00, incentivo de R\$ 17.000,00 por ano;
- d) municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$ 16,00 e menor que R\$ 18,00, incentivo de R\$ 15.000,00 por ano.

Como parâmetros de cobertura foram estabelecidos, para cada equipe de Saúde da Família, 2.400 a 4.500 pessoas e para cada agente comunitário de saúde, 400 a 750 pessoas. Pouco depois, foi aprovada a Portaria nº 3.122/GM, de 02/07/1998, que altera o artigo 4º da Portaria nº 157/GM e estabelece novos valores para os incentivos ao PACS/PSF: R\$ 2.200,00/ano, para cada agente comunitário de saúde e R\$ 28.000,00/ano, para cada equipe de Saúde da Família.

Pela Portaria nº 1.329/GM, de 12/11/99, foi estabelecida nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família, parte integrante do PAB. Como critério para a definição do valor do incentivo financeiro anual ao programa foi tomada a cobertura populacional das equipes no município, distribuída em nove faixas, tendo cada uma um valor diferenciado que varia de R\$ 28.000,00, para a faixa I a R\$ 54.000,00, para a faixa IX. O repasse é feito mensalmente, de forma automática, através do Banco do Brasil, pela modalidade fundo a fundo (do Fundo Nacional da Saúde para o Fundo Municipal da Saúde). Os recursos financeiros do Piso da Atenção Básica devem ser utilizados apenas em despesas de custeio e capital relacionados entre as responsabilidades definidas para a gestão da Atenção Básica conforme o Plano Municipal da Saúde, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas no Plano (MS,1999:30).

Para a qualificação aos incentivos, o município deve solicitar à Secretaria Estadual de Saúde o preenchimento da Ficha de Qualificação que, após obter a concordância da Comissão Intergestora Bipartite, é enviada ao Ministério da Saúde que a publica no Diário Oficial da União. Após a qualificação, o município deve implantar o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e mantê-lo atualizado.

Por meio do Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS, o Ministério da Saúde apoia o equipamento básico das unidades de saúde da família no nível municipal (Aguiar,1998:72). A partir de novembro de 1997, também com recursos do REFORSUS, passou-se a promover a implementação de Pólos de Capacitação para a formação e educação continuada do pessoal integrante das equipes de Saúde da Família. Os Pólos funcionam em instituições conveniadas com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios. As propostas apresentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde são submetidas à apreciação de uma comissão de análise, criada pelo Ministério da Saúde, que procede à sua classificação hierárquica em Pólos de Capacitação, Projetos de Capacitação ou Projetos de Cursos.

O recrutamento, seleção e contratação dos recursos humanos são da responsabilidade do município, contando com a assessoria da secretaria estadual. Não existe um critério definido de seleção, podendo ser utilizadas diversas modalidades que vão desde provas (escrita, prática, teórico-prática), até entrevista e análise de currículo. A modalidade de contratação também é definida pelo município, assim como o montante da remuneração dos profissionais, que não obedece a qualquer parâmetro. Compete também ao município definir os serviços disponíveis para a referência e contra-referência de casos: consultas de especialidade, serviços de apoio diagnóstico e internações hospitalares. A contratação das unidades prestadoras de serviços deve respeitar as seguintes normas:

Primeiro, qualquer unidade de saúde privada pode prestar serviços ao Sistema Único de Saúde, mediante um contrato previamente estabelecido; segundo, as unidades públicas não precisam de contrato, sendo suficiente um termo de compromisso, celebrado entre os gestores, para que um município possa comprar serviços de municípios vizinhos; terceiro, caso não exista no município unidades públicas que realizam procedimentos de atenção básica e estes só existirem a nível do estado, deverá ser estabelecido um convênio entre o município e o gestor estadual; e, por último, no caso do município, habilitado na gestão plena da atenção básica, existir uma unidade privada que presta serviços

básicos e especializados (média e alta complexidade), deverá existir um contrato com o município para a prestação de serviços básicos (o município paga esses serviços) e outro com o estado (que contrata e paga os serviços especializados) (MS,1999:31-32).

Estas múltiplas atribuições aos municípios, sem parâmetros definidores das margens de atuação, podem constituir motivos para o afastamento dos objetivos preconizados no Sistema Único de Saúde e nos programas PSF e PACS. Por outro lado, a não definição, pelo Ministério da Saúde, de um esquema mínimo que deverá nortear o processo de referência e contra-referência dos casos pode dificultar a sua implementação ou, no mínimo, a sua operacionalização, afetando, direta e profundamente, o princípio da integralidade da atenção defendida pelo Sistema Único de Saúde e constante nos objetivos do Programa Saúde da Família, assim como a resolutividade do programa.

De acordo com Machado (2000), o sistema de contratação de profissionais normalmente utilizado no Programa Saúde da Família, cria um vínculo precário que, associado à remuneração diferenciada, constituem fatores que podem ter uma repercussão negativa na dedicação e desempenho do profissional e na qualidade da sua prestação, comprometendo, não só, a qualidade dos serviços, mas também, a alta resolutividade que se pretende com esse programa. Além disso, pode constituir um motivo de descontentamento dos profissionais do programa, sobretudo médicos, dificultando a sua fixação e resultando numa alta rotatividade dos mesmos, isto é, opção por outros serviços que oferecem melhores condições contratuais.

A estratégia de territorialização e adscrição da clientela pode confrontar-se com o princípio da universalidade de atenção preconizado no Sistema Único de Saúde, uma vez que, em áreas populosas, uma parcela da população pode ficar fora do sistema dado a limitação do número de famílias e habitantes que a equipe do Programa Saúde da Família deve cadastrar. Entretanto, Viana e Dal Poz (1998:27) alertam para o fato de “as experiências dentro do universalismo evidenciarem que se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal

e que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, os dois conceitos não precisam ser excludentes”.

Na nossa opinião, a designação "Programa Saúde da Família" talvez tenha sido escolhida para neutralizar as divergências quanto ao nome atribuído aos vários modelos que o antecederam e, assim, ser aceita por todos, tanto mais que o PSF se apresenta como uma fusão desses modelos, dos quais difere pelos seguintes aspectos:

- a) o Programa Saúde da Família está inserido nas políticas públicas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde e constitui uma prioridade para o Ministério da Saúde;
- b) as funções das três esferas do governo estão claramente definidas por lei;
- c) tem um canal de financiamento próprio, além de contar com um forte incentivo financeiro do governo para a sua implementação em todo o território nacional;
- d) conta com uma equipe multiprofissional bem definida cuja formação tem financiamento garantido pelo REFORSUS, que também financia, embora parcialmente, o equipamento das unidades de saúde da família, que constituem a porta de entrada do sistema;
- e) a participação da comunidade e o controle social na gestão do Programa são assegurados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Na verdade, a efetiva responsabilidade pelo sucesso do Programa Saúde da Família recai sobre o município e seu gestor, entidade que deve implementar as atividades necessárias para a prossecução dos objetivos propostos pelo programa e criar as condições para garantir o cumprimento dos princípios preconizados no SUS:

- 1) saúde, como direito do cidadão e dever do Estado;
- 2) integralidade da assistência, como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços promocionais, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema;

- 3) universalidade, como acesso aos serviços de saúde para toda a população;
- 4) equidade, como igualdade na assistência à saúde;
- 5) resolutividade, como eficiência na assistência integral, contínua e de qualidade à população e na intervenção sobre as causas e fatores de risco;
- 6) intersetorialidade, como ações integradas de serviços de saúde e outros órgãos públicos;
- 7) humanização do atendimento, como responsabilização mútua do profissional e usuário e estreitamento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- 8) participação, como organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (através do Conselho Municipal de Saúde).

Tendo em conta a extensão territorial do país, a diversidade sociocultural, os diferentes níveis de desenvolvimento econômico inter- e intra-regionais, estaduais e municipais, o Programa Saúde da Família deve ser muito flexível para que a sua implantação e implementação sejam possíveis. Reconhecendo este fato, o Ministério da Saúde aprovou a portaria nº 1.348, de 18/11/99, que define critérios para a regulamentação do incentivo a municípios que tenham projetos similares ao Programa Saúde da Família, desde que expressem os princípios e diretrizes do SUS. O valor do incentivo de similaridade a ser pago por equipe/ano será fixo, correspondendo ao valor de R\$ 18.000,00, independente da cobertura.

No que se refere ao perfil do médico para o PSF, propõe-se que seja um generalista ou médico de família, perfis que não se enquadram no atual currículo de formação acadêmica das instituições de graduação do profissional médico. A mudança curricular não se consegue por simples decretos governamentais ou vontade política dos governantes. Nessa matéria, tem peso muito maior o posicionamento das organizações profissionais e dos acadêmicos. Aliás, a este respeito, Paim (1985b:208), citando vários autores (Ceitlin J., Chaves M., Young

P.), aponta três fases da estratégia de disseminação do Movimento da Medicina Familiar:

- 1) **Fase Política**, que se caracteriza pelas discussões intensas quando se manifestam os antagonismos e resistências devido aos choques com situações existentes, ou à ignorância dos opositores;
- 2) **Fase Administrativa**, que ocorre quando as instituições resolvem organizar um Serviço de Medicina Familiar ou um Programa de Residência Médica;
- 3) **Fase Acadêmica**, que é considerada a mais difícil, ainda que entendida como condição de sobrevivência da especialidade, e implica a absorção da proposta pela escola médica.

Pode-se dizer que, neste momento, o Programa Saúde da Família já ultrapassou as fases política e administrativa, tendo justificado a sua existência a nível dos serviços, faltando-lhe conquistar o espaço no meio acadêmico.

No concernente à criação de um sistema de referência e contra-referência salienta-se a inexistência, de uma maneira geral, de estruturas intermediárias entre as Unidades de Saúde da Família (porta de entrada) e as instituições de média e alta complexidade (a exemplo dos policlínicos, em Cuba), assim como de mecanismos de controle e avaliação de desempenho das estruturas de referência. Mesmo quando existem contratos ou convênios com o município ou o estado para a prestação de serviços, essas instituições podem praticar a seleção do atendimento, admitindo só os casos “economicamente viáveis”. Este fato pode pôr em causa a alta resolutividade que se propõe e se espera do Programa Saúde da Família que, por si só, já é condicionada por diversos fatores, entre os quais, se destaca o perfil dos profissionais que integram as equipes, em especial, o médico, que, conforme foi atrás referido, não tem no currículo de sua formação valências que possam aproximar o seu perfil do exigido para o médico do PSF, com repercussão direta na qualidade de sua prestação. A este respeito, Viana e Dal Poz (1998:30) apontam como uma das dificuldades da expansão do programa, “a lenta resposta do aparelho formador dos recursos humanos e as resistências das

faculdades de medicina em explorar o campo da Saúde Coletiva e incrementar a formação de médicos generalistas”, para além da estrutura extremamente centralizadora do Ministério da Saúde, resistências corporativas (associações de enfermagem e médicas) e a conotação da atenção primária com a tecnologia simplificada.

CAPÍTULO 3 – A PESQUISA: ALGUNS ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

O objetivo do nosso trabalho é analisar o Programa Saúde da Família tomando como eixo central a questão da resolutividade.

Para definir a resolutividade, teremos de ter presente vários conceitos que nela estão implícitos, tais como: acessibilidade, eficiência, eficácia, efetividade, entre outros. Não nos propomos analisar cada um deles, mas, tão somente, referenciá-los no mínimo necessário, de forma a tornar compreensível o nosso conceito de resolutividade. Para este trabalho adotamos a definição de Campos (1988:57) que considera a resolutividade como sinônimo de solucionar, dar solução a algo. Assim, mais resolutivo é o serviço que soluciona maior proporção dos problemas que lhe são apresentados. A capacidade resolutiva deve ser vista sob dois prismas: o quantitativo - capacidade de absorver o maior número de atendimentos solicitados, e o qualitativo - capacidade de resolver os casos atendidos.

A resolutividade pode apontar para uma ou outra direção, conforme for o caráter do serviço. Para um serviço típico de saúde pública, ser resolutivo é conseguir a melhoria dos indicadores epidemiológicos de incidência e prevalência de patologias, bem como a redução e alteração do perfil da morbidade. O novo paradigma da saúde pública, baseada na promoção da saúde, alarga a sua abrangência para além desses indicadores, incorporando outras idéias que extrapolam os limites da morbidade e da doença e sua prevenção. Para os serviços assistenciais, resolutividade seria o atendimento à demanda que aporte espontaneamente à unidade de saúde, com a produção de atos eficazes e satisfatórios para os usuários (Campos,1988:63).

Segundo este autor, considera-se resolutiva uma ação ou um cuidado que consiga suprimir, minorar ou abreviar o período de manifestação dos sintomas; promover a remissão ou a cura do processo mórbido no menor tempo possível; limitar a incapacidade superveniente, na pior das hipóteses, evitando a evolução para o desfecho letal (Campos,1988:64).

Um componente importante da resolutividade é a satisfação do usuário, isto é, o nível ou grau de resolução de suas expectativas. De acordo com Campos (1988:64), "não basta que os atos sejam tecnicamente úteis. Para que se tornem consequentes, é necessário que haja um mínimo grau de satisfação dos usuários, sem o que poderá ser interrompido o fluxo natural desse processo, com a lógica perda da utilidade".

Até há bem pouco tempo, um dos indicadores mais utilizados para avaliação dos serviços e cuidados de saúde era a relação custo/benefício e/ou custo/efetividade, sem levar em conta a satisfação do usuário. Hoje em dia um novo conceito está sendo incorporado – a qualidade de vida – determinando uma reviravolta na forma clássica de avaliação dos serviços. A resolutividade está intimamente ligada à acessibilidade ao serviço de saúde que constitui o fator primordial para a sua utilização ou não e, na maioria das vezes, é determinada pela renda do indivíduo, situação que o Programa Saúde da Família pretende contornar.

No sentido restrito, o acesso pode ser considerado no contexto de que todas as pessoas atualmente necessitadas de cuidado médico possam recebê-lo. Bastante ilustrativa é a noção de "*iceberg* médico", criado por Beck, R.G. (*apud* Campos, 1988:60) para conceituar o acesso: o *iceberg*, representa a necessidade médica tecnicamente definida que pode ser tratada pelos médicos. A proporção do *iceberg* sobre a água, representa a necessidade que realmente recebe a atenção médica e quanto maior a sua porção, maior o acesso aos cuidados pelo grupo, representado por todo o *iceberg*. No entanto, o acesso deve representar a real utilização do serviço de saúde e não a simples existência de uma facilidade e, por isso, deve ser medido pelo nível de utilização em relação à necessidade. Por outro lado, eficácia é o poder de produzir um efeito. Para a OMS, é "o benefício ou utilidade, para o indivíduo, obtido com o serviço, tratamento, regime, droga, medida preventiva ou controle aconselhado ou aplicado (...). A eficácia de um serviço de saúde deve ser entendida como uma relação entre um comportamento esperado para determinado(s) processo(s) patológico(s), no caso de não haver

serviços de saúde ou de não haver um determinado serviço, e o que se observa em sua presença" (Campos,1988:95).

Eficiência é medida pela relação insumos/produtos e é o efeito ou resultado final obtido, confrontado o esforço realizado em termos de dinheiro, recursos e tempo. Inclui os custos diretos dos serviços de saúde e os custos assumidos pelo paciente (aquisição de medicamentos, realização de exames, etc.). Pode existir uma ação eficaz, porém ineficiente, dada a sua restrição pelo alto custo unitário dos seus produtos, ou o inverso, ação eficiente, na medida em que o custo envolvido em sua produção seja baixo, porém de pouca eficácia.

Efetividade é dada pelo nível de cumprimento de uma meta e deve incorporar, preferencialmente, elementos relativos à eficácia (ações úteis/ações totais) e eficiência (custo/ações totais), ou seja, envolve a relação entre o impacto real e o impacto potencial de uma determinada ação.

A resolutividade é, assim, a conjugação entre os indicadores de efetividade (entendida como relação entre o impacto real e o impacto potencial) e a satisfação (percepção subjetiva por parte do usuário).

Um outro conceito que interfere na resolutividade é a integralidade da atenção. O rumo que a medicina tomou nas últimas décadas tem-na afastado, cada vez mais, deste conceito por ter-se enveredado pela via da especialização cada vez mais estreita no seu campo de atuação, subdividindo o indivíduo em órgãos e sistemas para poder "melhor" observá-lo e tratá-lo, não levando em conta o contexto sócio-familiar em que vive. A medicina tornou-se, assim, uma profissão com forte componente técnico, despida do perfil humano que caracterizava a relação médico-paciente. Em sua substituição, apareceu a relação tecnologia médica/patologia, que, por acarretar altos custos, determinou a exclusão de grande maioria da população do acesso a cuidados de saúde.

A integralidade da atenção, além da visão humanizada do paciente, insere-o no seu contexto sócio-familiar, levando em conta os fatores que interferem no seu estado de saúde e os determinantes da patologia ou distúrbio que apresenta. Esta postura permite a integração das vertentes promocional, preventiva e curativa da medicina como áreas complementares, indissociáveis e fundamentais.

Em relação ao Programa Saúde da Família, concretamente, a resolutividade, pelo menos em teoria, agrega os principais propósitos deste programa, visto que está intimamente ligada a todos os fatores nele intervenientes, nomeadamente:

Recursos Humanos

Os integrantes das equipes do Programa Saúde da Família devem ter um perfil adequado para poder enfrentar e resolver os problemas de saúde que ocorrem na sua área de atuação: médico generalista, capacitado para atender e resolver a grande maioria dos casos que demandam aos serviços, trabalhar no seio e diretamente com a comunidade e interagir com ela, visando a implementação de atividades promocionais e preventivas e assegurar o controle dos grupos mais vulneráveis; enfermeiro, com formação na área de saúde pública, capacitado para manipulações de foro curativo e, sobretudo, para a organização e implementação de atividades promocionais e preventivas a nível do núcleo familiar e da comunidade; agentes de saúde devidamente capacitados, isto é, treinados para atuar no seio da comunidade e, através de visitas domiciliares, participar na organização e sensibilização da população para a adoção de comportamentos saudáveis e participação na gestão e controle do programa, como exercício do direito de cidadania.

Uma equipe cujos integrantes apresentam este perfil pode garantir uma atenção de grande amplitude e ser capaz de enfrentar e resolver um grande número de problemas e situações e, dessa forma, assegurar a integralidade do atendimento, sem segmentação da demanda e da oferta segundo gênero, idade, patologia ou outras condições que constituem o fundamento das especialidades médicas.

Sistema de Referência e Contra-referência

Diz respeito a uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa na unidade de saúde da família, porta de entrada do sistema, e estende-se até às estruturas de alta complexidade e que proporciona o fluxo

orientado dos pacientes nos dois sentidos. Um bom funcionamento deste sistema poderá contribuir para uma maior resolutividade, uma vez que a grande maioria dos casos deverá ser atendida e resolvida à entrada do sistema, rompendo as grandes filas e aliviando as pressões sobre as estruturas de referência da retaguarda. Além disso, os casos só seriam referenciados após um adequado estudo prévio realizado à entrada do sistema, o que facilitaria a intervenção e reduziria o tempo de permanência na estrutura de referência. Após o atendimento especializado, o paciente deverá ser contra-referenciado à estrutura de entrada que o encaminhou munido do relatório que descreve a sua condição clínica com recomendações para o seguimento ulterior. Uma alta eficiência do sistema de referência e contra-referência enquadra-se no princípio da integralidade da atenção prevista no Programa Saúde da Família e reforça a resolutividade por proporcionar ao paciente um seguimento contínuo, até a resolução do caso, independentemente de sua complexidade.

Participação Comunitária

A participação comunitária na gestão e controle do sistema de saúde está prevista na NOB/96 e deve efetivar-se através dos conselhos municipais de saúde e outros. O nível dessa participação irá depender, necessariamente, do grau de satisfação da comunidade, isto é, do grau de resolução de suas expectativas. É de se supor que uma alta resolutividade terá um reflexo positivo no grau de participação da comunidade.

Intersetorialidade

Depende e, simultaneamente, determina o nível de resolutividade. Isso porque existem inúmeros problemas de saúde que são determinados por diversos fatores e cuja resolução não depende, exclusivamente, da atuação deste setor específico, daí resultando a necessidade do estabelecimento de parcerias com as demais áreas que atuam no território, visando uma harmoniosa, profícua e solidária intervenção tendo em vista a melhoria das condições e qualidade de vida

e bem estar de todos, de que a saúde faz parte integrante como um dos bens essenciais.

Acesso

A dificuldade de acesso constitui a base da iniquidade do sistema. A maioria da população brasileira está excluída, de forma não explícita mas efetiva, do acesso aos serviços de saúde: ao privado, por questões financeiras da demanda, e ao público, por questões ligadas ao sistema, tais como, desorganização, inoperância, sobrecarga, desmotivação do pessoal e limitações do financiamento.

Em suma, para se ter uma boa resolutividade no Programa Saúde da Família, algumas condições básicas têm que ser preenchidas: primeiro, o adequado perfil profissional dos integrantes das equipes; segundo, existência de uma rede hierarquizada e integrada de serviços que funcione de forma adequada mediante um sistema de referência e contra-referência de pacientes e que garanta a integralidade da atenção à saúde; terceiro, criação de um adequado ambiente e condições de trabalho para o atendimento, prestação de cuidados e desenvolvimento de ações promocionais de saúde interativas com a comunidade que levem à sua sensibilização e participação; por fim, remuneração compatível.

Em 1999, cinco após anos o início da implantação do Programa Saúde da Família, por solicitação do Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde, realizou-se a pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil” (em que tive a grande honra e alto privilégio de participar) coordenada pela Professora Maria Helena Machado, da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, cuja finalidade era conhecer melhor os profissionais médicos e enfermeiros que integravam o PSF sob o ponto de vista sócio-demográfico, formação técnico-científica e inserção no mercado de trabalho. Os resultados da pesquisa deverão constituir subsídios e servir de base para a reorientação das estratégias do

programa, visando a expansão da atenção básica tendo em conta as opiniões e experiências dos profissionais que integram as equipes do Programa Saúde da Família.

O universo final da pesquisa foi composta por 3.131 profissionais do programa, sendo 1.480 médicos e 1.651 enfermeiros, distribuídos pelas cinco grandes regiões do país, que responderam a um questionário com 51 questões abertas, semi-abertas e fechadas, divididas em quatro blocos: identificação do profissional, formação do profissional, acesso à informação técnico-científica e mercado de trabalho.

Alguns dados da pesquisa serão apresentados mais adiante ao longo do Capítulo IV, onde propomos analisar o Programa Saúde da Família em Volta Redonda, município onde foi realizado o trabalho de campo.

Com a finalidade de analisar como vem ocorrendo, na prática, a resolutividade do PSF, decidimos fazer um trabalho de campo num dos municípios do estado do Rio de Janeiro. A escolha recaiu sobre Volta Redonda por ser um município que começou a implementar o programa em 1995 e, portanto, conta já com uma experiência de cinco anos e que, pelas informações, seria bem sucedida.

Trata-se de um estudo de caso do PSF de Volta Redonda (RJ). O grau de resolutividade do programa foi analisado a partir dos seguintes elementos:

a) O perfil dos médicos envolvidos no Programa Saúde da Família, que foi analisado levando em conta o percentual de participação de médicos generalistas no programa com base nos dados da pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família” (Machado,2000), bem como o levantamento de campo realizado em Volta Redonda;

b) O grau de resolutividade das Unidades de Saúde da Família (USF) propriamente dito, como porta de entrada do sistema, e da rede médico-assistencial do município de Volta Redonda, que foi estimado a partir do volume dos casos referenciados, pelas USF, a especialistas e foi verificado através de dados levantados num dos módulos do Programa Saúde da Família e no Distrito

Sanitário 4, concernentes aos casos referenciados para as consultas de especialidade, durante o primeiro semestre de 2000;

c) O tempo médio de espera para as consultas de especialidade, calculado tomando como base a data da referência e a data do atendimento pelo especialista.

O projeto previa a verificação, dentre os casos referenciados, da percentagem dos indivíduos realmente atendidos nas estruturas de referência, a partir dos arquivos das duas unidades de referência mais solicitadas no município de Volta Redonda. Contudo, a constatação, no início do trabalho de campo, da existência de uma rede de serviços bem diferente da esperada levou à limitação do nosso trabalho, usando somente os dados e informações das Unidades de Saúde da Família, complementados com dados levantados no Distrito Sanitário 4.

O trabalho de campo foi desenvolvido nos meses de julho e agosto do ano 2000 e deveria consistir em três atividades básicas: 1) Entrevistas com os principais intervenientes no programa, nomeadamente, a Secretária Municipal de Saúde, a Coordenadora do Programa Saúde da Família e todos os médicos e enfermeiras responsáveis das Unidades de Saúde da Família do município de Volta Redonda (Anexos 13, 14 e 15); 2) Coleta de dados, nas USF, referentes aos atendimentos realizados durante o primeiro semestre de 2000, assim como os ligados à referência dos pacientes para outros níveis da rede; 3) Coleta de dados, nas estruturas de referência, sobre os pacientes referenciados e sobre a contra-referência dos mesmos.

O principal objetivo era colher informações e dados que pudessem servir de suporte para a análise do grau de resolutividade do Programa Saúde da Família em Volta Redonda tomando por base o perfil e o desempenho dos profissionais que integram as equipes, a organização da rede de cuidados e a operacionalidade do sistema de referência e contra-referência. Para tal, elaboramos um roteiro para as entrevistas e alguns quadros com tópicos para a coleta de dados, segundo itens que consideramos mais pertinentes e adequados ao objetivo proposto.

O primeiro deslocamento a Volta Redonda teve lugar na primeira semana de julho e o seu objetivo foi entrevistar a Coordenadora do Programa Saúde da

Família no município. Durante a entrevista foram abordadas várias questões que envolvem o PSF no município, nomeadamente, as relativas aos profissionais que integram as equipes, desempenho e impacto do programa, sua integração na rede, entre outras. No final e, com todo o apoio da coordenadora do programa, foi possível calendarizar, por telefone e para a semana seguinte, visitas a todas as unidades do Programa Saúde da Família (aqui chamadas de “módulos”) para contatos com os profissionais e coleta de dados.

De 10 a 14 de julho, conforme programado, foram entrevistados os médicos do programa e as enfermeiras gerentes dos módulos (exceto uma que se encontrava ausente e foi entrevistada posteriormente) e coletados alguns dados. Com base nas informações colhidas nas entrevistas e constatações feitas por observação direta sobre o funcionamento dos módulos, concluímos que os instrumentos elaborados previamente para a coleta de dados não se aplicavam, pois, a realidade local era bem diferente daquela que imagináramos. Assim, de regresso ao Rio de Janeiro, foi necessário refazer esses instrumentos, adaptando-os à realidade constatada, levando em conta as informações colhidas nas entrevistas.

Com os novos instrumentos, programamos para os dias 1 e 2 de agosto, um novo deslocamento com o propósito de visitar novamente todos os módulos do PSF para a coleta de dados e esclarecimento de algumas questões surgidas durante a análise das informações colhidas nas entrevistas. Fazia-se necessário um deslocamento à sede do Distrito Sanitário 4, onde funciona a central de dados, uma vez que os módulos não retinham cópias ou duplicados dos mesmos, que são encaminhados mensalmente para essa estrutura.

Vários itens que consideramos importantes não poderiam ser preenchidos por não constarem no instrumento de coleta de dados vigente nos módulos. Por isso, num deles (Santa Rita do Zarur), sugerimos à enfermeira gerente a aplicação de um novo instrumento, a título experimental, que permitisse analisar mais detalhadamente alguns itens, entre os quais a divisão das consultas médicas e de enfermagem em primeiras consultas e consultas de controle, contabilizar e registrar o número de casos referenciados a partir das primeiras consultas e, em

separado, o número de casos referenciados para controle. A idéia era conseguir dados que pudessem facilitar a análise da resolutividade do módulo e da operacionalidade do sistema de referência. A nossa sugestão foi aceita de bom grado e o instrumento viria a mostrar-se útil e importante para a programação, tanto das consultas médicas no módulo, como para o controle dos casos referenciados ou a referenciar para outros níveis de atenção, permitindo visualizar, a qualquer momento, a fila de espera para as consultas de especialidade.

Logo após os primeiros contatos compreendemos que a realidade do Programa Saúde da Família em Volta Redonda apresentava algumas particularidades em relação ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde. A constatação de que o sistema de referência funcionava com alguns entraves e a contra-referência, de uma maneira geral, não funcionava, deixou-nos desarmados, pois, uma boa parte dos instrumentos de coleta de dados baseava-se na questão da referência e contra-referência dos pacientes. A partir daí, decidimos trabalhar só nos módulos, aprofundando, ao máximo, a investigação sobre o funcionamento dos mesmos, anotando os principais pontos de estrangulamento e dificuldades na atuação dos profissionais, suas inquietudes, preocupações e sentimentos em relação ao seu trabalho. Entre todos os módulos, apenas um (Mariana Torres) tinha um livro para o registro dos casos referenciados para as consultas de especialidade com indicação da data da consulta no módulo, data da referencia e a especificação da especialidade. Apesar do seu preenchimento não ser feito da melhor forma, constituiu uma importante fonte de dados para o cálculo estimado do tempo médio de espera para as consultas de especialidade.

Chegamos a pensar na hipótese de entrevistar os médicos especialistas que integram a rede e atendem os pacientes referenciados, mas acabamos por desistir da idéia porque a sua concretização se mostrava de extrema dificuldade. Para minimizar esta lacuna, determinados aspectos que consideramos relevantes, foram introduzidos no roteiro da entrevista com a Secretária Municipal da Saúde, propositadamente deixada para o fim.

Nessa ocasião, foram abordadas questões relativas à organização da rede de serviços, problemas associados à referência e contra-referência dos pacientes, aspectos ligados à gestão de recursos e desempenho do PSF, entre outros.

Ressaltamos que, para preservarmos o anonimato dos entrevistados, optamos por mencionar nos trechos utilizados ao longo do texto, apenas “entrevistado 1”, “entrevistado 2”, por exemplo, assegurando assim o sigilo das informações.

CAPÍTULO 4 - A RESOLUTIVIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA (RJ)

Volta Redonda é um município do estado do Rio de Janeiro, situado na região de Médio Paraíba, com uma população de cerca de 240 mil habitantes, na sua maioria concentrada nas áreas urbana e periurbana. A cidade de Volta Redonda completou, em 2000, 46 anos de emancipação e é marcada pela existência de um grande centro siderúrgico – Companhia Siderúrgica Nacional, a maior de toda a América Latina. No ano de 1999, ganhou o título de Cidade de Melhor Qualidade de Vida do estado.

A taxa de urbanização é de 99.9% e a densidade demográfica é de 1.270,7 habitantes/Km², com uma taxa média de crescimento anual de 1,06%.

O saneamento básico (Anexo 1) é de nível muito satisfatório. Segundo dados fornecidos pela Prefeitura e pelo Distrito Sanitário 4 do município, o abastecimento de água pela rede pública cobre 95.09% da população e o sistema de esgoto 89.86%, chegando a 99% na área urbanizada. Existem 3 estações de tratamento de água e 3 de tratamento de esgoto. A coleta pública de lixo é de 96.37%, atingindo 160 toneladas de lixo domiciliar diária, além de 36 toneladas de lixo hospitalar por mês. 96.35% das casas são construídas com tijolo/adobe.

O município está dividido em quatro Distritos Sanitários que planejam, executam e coordenam as ações de saúde na sua área de abrangência. Cada Distrito Sanitário tem, no seu território, várias unidades e serviços de saúde como mostra o Anexo 2.

A rede básica é composta por 23 Unidades Básicas de Saúde e 7 módulos do Programa Saúde da Família, dos quais, os dois últimos de implementação recente (abril e agosto de 2000) e, por isso, apesar de terem sido visitados, não foram incluídos no trabalho de campo. Estas estruturas constituem a porta de entrada do sistema e atendem a população residente na sua área de abrangência, com algumas particularidades para o PSF que trabalha com população adscrita e cadastrada.

Os atendimentos de urgência são feitos em 4 unidades com atendimento de 24 horas: Hospital São João Batista e Hospital do Retiro (que também asseguram os atendimentos de emergência), Centro de Atendimento Intermediário de Saúde (CAIS) de Conforto, com leitos de 24 horas e CAIS do Aterrado, com leitos de até 72 horas e capacitado para atender urgências psiquiátricas e toxicodependência.

As consultas de especialidade são realizadas em dois Centros de Atendimento Ambulatorial (CAA). O primeiro concentra especialidades clínicas não infecciosas, enquanto o segundo destina-se ao atendimento das doenças infeto-contagiosas como tuberculose, hanseníase e AIDS. As consultas são marcadas a partir das unidades, por telefone, através de uma central própria que se localiza no Departamento de Informação, Programação e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, e é também responsável pela autorização e marcação dos exames complementares de diagnóstico de média e alta complexidade, solicitados pelos especialistas da área respectiva que atendem nas unidades de referência. Existem ainda outros dois centros especializados: o Centro Municipal de Saúde da Mulher que se encarrega de questões ligadas à sexualidade, fertilidade, planejamento familiar e faz o seguimento do pré-natal de alto risco e um centro especializado em questões ligadas à Saúde do Trabalhador.

A partir dos módulos do PSF as consultas de especialidade são solicitadas, por telefone, para a central, sendo as vagas distribuídas uma vez por semana. O paciente deve passar na unidade num dia preestabelecido para saber se conseguiu vaga. Em caso afirmativo, recebe o guia de referência devidamente preenchido com indicação do nome do médico especialista que o irá atender, o horário e número da consulta. Este guia é constituído por duas partes (Anexo 3). Na primeira parte, o médico do módulo do PSF deve preencher os dados pessoais do paciente e fazer um resumo da história clínica indicando a impressão diagnóstica, o motivo do encaminhamento e a conduta terapêutica até o momento. A segunda parte, que tem o mesmo formato, deve ser preenchida pelo especialista após o atendimento e enviada ao médico do Programa Saúde da Família, pelas mãos do paciente.

A internação é feita no Hospital São João Batista e no Hospital do Retiro. Contudo, devido à insuficiência de leitos, a Secretaria Municipal de Saúde tem convênio com dois hospitais privados – o Hospital Evangélico, que cobre algumas áreas cirúrgicas e hemodiálise, e o Hospital Infantil e Maternidade Jardim Amália.

Os exames complementares de diagnóstico considerados de rotina, tais como análises laboratoriais, exames radiológicos e alguma ultra-sonografia, são solicitados a partir dos módulos respeitando uma cota preestabelecida baseada no volume de atendimentos e a população coberta (Anexo 4). Cerca de 80% a 90% das análises clínicas são realizadas no laboratório central da Secretaria Municipal da Saúde, sendo a coleta feita nas próprias unidades. Existem exames, como a tomografia e determinados exames radiológicos, que são realizados pela rede privada contratada. Alguns, de alta complexidade, como é o caso de ressonância magnética, ainda não estão disponíveis no município.

A rede conta com 329 leitos, além de 20 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo neo-natal (o único público da região de Médio Paraíba). Segundo dados da Prefeitura, trabalham no município 469 médicos em diversas especialidades, 104 odontólogos, 101 enfermeiros, 158 técnicos de enfermagem, 331 auxiliares de enfermagem e 28 agentes comunitários de saúde. A rede de atendimento ambulatorial abrange 22 especialidades médicas cobertas por 61 especialistas, sendo 49 da rede municipal e 12 privados contratados (Anexo 5). Convém ressaltar que, segundo a Secretária Municipal de Saúde, a maioria dos especialistas trabalham na rede privada e fazem atendimento na rede pública mediante contrato, sendo muito poucos os especialistas que trabalham exclusivamente na rede pública.

O hospital de maior porte é o Hospital São João Batista com 162 leitos, assim distribuídos: unidade de cuidados intensivos 6, clínica médica 53, clínica cirúrgica 31, clínica pediátrica 12, gineco-obstetrícia 38, OS infantil 10, OS adulto 3, unidade intermediária 3 e berçário patológico 6. Como unidades de apoio à área assistencial possui serviço de radiologia, laboratório de análises clínicas e programa de internação domiciliar. Conta com 677 trabalhadores, sendo 625 na área assistencial e 52 na área técnica administrativa. O ambulatório cobre as

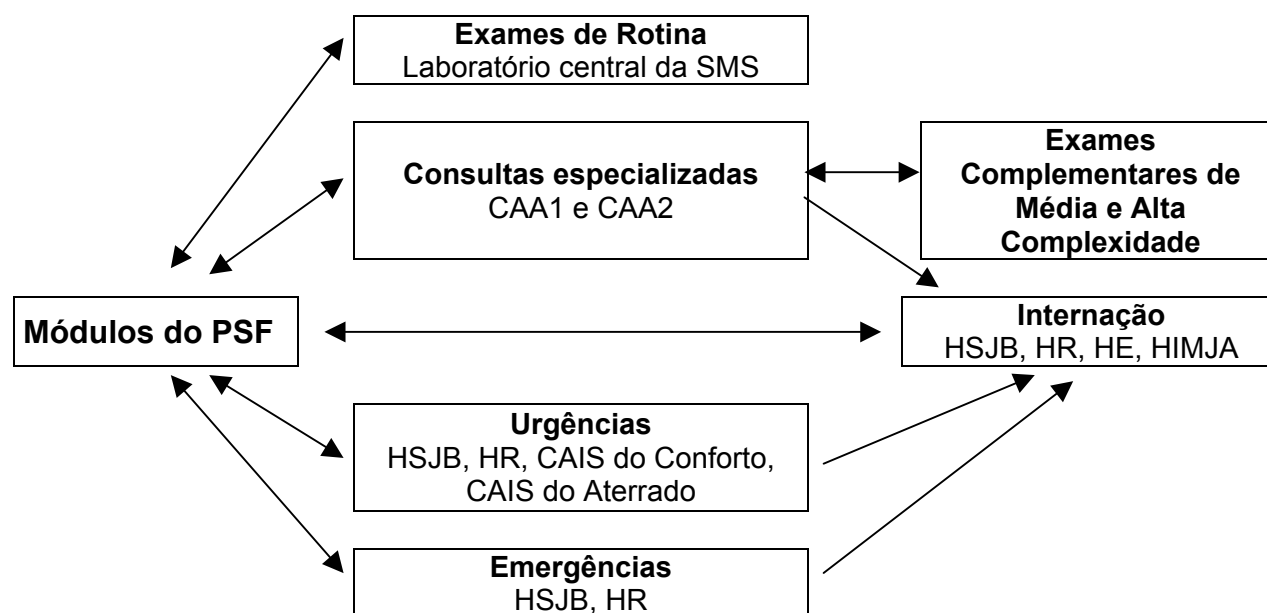
áreas de cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, cirurgia plástica, neurocirurgia, proctologia, oftalmologia, ortopedia, cardiologia, cardiopediatria, geriatria, buco-maxilo, mastologia, otorrinolaringologia, ginecologia, neonatologia, endoscopia, fisioterapia, ultra-sonografia e medicina do trabalho.

De acordo com a Secretária Municipal de Saúde, apesar de, oficialmente, não ser um hospital de referência, o Hospital São João Batista cobre os municípios vizinhos em cerca de 40%.

Em relação à cobertura e distribuição de medicamentos, a Farmácia Básica funciona em todas as unidades básicas de saúde e módulos de Saúde da Família com uma lista padronizada contendo 29 princípios ativos em 39 apresentações das áreas de ginecologia, obstetrícia, pediatria e clínica médica (Anexo 6).

Com base nas informações recebidas construímos o seguinte fluxo de pacientes na rede de serviços de saúde, a partir dos módulos do Programa Saúde da Família:

A rede de serviços e o fluxo de pacientes no PSF de Volta Redonda



CAA – Centro de Atendimento Ambulatorial
 HSJB – Hospital São João Batista
 HR – Hospital do Retiro
 HE – Hospital Evangélico
 HIMJA – Hospital Infantil e Maternidade Jardim Amália
 CAIS – Centro Ambulatorial Intermediário de Saúde

O PSF: a visão oficial

O Programa Saúde da Família começou a ser implantado, em Volta Redonda, em setembro de 1995 e, atualmente, conta com sete módulos, dos quais, quatro (Mariana Torres, Santa Rita do Zarur, São Carlos e Vila Rica de Três Poços) entraram em funcionamento em setembro de 1995; Padre Josimo, em julho de 1996; Jardim Cidade do Aço, em abril de 2000; e São Geraldo, em agosto de 2000. Este último constitui uma experiência nova e foi implantado no Centro de Promoção à Saúde, estrutura recém construída e que desenvolve atividades específicas de Unidade Básica e do Programa Saúde da Família, cobrindo vários bairros com uma população de cerca de onze mil habitantes. Todos os módulos do programa estão implantados na área periurbana e, com exceção para o último implantado, funcionam nas instalações de antigas unidades básicas de saúde, algumas das quais foram ampliadas. Note-se que há quem discorde dessa decisão de aproveitar as instalações das unidades básicas, alegando que isso dificulta a compreensão do novo modelo por parte da população já habituada a recorrer à Unidade Básica de Saúde exclusivamente para consultas ou para solicitar encaminhamento para consultas de especialidade.

Basicamente as equipes do Programa Saúde da Família são compostas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários (além de uma auxiliar de serviços gerais e uma recepcionista, que não são consideradas integrantes da equipe). Contudo, os módulos de Padre Josimo e Mariana Torres funcionam com equipes reforçadas por estarem situados em áreas de posse e, logo, com uma população em contínuo crescimento devido à migração de pessoas, sobretudo, da Baixada Fluminense. No módulo de Padre Josimo trabalham duas enfermeiras e três médicos, sendo um em regime de 40 horas semanais e dois, em regime de 20 horas. No módulo de Mariana Torres trabalham dois médicos e uma enfermeira. O módulo de São Carlos, na época da visita, não tinha médico em tempo integral e o atendimento vinha sendo assegurado provisoriamente por um médico que cobria só um tempo semanal (4 horas). Os de Santa Rita do Zarur e Vila Rica de Três Poços tinham a equipe

básica prevista, mas este último tinha em falta uma auxiliar de enfermagem e previa-se para breve a sua contratação. Todos os módulos tinham quatro agentes comunitários de saúde, mesmo aqueles que funcionavam com equipes reforçadas. O número de agentes comunitários de saúde não pôde ser aumentado porque são contratados pela Prefeitura e o limite orçamentário imposto pela Lei Camata e Lei de Responsabilidade Civil tinha sido atingido, o que impossibilita novas contratações. Num dos módulos (Padre Josimo) constatamos que as funções de auxiliar de enfermagem eram desempenhadas por técnicos de enfermagem. Assim, a composição das equipes não é igual para todos os módulos (Anexo 7).

O responsável pelo módulo é sempre uma enfermeira chamada de gerente. Propositadamente ou não, a substituição do termo “responsável” pelo de “gerente” pode ter sido importante para a redução do clássico atrito entre o médico e o enfermeiro, sobretudo nesta situação em que a chefia é entregue à enfermeira. De fato, em todos os módulos verificamos que é satisfatório o relacionamento entre os integrantes das equipes.

Em Volta Redonda 100% dos profissionais de enfermagem que integram as equipes do PSF são mulheres, o que confirma os dados da pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil” (Machado, 2000) que apontam 90.91%.

O período semanal de trabalho vai de segunda a sexta-feira e é dividido em dez tempos de quatro horas cada. A ocupação desses tempos foi definida pela Secretaria Municipal de Saúde. Assim, para a enfermeira gerente, sete tempos são reservados para atividades administrativas e três para o atendimento clínico dos usuários. O tempo reservado para atividades de promoção da saúde é muito exíguo. De igual forma, os médicos têm sete tempos para o atendimento clínico (consultas) estando estipulado que cada médico deve fazer doze consultas por tempo, prevendo-se um tempo médio de vinte minutos de duração por consulta. Semanalmente, o médico deve produzir 84 consultas e, mensalmente, 336. Os restantes três tempos são destinados a trabalhos de grupo, visitas hospitalares e domiciliares, o que, ao nosso ver, é pouco para um programa que se pretende

esteja voltado para as questões de promoção da saúde e prevenção de doenças, assumindo-as como prioridade.

As auxiliares de enfermagem ocupam-se de curativos e injeções, inalações, esterilização de materiais, pré-consultas, controle de pacientes portadores de doenças crônicas, visitas domiciliares e atividades de promoção da saúde.

Os agentes comunitários de saúde têm como atividades básicas, as visitas domiciliares durante as quais desenvolvem atividades promocionais da saúde, vigilância das condições ambientais, controle dos grupos prioritários em relação ao cumprimento da medicação e do calendário de procedimentos (vacinação, controle do pré-natal), podendo referenciar para o módulo, os casos que considerarem necessários e/ou programar e solicitar uma visita domiciliar à enfermeira. Em média, cada agente comunitário deve fazer quatro visitas domiciliares por período, ou seja, quarenta visitas semanais e 120 mensais. Contudo, questiona-se a qualidade do trabalho desses profissionais, uma vez que a sua formação é insuficiente para abordar temas tão complexos como, por exemplo, o planejamento familiar.

O território coberto por um módulo é dividido em setores, cada um dos quais fica sob o controle de um agente comunitário. A divisão é feita não pelo número de habitantes, mas sim por área física. Por isso, o número de famílias que cada agente comunitário cobre não é igual para todos. O cadastramento das famílias é feito, sobretudo, por eles, mas podem colaborar nessa atividade todos os membros da equipe. Para o efeito, existe uma ficha própria para a coleta de dados que permitem conhecer a composição de cada família e as condições de moradia e saneamento (Anexo 8). A cada dois anos é feito o recadastramento das famílias para atualização dos dados.

As unidades trabalham com um sistema de contra-arquivo manuseado pela recepcionista, que possibilita descobrir, atempadamente e com relativa facilidade, os faltosos inscritos nos programas considerados prioritários (imunização, pré-natal, doentes crônicos).

Em relação à participação comunitária local, existe um Conselho Gestor em cada módulo do Programa Saúde da Família que integra representantes da

comunidade (um membro efetivo e um suplente de cada área coberta), a enfermeira gerente que representa a administração, um médico e um agente comunitário que representam os funcionários. O Conselho Gestor reúne-se mensalmente num dia preestabelecido. Uma outra instância de participação comunitária é o Conselho Municipal de Saúde que também se reúne uma vez por mês.

A gestão municipal é descentralizada, tendo sido criado para o efeito um colegiado de gestão integrando a Secretária Municipal da Saúde, chefia e assessoria de gabinete, representantes dos Distritos Sanitários e representantes dos vários departamentos da Secretaria Municipal de Saúde (Fundo Municipal de Saúde, Departamento de Programas, Departamento de Ações de Saúde, Urgência). O colegiado reúne-se quinzenalmente, para analisar e decidir sobre as várias propostas formuladas nas reuniões dos departamentos.

O PSF: a visão empírica dos serviços

A produção no PSF de Volta Redonda

No município de Volta Redonda utiliza-se no Sistema de Informação da Atenção Básica um impresso de relatório de produção e de marcadores para avaliação cujo modelo se encontra no Anexo12.

Ressalta de imediato à vista o fato deste relatório destinar-se ao registro quantitativo de várias atividades quase todas relacionadas ao atendimento e procedimentos clínicos. Os poucos itens que não fazem parte da área clínica também são preenchidos com valores numéricos. Se este relatório é válido para a área assistencial, deixa muitas dúvidas quanto à sua utilidade como instrumento base para a avaliação de um programa como o Saúde da Família que tem a prevenção e a promoção como duas áreas de destaque.

Tratando-se de um documento que serve para avaliar a produção dos integrantes das equipes do Programa Saúde da Família, fica a dúvida se a principal preocupação dos profissionais não se restringirá às atividades cuja

produção consta dos itens do referido documento, descurando-se dos demais que são de relevante importância para o programa, mas não merecem a devida atenção no sistema de avaliação. Por outro lado, como a produção é avaliada apenas pela quantidade de atividades realizadas, a qualidade da prestação dos cuidados pode ser negligenciada. Por isso, seria conveniente criar um instrumento complementar voltado para a área preventivo-promocional, o que estaria mais consentâneo com os objetivos do Programa Saúde da Família.

Os profissionais de enfermagem afirmam que nem todas as atividades que desenvolvem são computadas como procedimentos, pois algumas delas como, por exemplo, o trabalho educativo individual com os pacientes portadores de doenças crônicas, gestantes e idosos nem são codificadas e, por isso, não são consideradas procedimentos, o que está na origem de alguma insatisfação desses profissionais e, por vezes, até desmotivação em relação a atividades preventivas e promocionais importantes, que acabam sendo banalizadas.

“A enfermagem tem atividades que não têm código na produção, então, isso não aparece. Por exemplo: tenho 300 hipertensos que pegam medicação na unidade e para pegar medicação, tem que passar pela enfermagem. Então, eu tenho a certeza que 300 procedimentos elas fazem no mês, que são: aferição da pressão, distribuição de medicamentos e orientação. Isso é a enfermagem que toma conta dentro da unidade. Como não tem código para cobrar isso, a orientação que fica é que a cada 10 pacientes atendidos elas cobrem uma atividade de educação em saúde. Banalizaram isso, como se não fosse importante. Mas não é erro da Secretaria de Saúde não, é do próprio Ministério”. (Entrevistado 5)

“... por exemplo: paciente diabético. Ele não passa aqui na unidade para receber o medicamento somente com um papelinho mostrando que o remédio acabou. Não é essa lógica de assistência. O programa não deveria ser assim. Tem que botar sentado mesmo”. (Entrevistado 5)

As entrevistas realizadas em Volta Redonda com os profissionais do Programa Saúde da Família revelaram uma série de problemas e situações que condicionam o funcionamento do programa.

Um dos principais problemas levantados é a demanda, que é sempre excessiva, uma vez que os módulos estão implantados em áreas excessivamente

populosas em relação à sua capacidade de atendimento ou em áreas de posse, em permanente expansão, com uma população crescente devido à chegada de novas famílias. Nesse aspecto, constitui uma exceção, o módulo de São Carlos que se localiza numa área sem possibilidades de expansão territorial, o que determina a sua população praticamente estável desde a sua implantação, em 1995, de 547 famílias num total de 2.209 habitantes. O excesso da demanda leva a uma sobrecarga dos membros da equipe, que são obrigados a dedicar-se mais à resolução de problemas de ordem assistencial e, mesmo assim, com uma qualidade aquém do nível que os próprios profissionais desejariam.

“A equipe básica, mesmo que tenha 2 médicos, não consegue trabalhar com 1200 famílias. É humanamente inviável. Necessariamente há que ter duas equipes. Esse número de famílias é uma das coisas que atrapalha muito. É humanamente difícil porque você faz assistência, mas aí você não atende, com qualidade, toda sua comunidade. Para quê cadastrar 1200 famílias se você só vai poder atender 500? Não tem como acertar consultas, atendimentos. Eu acho que isto deve ser muito bem pensado nos próximos módulos que forem implantados. Proponho, no máximo, 600 famílias para cada equipe. 800 não dá e não dá mesmo, não tem como”. (Entrevistado 1)

“Para se fazer um bom trabalho, o módulo tem que ter de 600 a 800 famílias. Assim tem até como você estar cobrando isso. Pelo Ministério está estipulado de 800 a 1000 famílias, mas 1000 famílias para uma equipe é excessiva. Não vamos ter pernas para estar atendendo toda essa gente”. (Entrevistado 2)

“O que prejudica é o excesso da demanda. Em vez de 800 a 1000 famílias como previsto pelo Ministério da Saúde, estamos trabalhando com 1200 famílias. O módulo está implantado numa área de posse e, por isso, a população tende a crescer continuamente. Cada dia chegam novas pessoas para morar”. (Entrevistado 3)

Segundo Machado (2000), 68.38% dos médicos e 59.60% dos enfermeiros consideraram o trabalho no Programa Saúde da Família desgastante devido, entre outras causas, ao excesso de trabalho.

A Coordenadora do programa em Volta Redonda é consciente dessa situação mas, na sua opinião, de momento, não é possível reduzir a carga horária do médico destinada ao atendimento clínico:

“O médico trabalha quarenta horas por semana em dez períodos de atendimento, dos quais sete são para consulta médica porque ninguém poderá fazer isso por ele, e os outros três períodos são dedicados a visita domiciliar, trabalho educativo, visita hospitalar, reunião com equipes, etc. Esperamos, com o tempo, reduzir o tempo dedicado às consultas mas, por enquanto, não é possível”.

A grande demanda para o atendimento referida pelos profissionais do Programa Saúde da Família tanto pode estar relacionada às condições sócio-sanitárias em que vive a população, como à qualidade dos serviços do programa. O estudo das causas da demanda, através de uma análise minuciosa e sistemática dos dados, pode revelar situações precárias e apontar pistas que contribuem para a identificação das reais necessidades da população até o momento não diagnosticadas e que carecem de uma intervenção e ainda facilitar a programação de atividades voltadas para o enfrentamento dos problemas constatados de forma mais adequada e consentânea com os anseios e necessidades da comunidade. Para tal, essas situações (problemas) devem servir de temas de discussão com a comunidade, debate entre os membros da equipe e análise entre estes e os parceiros que atuam na área.

Esta dinâmica pode ser muito produtiva e facilitar o estabelecimento de parcerias (intersetorialidade) e envolver a comunidade na discussão (participação) dos problemas que a afeta, contribuindo para que a população passe a ver na equipe um grupo que atua de acordo com os seus interesses e aspirações, e não como mero propagandista de propostas de autoridades oficiais (o que é frequente) e despertar o seu interesse em participar. Por outro lado, a interação pode levar o profissional a quebrar a rigidez da sua postura baseada no seu saber científico (superior e legítimo) e torná-lo mais flexível e capaz de absorver e utilizar o saber popular baseado na rica experiência do seu dia a dia que difere, em muito, do saber do profissional

Dessa forma, ficaria facilitada a integração das três vertentes de intervenção, curativa/promocional/preventiva, baseada na realidade local, o que traz vantagens, tais como uma maior interação com a comunidade que pode resultar no seu maior envolvimento e participação, o estabelecimento de parcerias

com outras organizações que atuam na área, a identificação e devido encaminhamento dos problemas concernentes a outros setores. A partir daí seria possível introduzir novos indicadores qualitativos que permitiriam avaliar o impacto do programa e a satisfação do usuário.

Atendimento médico

Para se ter uma idéia mais precisa sobre a qualidade do atendimento médico é fundamental que se tenha um sistema de registro de atendimento funcional a partir do qual os dados podem ser analisados sob diversos aspectos. Para começar, os atendimentos devem ser categorizados, no mínimo, em:

- a) Primeiras consultas, pacientes que, de forma espontânea, demandam aos serviços e apresentam os atuais sintomas pela primeira vez;
- b) Consultas de recorrência, pacientes que, de forma espontânea, demandam aos serviços e apresentam os mesmos sintomas da consulta anterior após terem passado um certo tempo assintomáticos.
- c) Consultas de controle, pacientes em tratamento ou que vêm sendo seguidos por um determinado problema de caráter não crônico e comparecem de forma espontânea, ou por recomendação do profissional, para controle da evolução do seu estado clínico;
- d) Controle de grupo, pacientes portadores de doença crônica conhecida que comparecem para controle, de acordo com um calendário preestabelecido;
- e) Outra, qualquer situação que não se enquadra nas categorias definidas.

Uma das vantagens da categorização dos atendimentos é que ela permite diagnosticar as principais causas da consulta que podem estar relacionadas com fatores diversos que afetam direta ou indiretamente a comunidade, só perceptível aos profissionais de saúde através de uma interação efetiva com ela. Para o

feito, pode-se utilizar um livro para o registro do atendimento diário que comporte, entre outros, os itens propostos no modelo apresentado no Anexo 10.

Nos módulos do Programa Saúde da Família em Volta Redonda, no entanto, os dados relativos ao atendimento médico não diferenciam as suas várias categorias. A produtividade do médico é analisada com base no número de consultas realizadas, tomando como referência o número de consultas estabelecido pela Secretaria Municipal da Saúde que é de 336 por mês. Desta forma, tem-se apenas uma idéia sobre o volume do atendimento, mas não se consegue depreender qual a qualidade ou complexidade dos atendimentos realizados.

Antes de mais nada, convém informar que os dados coletados diretamente nos módulos muitas vezes não coincidem com os coletados no Distrito Sanitário 4. Por exemplo, no que se refere ao número de atendimentos médicos só o módulo de Mariana Torres apresentou dados coincidentes com os desse Distrito, mostrando assim, a necessidade de uma reestruturação do sistema de coleta de dados com definição de parâmetros para todos os módulos. Neste trabalho preferiu-se utilizar os dados do Distrito Sanitário 4 nos casos em que se constatou existir uma discrepância em relação aos coletados nos módulos do Programa Saúde da Família.

Vale ressaltar que, em alguns casos, os dados apresentados nas tabelas no que concerne ao cálculo das percentagens, a soma das percentagens das colunas ou das linhas não corresponde exatamente a 100% no total, devido ao recurso a arredondamentos.

Ao se analisar a Tabela 1, que é um resumo das tabelas do movimento mensal nos módulos do PSF de Volta Redonda constantes no Anexo 9, verifica-se que, de uma maneira geral, em todos os módulos o número de atendimentos médicos mensais supera o estabelecido que é de 336. Algumas oscilações registradas são devidas a movimentação dos médicos (férias, cursos de formação).

TABELA 1. Atendimento médico nos módulos do Programa Saúde da Família de Volta Redonda durante o primeiro semestre de 2000

Módulos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total	Média mensal
São Carlos	342	362	356	368	127	291	1846	307.7
Vila Rica	261	494	325	198	393	324	1995	332.5
Padre Josimo	580	856	549	317	615	501	3418	569.7
Santa Rita	373	463	428	435	465	404	2568	428.0
Mariana Torres	380	612	407	609	727	701	3436	572.7
Total	1936	2787	2065	1927	2327	2221	13263	2210.5

Fonte: Distrito Sanitário 4 do município de Volta Redonda.

Como o número de médicos não é igual para todas as equipes, para se ter uma idéia mais precisa do número médio de consultas realizadas mensalmente por médico e compará-lo com o número oficialmente estabelecido, foi necessário analisar individualmente os dados relativos ao número de médicos afetados a cada módulo. Como resultado apresenta-se a Tabela 2 com a média de atendimentos por médico calculada a partir do total de atendimentos feitos no semestre em cada módulo dividido pelo número de médicos que, durante esse período, trabalharam nesse módulo, tendo em conta a sua carga horária e movimentação, isto é, ausência do serviço por motivo de férias ou para a frequência de curso de formação.

TABELA 2. Média mensal de consultas por médico e sua relação com o número de consultas estabelecido nos módulos do Programa Saúde da Família de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Variáveis	São Carlos	Vila Rica	Padre Josimo	Santa Rita	Mariana Torres	Total
Média mensal de consultas por médico (A)	308	333	346	428	346	350
% A em relação ao nº de consultas estabelecido	- 8.3	- 0.9	+3.0	+ 27.4	+ 3.0	+ 4.2

Nota: Nº de consultas mensais estabelecido = 336

Assim, no módulo São Carlos onde trabalha apenas um médico, a média de consultas de janeiro a abril foi de 357 (Anexo 9, Tabela C.2), ou seja, 6.2% acima do número estipulado. Ressalta-se que em maio, o médico trabalhou apenas uma semana, e fez 127 consultas provocando uma considerável baixa na média desse mês que ficou 62.2% abaixo do estipulado. No mês de junho entrou um novo médico em regime de tempo parcial e realizou 291 consultas, ficando a 8.3% do número estipulado. Por isso, o número médio de consultas mensais no semestre ficou em 308, isto é, 8.3% abaixo do número estabelecido. A tendência verificada nos 4 primeiros meses do ano indica que esta média seria mais alta, caso não tivesse ocorrido a rotatividade dos médicos nos últimos dois meses do semestre.

No módulo Vila Rica de Três Poços que também conta com apenas um médico, a média de consultas mensais no semestre ficou em 333, ou seja, 0.9% abaixo do número estipulado. Isso foi devido ao fato de, no mês de abril, o médico ter frequentado um curso de formação de duas semanas e só pôde realizar 198 consultas, 41% abaixo do número estabelecido. Se considerarmos apenas os restantes cinco meses do semestre, excluindo o mês de abril, a média de consultas mensais ficaria em 359, ou seja, 6.8% acima das 336 consultas mensais estipuladas.

No módulo Padre Josimo durante os dois primeiros meses do ano trabalharam 2 médicos, sendo um em regime integral (40 horas) e outro em regime parcial (20 horas). Em março este último entrou de férias logo após a contratação de mais um médico em regime de tempo parcial. Por isso, para os cálculos considerou-se um médico e meio nos três primeiros meses do ano, visto que nesse período trabalharam um médico em regime integral e outro em regime parcial. A média mensal de consultas por médico no primeiro trimestre foi de 441, ou seja, 31.25% acima do número estabelecido. Em abril entrou de férias o médico de regime integral ficando a trabalhar os dois médicos de tempo parcial. Nesse mês considerou-se 1 o número de médicos e foram realizadas 317 consultas, significando 5.6% abaixo no número estipulado. Em maio e junho em que trabalharam os três médicos (equipe completa) tomou-se como número de médicos 2, tendo sido a média de consultas por médico nesses dois meses de

279, abaixo do número estabelecido em 17%. Para o semestre o número médio de consultas mensais por médico ficou em 346, isto é, 3.0% acima do número estabelecido, graças à média conseguida no primeiro trimestre.

No módulo Santa Rita do Zarur trabalha um médico em tempo integral. O número médio de consultas mensais no semestre foi de 428, ultrapassando em 27.4% o número estabelecido.

Em Mariana Torres trabalham 2 médicos. No período de janeiro a abril considerámos 1.5 o número de médicos por ter funcionado com um médico em tempo integral e uma médica em regime parcial de 14 horas semanais dedicadas inteiramente a consultas, o que corresponde a metade do tempo que o médico de 40 horas disponibiliza para essa atividade, dado que sete dos dez tempos semanais para consultas, representam 28 horas. A média de consultas por médico nesse período foi de 335, praticamente igual ao número estabelecido. No final de abril o médico de tempo parcial desvinculou-se do serviço e foi contratado mais um médico para trabalhar em regime integral. Nos meses de maio e junho trabalharam dois médicos em regime de tempo integral com uma média mensal de consultas por médico de 357, ou seja, 6.2% acima do número estabelecido. A média geral do semestre ficou em 346 consultas, superando em cerca de 3% o número estipulado.

Desta forma, em relação ao número de atendimentos mensais por médico, 3 módulos ficaram com uma percentagem superior ao número estabelecido com destaque para Santa Rita do Zarur com 27.4%. Dois módulos ficaram com uma média ligeiramente abaixo do número de consultas estabelecido e o módulo de São Carlos destaca-se com uma percentagem negativa de 8.3% devido à movimentação dos médicos nos meses de maio e junho. Tudo indica que em todos os módulos o número de atendimentos por médico seria superior ao número estabelecido, caso não se registrasse a movimentação desses profissionais.

À primeira vista, e baseado nestes dados, pode-se concluir que a maioria dos médicos do Programa Saúde da Família de Volta Redonda (Santa Rita, Padre Josimo e Mariana Torres) vêm trabalhando com sobrecarga por estarem atendendo um número de pacientes superior ao estipulado pela Secretaria

Municipal de Saúde. Contudo, fica pairando no ar alguns questionamentos: a que tipo de atendimento se refere, qual a sua qualidade e qual o seu impacto? Torna-se difícil responder a estas questões dado que sob a designação “atendimento” coexistem vários tipos de consultas.

A resolutividade no Programa Saúde da Família de Volta Redonda

Para se analisar a resolutividade do atendimento médico é preciso saber qual a percentagem de casos realmente resolvidos na primeira consulta. Para tal, é necessário implementar um sistema que permite visualizar não só os vários tipos de consulta, como também o espaço de tempo decorrido entre as primeiras consultas e as consultas de recorrência, excluindo as consultas de controle agendadas pelo médico e/ou enfermeira. As consultas de recorrência constituem um bom indicador de qualidade do atendimento médico porque são determinadas basicamente por dois fatores: primeiro, o diagnóstico e/ou tratamento inadequados; segundo, existência de condições ambientais que favorecem o desenvolvimento da doença e que não estão sendo tidas em devida conta. Em qualquer dos casos pode-se considerar que a qualidade do atendimento é insatisfatório. Note-se contudo, que isto não significa que o médico responsável pelo atendimento é pouco qualificado ou que a qualidade do seu trabalho é pouco satisfatória. A qualidade do atendimento pode depender das condições em que trabalha e o saneamento das condições ambientais desfavoráveis pode ser da responsabilidade de outros setores ou autoridades oficiais. Por isso, há que definir um novo modelo que permita avaliar o trabalho feito com a comunidade uma vez que, basicamente, os dados hoje disponíveis permitem analisar e avaliar a parte assistencial (pelo menos no que concerne à produção quantitativa) mas não a preventivo-promocional no seu todo, pois, saber apenas que um médico realizou um grande número de consultas ou que os agentes comunitários de saúde realizaram um determinado número de visitas domiciliares não é suficiente. Mais do que o número em si, interessa conhecer (através de registro) os problemas detectados e medidas tomadas para o seu enfrentamento (informação às autoridades competentes, acionamento de parceiros, mobilização da comunidade)

ou solução, o número de casos que foram realmente resolvidos, o nível de satisfação dos usuários, o nível de participação comunitária, entre outros.

Para a análise da resolutividade do atendimento clínico é fundamental separar as consultas resultantes da demanda espontânea das consultas de controle e outros tipos de atendimento. Os casos referenciados a partir da demanda espontânea (primeiras consultas) são os que retratam melhor a capacidade resolutiva do atendimento médico e pode ser um indicador importante, não devendo ultrapassar os 15%. Mesmo assim, um valor superior pode ser um indicador da existência de acometimentos graves à saúde dos usuários resultantes de fatores específicos como acontece nas situações de surtos epidêmicos ou de epidemia instalada (cólera, paludismo, dengue), que exige uma ação coordenada e voltada para o seu combate. Nessas situações, a percentagem de referência é tanto maior quanto maior for o número de casos graves que demandam às consultas em consequência da agressividade do agente, podendo a referência ser tomada como indicador da gravidade do problema.

Os casos de controle (grupos de risco) podem ser referenciados para controle com o especialista como procedimento de rotina no âmbito de protocolos existentes que determinam uma observação especializada periódica como forma de prevenção de agravos. Nesses casos, a referência ao especialista não pode ser vista como medida resultante da “incapacidade” do médico do Programa Saúde da Família de resolver o caso, pois pode acontecer em momentos em que o paciente se encontra compensado e passando bem.

Referência e contra-referência

A referência dos pacientes para as consultas especializadas ou para outros serviços de maior complexidade está prevista na estratégia do programa como forma de garantir um atendimento integral, adequado e oportuno aos usuários. Para a sua efetivação é necessário que exista e funcione um sistema hierarquizado de serviços formando uma rede integrada com fluxo normatizado dos pacientes nos dois sentidos. O bom funcionamento deste sistema pressupõe não só o fluxo do paciente como pessoa física, mas também a troca de

informações a respeito do seu estado clínico entre os profissionais dos diferentes níveis que participam no processo do seu tratamento.

Em Volta Redonda conseguiu-se criar uma rede bem estruturada em termos de serviços, contudo o seu funcionamento apresenta-se com problemas. A questão da referência e contra-referência constitui um dos pontos mais frágeis do programa nesse município, tendo sido enfatizada por todos os entrevistados. Aliás, de acordo com Machado (2000), no Brasil, 68.38% dos médicos e 59.60% dos enfermeiros que trabalham no Programa Saúde da Família, apontam falhas no sistema de referência e contra-referência como uma das causas do desgaste dos profissionais.

Existe um formulário de referência e contra-referência de pacientes (Anexo 3) que deve ser preenchido com informações clínicas sobre os mesmos, mas, segundo os profissionais do PSF, esse procedimento nunca é cumprido pelos especialistas, salvo raras exceções, e, por isso, quando os pacientes retornam ao módulo, os médicos ficam sem saber que conduta assumir.

“Existe um formulário para referência. Os dados sobre a referência podem ser coletados na ficha do paciente porque não existe um registro especificamente para isso. Essa parte não está bem estruturada”.
(Entrevistado 4)

“A referência para as especialidades funciona. O que não funciona é a contra-referência. Às vezes não vem, às vezes extravia. Há médicos que não dão importância e ficamos sem saber o que aconteceu com os pacientes”. (Entrevistado 3)

A referência é feita de acordo com o número de vagas disponíveis e as consultas são realizadas por especialistas vinculados à rede pública municipal e privados contratados. Segundo informações colhidas nos módulos, o número de vagas é insuficiente para algumas especialidades, o que gera um grande e quase permanente congestionamento e filas de espera. Os próprios profissionais dos módulos do Programa Saúde da Família reconhecem que realmente o número de encaminhamentos é grande...

“O número de referências é muito grande. Mensalmente, são 80 a 120 encaminhamentos que saem desta unidade para a consulta de

especialização para um número de atendimentos médicos mensais de 300 a 400 atendimentos. É uma percentagem muito grande de encaminhamentos".
(Entrevistado 5)

... contudo, é importante conhecer quem são os pacientes que estão sendo encaminhados, o que procuraremos esclarecer mais adiante.

Outro entrave à resolatividade do sistema ligado ao fluxo de referência e contra-referência é o não agendamento das consultas de retorno, pelos especialistas, para controle dos pacientes referenciados dos módulos do PSF. Por este fato, os pacientes se vêem obrigados a retornar ao módulo para solicitar um novo encaminhamento o que implica entrar de novo na fila de espera e aguardar a sua vez por tempo que pode variar de alguns dias a alguns meses, dependendo da especialidade.

"... o doente para continuação do tratamento, que é aquele que vai ao especialista e ele diz para voltar dali a trinta dias, isso não é demanda para consulta, eu não posso colocar isso na consulta, senão, daqui a pouco vou ter demanda reprimida para atendimento dentro de minha unidade".
(Entrevistado 5)

Este fato vem na contramão do atendimento integral ao paciente a que se propõe com repercussões graves quer para a saúde dos pacientes que demandam aos serviços, quer no funcionamento dos módulos do Programa de Saúde da Família, como veremos adiante.

Convém salientar que os usuários têm liberdade de escolha nominal do especialista e, por isso, recusam determinados médicos, o que contribui para a sobrecarga dos especialistas com melhor aceitação e aumentar a lista e o tempo de espera por consulta especializada. Além disso, constitui momento de estrangulamento o período de férias dos especialistas, cuja programação não leva em conta as necessidades dos módulos do PSF e, por isso, nessas ocasiões as listas e o tempo de espera se ampliam ainda mais.

"Hoje só há um profissional de neurologia para atender toda a demanda de Volta Redonda e, infelizmente, o profissional que hoje atende não é o profissional que a população quer. Tem resistência em ser atendida por ele."
(Entrevistado 5)

“Há determinados especialistas que são muito solicitados e a espera atinge dois a três meses”. (Entrevistado 6)

“Numa especialidade, tem um especialista que todo o mundo gosta porque faz vínculo com o usuário. A fila é de 3-4 meses porque todo mundo quer ir para esse especialista que é melhor” (Entrevistado 4)

Conforme já foi referido, em Volta Redonda o sistema de informação utilizado não faz a diferenciação das consultas, o que torna difícil fazer uma análise objetiva da resolutividade do atendimento médico baseada no número de referências. Por isso, o percentual médio mensal de referências foi calculado a partir do total de referências feitas no semestre em relação ao total de consultas realizadas nesse mesmo período. Para Padre Josimo, como não se dispõe de dados relativos às referências feitas no mês de janeiro, optou-se por deduzir do total de consultas do semestre o número de consultas realizadas nesse mês, tomando como média o resultante dos cinco meses restantes.

Os resultados desse exercício estão inseridos nas Tabelas 3.1 e 3.2, elaboradas a partir dos dados do Anexo 9, onde constam o total de atendimentos médicos realizados durante o primeiro semestre de 2000, o total de referências feitas nesse mesmo período e sua distribuição para as consultas de especialidade, internação e serviços de urgência ou emergência.

TABELA 3.1 - Resolutividade do PSF de Volta Redonda quanto ao atendimento médico realizado durante o 1º semestre de 2000

Módulos	Resolutividade		
	Total de referências	Total de atendimentos	(%)
São Carlos	221	1846	12.0
Vila Rica	291	1995	14.5
Padre Josimo *	678	2838	23.9
Santa Rita	640	2568	24.9
Mariana Torres	714	3436	20.8
Total	2544	12683	20.1

Fonte: Distrito Sanitário 4 do município de Volta Redonda.

* Por falta de dados sobre o número de referências feitas no mês de janeiro, tomou-se como o total de atendimentos a soma dos 5 meses restantes.

TABELA 3.2 – Distribuição dos casos referenciados pelos médicos do PSF de Volta Redonda durante o 1º semestre de 2000

Módulos	Consultas de Especialidade		Internação		Urgências e Emergências	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
São Carlos	194	87.8	10	4.5	17	7.7
Vila Rica	274	94.2	2	0.7	15	5.1
Padre Josimo *	675	99.6	2	0.3	1	0.1
Santa Rita	600	93.7	37	5.8	3	0.5
Mariana Torres	712	99.7	2	0.3	0	0.0

Fonte: Distrito Sanitário 4 do município de Volta Redonda.

* Não inclui dados relativos ao mês de janeiro de 2000.

Da análise da Tabela 3.1 constata-se que:

1. No que concerne as referências, apenas os módulos de São Carlos e Vila Rica referenciaram menos de 15% dos casos atendidos e estão dentro do patamar compatível com os 85% de resolutividade mínima esperada. Os demais módulos ficaram abaixo desse patamar, destacando-se Santa Rita do Zarur que referenciou 24.9% dos casos atendidos, o que corresponde a uma resolutividade em relação ao atendimento de 75.1%, muito aquém do nível esperado.
2. As consultas especializadas absorvem, em média, 94% das referências (Tabela 3.2), o que pode estar relacionado com a baixa capacidade resolutiva dos médicos do programa, para a qual podem estar concorrendo vários fatores, podendo ser apontados: existência de um grande número de doentes crônicos que necessitam de controle especializado periódico; situação ambiental insalubre que provoca sérios danos à saúde dos moradores determinando uma grande demanda por consultas de casos graves que exigem cuidados especializados, por exemplo.

Por estes dados, arrisca-se a dizer que a resolutividade do Programa Saúde da Família em Volta Redonda é baixa, pelo menos, no que concerne ao

atendimento médico. Na verdade, a resolutividade não pode ser calculada com base exclusivamente no atendimento médico uma vez que este constitui apenas um dos seus componentes. Existem muitos outros que, devido às limitações impostas pelos dados disponíveis, não puderam ser incorporados neste trabalho.

Vale ressaltar que os dados apresentados dessa forma não refletem situações importantes que interferem diretamente no resultado e que adiante procuraremos abordar. De qualquer forma, uma questão importante fica por responder: quem são esses pacientes referenciados? Se, na sua maioria, forem pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensos, diabéticos, epiléticos, cardiopatas) conhecidos e integrados nos grupos de risco seguidos nos módulos ou gestantes integradas nesses mesmos grupos, a questão deve merecer uma determinada interpretação, pois a referência nesses casos estaria ligada à prevenção de agravos; mas se dos casos referenciados a maioria provém das consultas da demanda espontânea, a situação deve merecer uma análise muito mais cuidada e atenta, pois isso pode indicar que a resolutividade do atendimento médico é realmente baixa.

A título ilustrativo, no Módulo Santa Rita do Zarur, procedeu-se à diferenciação dos atendimentos e referências durante os meses de julho, agosto e setembro de 2000 para uma análise comparativa com os cálculos feitos sem diferenciação das consultas. A escolha deste módulo deve-se ao fato de ser o que apresenta a maior percentagem de atendimentos por médico (27.4% acima do número estabelecido) e a maior percentagem de referências no primeiro semestre de 2000 (24.9%). Os dados estão contidos nas Tabelas 4 e 5 apresentadas de seguida.

Observe-se a Tabela 4 dos atendimentos referentes ao terceiro trimestre de 2000, coletados no módulo referido pelo sistema atualmente em vigor:

TABELA 4 - Número de consultas médicas e referências realizadas mensalmente no módulo do PSF Santa Rita do Zarur de Volta Redonda durante o 3º trimestre de 2000

Atividades	Julho		Agosto		Setembro	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total de consultas médicas *	395	100.0	562	100.0	470	100.0
Total de referências **	101	25.6	84	15.0	81	17.2

Fonte: Módulo do PSF Santa Rita do Zarur.

* Engloba consultas de 1ª vez, consultas de controle e casos de retorno para as consultas de especialidade.

** Engloba os casos saídos das consultas de 1ª vez, consultas de controle e casos de retorno para as consultas de especialidade.

e comparem-se esses mesmos dados distribuídos de forma diferente com a separação das consultas feitas pelo médico e pela enfermeira, diferenciação das consultas e separação das consultas de retorno para especialistas, conforme a Tabela 5.

TABELA 5 - Diferenciação das consultas e referências realizadas no módulo do PSF de Santa Rita do Zarur durante o 3º trimestre de 2000

Profissionais	Atividades	Julho		Agosto		Setembro	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	Total de consultas (A)	395	100.0	562	100.0	470	100.0
	Consultas de retorno (B)	63	15.9	59	10.5	40	8.5
	Consultas efetivas (A-B)	332	100.0	503	100.0	430	100.0
	Consultas de 1ª vez *	245	73.8	409	81.3	332	77.2
	Consultas de controle	87	26.2	94	18.7	98	22.8
	Casos referenciados **	38	11.4	25	5.0	41	9.5
Enfermeiro	Total de consultas	180	100.0	209	100.0	137	100.0
	Consultas de 1ª vez	98	54.4	118	56.5	59	43.1
	Consultas de controle	82	45.6	91	43.5	78	56.9

FONTE: Módulo do PSF Santa Rita do Zarur

* Demanda espontânea, pacientes que apresentam os atuais sintomas pela 1ª vez

** Inclui as referências saídas das consultas de controle e das consultas 1ª vez.

A Tabela 5 poderia ficar mais completa caso fossem separadas as referências feitas a partir das primeiras consultas das realizadas a partir das

consultas de controle, o que é recomendável por terem um peso diferente na avaliação da qualidade de prestação de cuidados como referido anteriormente.

Desta forma, podemos afirmar que os totais de atendimentos médicos e referências constantes da Tabela 4 incluem atendimentos e referências supérfluos isto é, casos que retornam ao módulo para solicitar novo encaminhamento para consulta de controle com especialistas devido ao fato, já referido, de estes não agendarem as consultas de retorno. Estes casos são computados como consulta médica elevando o seu número: 63 em julho representando 15.9% do total de consultas constantes da Tabela 4, 59 em agosto (10.5%) e 40 em setembro (8.5%). Começa a ficar claro o porquê do grande número de atendimentos médicos registrados nesse módulo no primeiro semestre do ano.

Em relação às referências, excluindo os casos de retorno para as consultas de especialidade, a percentagem cai de 25.6% (Tabela 4) para 11.4% (Tabela 5), em julho, de 15.0% para 5.0%, em agosto e de 17.2% para 9.5%, em setembro. Afinal, a resolutividade no que concerne ao atendimento médico, neste módulo, não é tão baixa como faria supor os dados apresentados conforme a Tabela 4.

A forma como os dados são coletados e apresentados atualmente superestima tanto o número de consultas médicas realizadas, como o número de referências para as consultas de especialidade, à custa dos casos que retornam ao módulo devido ao fato de os especialistas não agendarem as consultas de retorno, o que deve merecer a devida atenção das autoridades sanitárias do município. Na verdade, nesta situação a procura não é pela consulta, mas sim por novo encaminhamento. Dessa forma, na estatística mensal o médico aparece com uma produtividade muito elevada, transparecendo uma sobrecarga de trabalho, à custa de um número exagerado de atendimentos realizados. Enquanto não se estabelecer o sistema de agendamento das consultas de retorno pelos especialistas, seria melhor facilitar o re-encaminhamento dos pacientes dispensando a sua passagem pela consulta médica, podendo obter a ficha de referência diretamente na recepção do módulo, sob controle da enfermeira.

Assim, uma análise superficial dos dados ora apresentados aponta para uma sobrecarga médica, pois o número de atendimentos é superior ao estipulado,

o que não é real e, simultaneamente, para uma baixa resolutividade do atendimento médico baseada na alta percentagem de casos referenciados em relação ao total de atendimentos realizados, o que também não é verdadeiro.

De salientar que o número de atendimentos médicos que sempre foi alto caiu no primeiro mês em que se procedeu à diferenciação das consultas (julho), mas voltou a subir nos dois meses seguintes. Este fato pode estar relacionado com uma situação nova: a inclusão, na contagem de consultas, de pacientes que foram medicados “à distância” (sem comparecerem à consulta) como medida preventiva, através de familiares que apresentaram patologias que podem estar afetando todo o agregado familiar (como verminoses, por exemplo). Aliás, pôde-se constatar, através da agenda de consultas, que, nos meses referidos, o número de consultas médicas constante da lista de consultas realizadas foi sempre superior ao número de consultas previamente agendadas. Queremos deixar claro que não se pretende questionar o procedimento clínico mas, apenas, o sistema de registro.

Como se pode constatar, a simples diferenciação das consultas em duas categorias (1ª consulta e consulta de controle) e o correspondente número de referências saídas de cada uma delas dá-nos um panorama mais real.

A respeito da referência e contra-referência de pacientes parece haver pouco diálogo entre os especialistas e os médicos do Programa Saúde da Família, transparecendo a existência de uma relação um tanto conflituosa entre essas duas categorias médicas. A rede hierarquizada de cuidados e serviços carece de um maior entrosamento que passa, necessariamente, pelo envolvimento dos especialistas e hospitais. Fica-se com a impressão que os profissionais que atuam nestes dois níveis não se sentem integrados na rede, ou melhor, que o Programa Saúde da Família está fora dessa rede e, por isso, os módulos funcionam como se fossem algo à parte. As causas desta situação podem ser várias, mas não é nosso propósito analisá-las neste trabalho.

Segundo a Secretária Municipal de Saúde, os especialistas reclamam alegando que grande parte dos pacientes são referenciados para as consultas de especialidade sem a realização de um adequado estudo prévio, resultando desse fato o encaminhamento desnecessário de um elevado número de casos que

poderiam ter sido resolvidos na própria unidade. Contudo - continua a Secretária Municipal de Saúde - os especialistas mantêm a prática de não preencher a contra-referência que, nesses casos, seria de grande importância para a discussão dos critérios de referência, com os médicos dos módulos. Entretanto, os profissionais do PSF rebatem:

“Eu avalio o paciente e encaminho com toda avaliação. O sistema está caótico. Nós garantimos que o usuário escolha com quem ele quer se tratar”. (Entrevistado 6)

“Eu nunca faço primeiro encaminhamento. Sempre o médico dá uma olhada para qualquer tipo de referência, a não ser ginecologia, quando a paciente está em climatério ou tem uma atopia do colo uterino, uma extensão grande, ou alguma lesão que o colpocitológico não acusou e eu observo que tem uma necessidade do ginecologista ver”. (Entrevistado 5)

Se o especialista não cumprir cabal e responsavelmente a sua missão, tanto exigindo que a referência seja feita após o estudo adequado do paciente, quanto seguindo de forma programada os casos referenciados com o devido preenchimento do formulário de contra-referência e agendamento das consultas ulteriores, o fosso ora existente no sistema tenderá a aprofundar-se cada vez mais. Mas, o mais importante é que no meio destes desencontros quem sai perdendo é o usuário, uma vez que fica mais difícil praticar um atendimento integral ao paciente, o que constitui um atropelo a um dos princípios do Sistema Único de Saúde e propósitos do Programa Saúde da Família.

Este é um dos grandes pontos de estrangulamento do programa em Volta Redonda, que carece de uma maior discussão visando a definição de parâmetros para a referência e contra-referência de pacientes, que constitui um dos grandes condicionantes da resolatividade do PSF.

De acordo com informações prestadas por alguns profissionais dos módulos, com frequência os pacientes retornam à unidade queixando-se de terem sido mal atendidos e relatando posturas assumidas pelo especialista que em nada abonam o bom relacionamento que deve existir entre os vários níveis de atenção

e afetam, sobretudo, a tão apregoada integralidade de atenção e o humanismo no atendimento ao paciente a que o Programa Saúde da Família se propõe.

“Muitas vezes (os especialistas) mandam recado malcriado para o próprio colega demonstrando uma falta de profissionalismo incrível, não dá para entender. Isso resulta de uma falta de formação”. (Entrevistado 1)

“Tive um caso que encaminhamos para o especialista e ele ficou mal humorado porque não entende o trabalho do PSF. Nessa hora a gente precisa de ajuda. Eu tenho protocolo, ele me aponta os sinais de gravidade. Se eu não tiver apoio dos locais de referência, do atendimento de urgência... Há toda uma retaliação do profissional que te atende na ponta”. (Entrevistado 5)

“Numa especialidade, tem um especialista que todo o mundo gosta porque faz vínculo com o usuário, mas tem um que é terrível e nem olha para a pessoa”. (Entrevistado 6)

Tempo de espera por atendimento especializado

Outra questão que deve merecer atenção porque se prende com o acesso dos pacientes à rede de cuidados e com a resolutividade do programa, é o tempo médio de espera para o atendimento especializado. Devido à inexistência de um sistema específico para o registro dos casos que são referenciados não é possível calcular o tempo de espera no Programa Saúde da Família de Volta Redonda. Contudo, num dos módulos (Mariana Torres) utilizou-se um livro para o efeito e os dados que se apresentam referem-se apenas a esse módulo. No entanto, retratam a situação dos outros módulos porque as informações recebidas de todos eles são similares a este respeito.

A Tabela 6, mostra o tempo médio de espera por consulta de especialidade que foi calculado através da fórmula:

$$\text{Tempo médio de espera} = \frac{\sum \text{dos dias de espera}}{\text{N}^{\circ} \text{ de encaminhamentos}}$$

onde dias de espera corresponde ao tempo decorrido desde a data da referência do paciente no módulo do PSF até a data do atendimento pelo especialista (data de atendimento pelo especialista – data de referência).

Pode-se verificar que o tempo médio de espera é grande, sobretudo, para as especialidades nominalmente citadas pelos profissionais do PSF: neurologia, oftalmologia e ortopedia. Mas, é também muito superior à desejada para traumatologia, gastroenterologia, endocrinologia, dermatologia e até para as especialidades menos demandadas, como nefrologia, cardiopediatria e cirurgia vascular.

TABELA 6 - Tempo médio de espera por consulta de especialidade no módulo Mariana Torres do Programa Saúde da Família do município de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Especialidades *	Movimento	jan	fev	mar	abr	mai	jun	Total
Neurologia 3	Total de dias de espera	155	285	273	277	362	93	1445
	Encaminhamentos	10	10	6	22	23	6	77
	Tempo médio de espera	15.5	28.5	45.5	12.6	15.7	15.5	18.8
Ortopedia 4	Total de dias de espera	46	416	77	320	162	166	1187
	Encaminhamentos	6	21	7	15	11	9	69
	Tempo médio de espera	7.7	19.8	11.0	21.3	14.7	18.4	17.2
Oftalmologia 6	Total de dias de espera	134	378	521	137	226	87	1483
	Encaminhamentos	5	14	11	5	7	6	48
	Tempo médio de espera	26.8	27.0	47.4	27.4	32.3	14.5	30.9
Hematologia 1	Total de dias de espera	60	32	126	134	0	82	434
	Encaminhamentos	6	3	7	5	0	5	26
	Tempo médio de espera	10.0	10.7	18.0	26.8	0.0	16.4	16.7
Gastroenterologia 2	Total de dias de espera	104	152	67	137	58	50	568
	Encaminhamentos	5	10	14	11	9	4	43
	Tempo médio de espera	20.8	15.2	16.7	12.4	6.4	12.5	13.2
Endocrinologia 2	Total de dias de espera	55	219	100	82	44	0	500
	Encaminhamentos	4	10	10	6	3	0	33
	Tempo médio de espera	13.7	21.9	10.0	13.7	14.7	0.0	15.1

Fonte: Livro de registro de referências do módulo do PSF Mariana Torres.

* O número que consta abaixo de cada especialidade refere-se ao número de especialistas.

Nota: Este quadro foi elaborado a partir dos dados constantes do Anexo 11.

É difícil estabelecer um parâmetro para o tempo médio de espera considerado satisfatório, já que depende da situação clínica e gravidade de cada caso, independentemente da especialidade. O ideal seria que o atendimento especializado fosse realizado de imediato ou, quando muito, na mesma semana em que o paciente for atendido no módulo. De qualquer forma, para um programa que se pretende que seja inovador e de alta resolutividade, como é o Programa Saúde da Família, não é aceitável que os pacientes aguardem, em média, 30 dias para uma consulta, como é o caso de oftalmologia, 20 a 30 dias para cirurgia vascular, 15 a 20 dias para neurologia e ortopedia, e assim por diante.

Várias são as causas apontadas como justificativas para esta situação: carência de especialistas em determinadas áreas como neurologia, ortopedia e oftalmologia e a impossibilidade de se firmar novos contratos devido a limitações de ordem financeira, mau funcionamento do sistema de referência e contra-referência, entre outras. Nestas circunstâncias, são encaminhados apenas os casos mais graves, selecionados dentre as prioridades e, por vezes, como nos foi relatado, recorre-se a canais alternativos informais para o atendimento dos casos mais graves.

“Eu tenho crianças com acuidade visual alterada, diabéticos e hipertensos com alterações visuais e aí vou peneirando aqueles que, a nosso ver, estão numa situação de maior risco. Todos estão em situação de risco, mas quem está em maior risco é encaminhado primeiro. A situação fica complicada porque é um número muito grande, sobretudo, na Oftalmologia”.
(Entrevistado 5)

“Na realidade acho o sistema muito cruel, quer dizer, o SUS te aponta o primeiro princípio que é a questão da universalização do acesso e tenho que priorizar prioridades. Esse é o grande nó, hoje, na questão da referência”.
(Entrevistado 5)

“Hoje, tenho uma população na unidade de 329 hipertensos e já tenho tratamento para 300, é preciso fundo de olho e tenho que priorizar essa demanda.” (Entrevistado 5)

Mesmo na vertente assistencialista, para uma resolutividade limitada contribuem algumas situações que limitam a abrangência das atividades do médico do programa, tais como a existência de uma farmácia básica com uma

lista padronizada de medicamentos considerada pobre em quantidade e espécie, pelos profissionais, e não permite ao médico a flexibilidade necessária para enfrentar as diferentes situações clínicas que exigem terapia medicamentosa. Até o seguimento de pacientes portadores de doenças crônicas torna-se muito difícil se se restringir a essa lista (Anexo 6). Além disso, foi referido que falhas de estoque ocorrem com frequência. A prescrição de medicamentos não constantes da lista implica a sua compra pelos usuários que, de uma maneira geral, são pobres e não têm recursos financeiros para tal e, por isso, ficam impossibilitados de seguir a medicação.

“Na farmácia básica o número de medicamentos é muito pequeno. Por exemplo, Digoxina, que é um medicamento muito barato e a gente utiliza muito, não faz parte da rede básica. Procuro trabalhar em cima da farmácia básica porque a população não tem dinheiro para comprar medicamentos”.
(Entrevistado 6)

Esta situação pode ser frustrante para o médico do Programa Saúde da Família que, apesar de sentir-se capacitado para intervir de uma forma muito mais eficaz, vê-se obrigado a limitar seu atendimento. Parece-nos imperiosa a busca de alternativas que permitam ampliar a vigente lista padronizada de medicamentos da farmácia básica.

De igual forma, esses médicos sentem-se limitados no que diz respeito à solicitação de exames complementares de diagnóstico, uma vez que os considerados de média e alta complexidade, só podem ser solicitados por especialistas da área, ficando a sua autorização e marcação a cargo de uma central. Estas circunstâncias associadas ao exíguo espaço físico dos módulos tornam-se fatores que impedem a boa qualidade do atendimento criando uma grande ansiedade, tanto por parte dos profissionais, quanto dos usuários dos serviços.

“Hoje, o grande problema da unidade é o espaço físico. As meninas brigam demais porque não têm uma sala. É num cubículo que elas atendem os clientes e orientam tudo. A estrutura física não oferece condições”.
(Entrevistado 5)

“Eu vejo o sufoco que os módulos passam. Aí, contrata-se mais um médico, mais uma enfermeira, mais um agente, mas não dá porque mantém-se a mesma área física. Aumenta-se o número de profissionais e não se aumenta o número de salas. Não dá porque duas pessoas não podem ocupar o mesmo espaço ao mesmo tempo. O número de consultas pode até aumentar, mas não na proporção adequada porque a área física é a mesma”. (Entrevistado 1)

Internação

Os pacientes para internação podem ser encaminhados diretamente a partir dos módulos do Programa Saúde da Família quando o caso assim o requer. Nas situações mais graves pode-se acionar a central de ambulâncias da Secretaria Municipal de Saúde.

A falta de entrosamento entre os profissionais que atuam nos vários níveis faz-se sentir também em relação aos pacientes encaminhados para internação. Segundo alguns profissionais entrevistados, aos médicos do programa costuma ser barrado o acesso aos prontuários (e, por vezes, até o acesso aos pacientes internados), o que constitui um atentado ao princípio da integralidade da atenção preconizado pelo Programa Saúde da Família. Além disso, o laudo da internação nunca é encaminhado para o módulo do PSF que referenciou o paciente, de forma que o médico fica sem saber quais as medidas terapêuticas seguidas durante esse período e quais as recomendações para o futuro. O número de encaminhamentos para internação a partir dos módulos do Programa Saúde da Família é muito pequeno: para o total de 13.263 atendimentos médicos realizados durante o primeiro semestre de 2000, foram encaminhados apenas 53 casos, representando 0.4% (Anexo 9, Tabela C.6).

Atividades de Promoção da Saúde

As ações de promoção da saúde, atividades de particular importância preconizadas pelo Programa Saúde da Família, não têm merecido a devida atenção por parte dos profissionais do programa devido, sobretudo, ao excesso da demanda.

“Faz-se pouca educação em saúde devido ao excesso de demanda. Gostaria de fazer uma sala de espera com quem estivesse aí para falar sobre a importância da escovação, da higiene íntima. A gente tem feito pouca educação em saúde justamente pelo excesso de demanda”.
(Entrevistado 3)

“A demanda é muito grande e a gente não consegue sair daqui. Temos seis horas de visita domiciliar que é muito pouco e a gente vai ver só doença”.
(Entrevistado 6)

A promoção da saúde deve basear-se no conhecimento da realidade local e, por isso, foi estabelecida como estratégia para a sua efetivação a realização de visitas domiciliares que, infelizmente, são feitas quase exclusivamente pelos agentes comunitários de saúde como se pode ver na Tabela 7 abaixo:

TABELA 7 - Distribuição de visitas domiciliares realizadas pelos integrantes das equipes do PSF de Volta Redonda durante o 1º semestre de 2000

Módulos	Visitas Domiciliares								Total
	Médico		Enfermeira		Auxiliar Enf		ACS		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
São Carlos	41	2.0	15	0.7	38	1.9	1960	95.4	2054
Vila Rica	43	1.2	0	0.0	133	3.9	3253	94.9	3429
Padre Josimo	98	2.1	2	0.0	101	2.2	4504	95.7	4705
Santa Rita	132	4.3	20	0.0	98	3.2	2829	91.9	3079
Mariana Torres	61	1.0	0	0.0	269	4.5	5696	94.5	6026
Total / % médio	375	2.12	37	0.14	639	3.14	18242	94.5	19293

Fonte: Distrito Sanitário 4 do município de Volta Redonda

As poucas visitas realizadas pelos médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem são quase sempre dedicadas à prestação de cuidados assistenciais como controle de faltosos à consulta ou tratamento e atendimento de pacientes com dificuldades de locomoção ou acamados.

“O médico tem um período para fazer visitas. Por enquanto essas visitas são para controle de pacientes que não conseguem vir à unidade – acamados, idosos. Um período é muito pouco e não dá para incluir atividades de promoção”. (Entrevistado 4)

O que na realidade acontece é que as atividades de promoção não figuram como prioridade no Programa Saúde da Família de Volta Redonda. Tanto assim é que, oficialmente, ao médico só foi disponibilizado um dos 10 tempos semanais para se dedicar a essas atividades, não havendo um sistema que registre e controle a sua efetivação. Por outro lado, deduz-se que o sistema existente não dá a devida importância às atividades educativas uma vez que a avaliação da produtividade do médico não as inclui. Além disso, segundo as enfermeiras, as atividades de promoção da saúde não estão codificadas e, por este motivo, não são computadas como procedimentos. No formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica, na parte concernente a procedimentos, existem apenas dois itens sobre este assunto: 1) Atendimento de Grupo/Educação em Saúde, que se refere às reuniões que se realizam com os usuários integrados nos grupos considerados de risco e 2) Procedimentos Coletivos I (PCI), que nenhum dos entrevistados soube nos informar em que consiste.

Desta forma, são os agentes comunitários de saúde quem mais se dedicam às atividades de promoção mas, na opinião de alguns profissionais, a qualificação desses agentes é baixa e, conseqüentemente, a sua capacidade educativa ou de resolver os problemas é também limitada. Resulta desse fato o encaminhamento de um grande número de problemas aos módulos do Programa Saúde da Família, cuja resolução, muitas vezes, não é da competência, nem da responsabilidade direta do programa.

“No início, eu tinha um grande medo porque ele [agente comunitário de saúde] é um grande trazedor de problemas. Ele encharca, porque tem baixa resolutividade. Ele é um profissional que não tem qualificação para resolver problemas. Às vezes demanda um problema para a unidade que não é da unidade. Então, no início, tivemos que trabalhar na questão da formação do agente. É extremamente complicado. Tem agente com formação de 1º grau. Em alguns locais, houve até essa dificuldade”. (Entrevistado 5)

Num dos módulos foi levantada uma questão interessante sobre o nível de escolaridade que deve ser exigido ao agente comunitário:

“Eu acho que o ACS é quem leva o programa para a frente. Aqui, dois agentes com o primeiro grau têm um desempenho melhor do que outros que têm o segundo grau. Até que ponto a escolaridade interfere mesmo na questão da qualidade do atendimento, na observação de alguns problemas?” (Entrevistado 5)

Na realidade, somos de opinião que o desempenho do agente de saúde, pelo tipo de tarefas que lhe são reservadas, vai depender muito mais do seu envolvimento e dedicação do que propriamente do seu grau de escolaridade. Por outro lado, é decisivo para a sua atuação, o nível de aceitação que conseguir granjear na comunidade. Aliás, há quem discorde da condição exigida no sentido dos agentes comunitários de saúde serem residentes da própria comunidade onde trabalham.

“Eu não concordo com a idéia do agente comunitário ser da própria comunidade, porque a comunidade não separa, não vê o agente como profissional de saúde. Ela o vê como vizinho e tem resistência. Eles sentem essa dificuldade e demandam um monte de coisas para a gente porque, às vezes, não tem como. No início isso complicou muito”. (Entrevistado 5)

A falta de transporte é apontado como outro fator que também contribui para o reduzido número de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais do programa. Apenas um dos módulos conta com uma viatura a tempo inteiro (Santa Rita do Zarur), sendo os demais obrigados a “repartir” uma viatura da Secretaria Municipal da Saúde, de acordo com um calendário preestabelecido. Para minimizar esta situação, são disponibilizados vales transporte aos membros da equipe.

Formação Profissional

É unânime o reconhecimento da inadequação da formação do profissional médico para trabalhar no Programa Saúde da Família, principalmente no que se refere às atividades de promoção da saúde, em particular, e com a comunidade, em geral. Essa inadequação não é sequer minimizada pelos “curtíssimos” cursos de capacitação em que alguns profissionais participaram. Na prática, prevalece o lado tecnicista, da mesma forma que, em relação à enfermagem, prevalece o lado

administrativo. Ainda a esse respeito, há situações em que o médico especialista (pediatra e outros) integrado no PSF vê-se obrigado a fazer atendimento integral (generalista), sem que para tal tenha passado por uma adequada capacitação ou prática estagiária. Esses profissionais, apesar do esforço que despendem, reconhecem a sua dificuldade e limitação, o que também contribui para baixar o nível de resolutividade.

“A proposta do PSF é excelente, o modelo é um ovo de Colombo. Ele peca precisamente na questão da formação”. (Entrevistado 6)

“Acho que o PSF tem duas vertentes de peso: a parte assistencial e a parte educativa. Esta parte praticamente não existe. A nível primário, a educação é de fundamental importância. Eu tenho alguma formação nesse sentido porque sou da saúde pública e sempre trabalhei na saúde pública, mas não tenho muita vivência de trabalhar com a comunidade”. (Entrevistado 6)

“A falta de formação faz com que a gente seja muito primário. Você não tem saber nem sensibilidade suficientes para construir um modelo que possa explorar todos esses potenciais profissionais e infra-estruturas que a Secretaria tem à disposição. Ficamos numa situação de aspirante querendo fazer uma coisa que não sabe fazer”. (Entrevistado 6)

Reportando uma vez mais à pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil” (Machado,2000), os dados apontam que 96.35% dos médicos e 96.97% dos enfermeiros sentem necessidade de aprimoramento profissional. Dos médicos que integram este programa, 37.16% concluíram residência médica em áreas essencialmente clínicas, percentual que se pode considerar baixo em relação à média nacional que é 75% (Machado *et ali.*,1997). Quanto aos enfermeiros, 37.07% fizeram habilitação profissional maioritariamente na área de saúde pública (40.03%). Em relação aos cursos de especialização, 39.53% dos médicos se especializaram, sendo as três principais áreas - medicina interna (28.38%), medicina geral comunitária (14.39%) e pediatria (13.38%); e dos enfermeiros 35.49% têm curso de especialização, sendo em saúde pública (21.93%), enfermagem de unidades de saúde (11.69%) e gerenciamento de serviços de enfermagem (11.14%).

Pelo Quadro 1, que apresenta, entre outros dados, o tempo de formado e o tempo de serviço (no PSF) dos médicos que atualmente integram as equipes do

programa em Volta Redonda, podemos verificar que em relação ao tempo de formado os dados são compatíveis com os apresentados por Machado (2000), que mostra que 26.8% dos médicos que trabalham no Programa Saúde da Família têm até 4 anos de formado, 36.6% entre 5 e 14 anos e também 36.6% mais de 15 anos. Em Volta Redonda apenas um dos médicos tem menos de 2 anos de formado. Todos os demais se formaram há mais de sete anos.

Rotatividade dos profissionais

No que concerne ao tempo de trabalho no Programa Saúde da Família, e ainda de acordo com Machado (2000) 43.34% dos médicos atuavam havia menos de um ano tomando como justificativa a grande expansão do programa verificada no ano que antecedeu a realização da pesquisa. Em Volta Redonda o curto tempo de permanência dos médicos no programa (grande rotatividade) também se verifica e num percentual ainda maior, mas as justificativas deverão ser outras uma vez que o estudo só abrangeu os módulos do programa que entraram em funcionamento há 4 e 5 anos.

QUADRO 1 - Informações sobre os médicos que integram as equipes do Programa Saúde da Família de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Módulo	Tempo de formado	Pós-graduação /Especialidade	Capacitação para o PSF	Residência no município	Trabalha no PSF	Nesta equipe
São Carlos	Sem médico, aguardava-se a chegada de um recém contratado					
Vila Rica	7 anos e meio	Homeopatia	2 semanas	20 anos	4 meses	4 meses
Padre Josimo	26 anos	Cirurgia Plástica	Não	40 anos	5 meses	5 meses
	13 anos	Pediatria	Não	6 anos	3 anos e 5 meses	3 anos e 5 meses
	1 ano e meio	Homeopatia	40 horas 56 horas	Sempre	9 meses	9 meses
Santa Rita	27 anos	Saúde Pública, Med. de Trabalho, Homeopatia	Não	3 anos	1 ano e meio	1 ano e meio
Mariana Torres	18 anos e meio	Não	1 mês	27 anos	5 anos	5anos
	9 anos	Pediatra	1 mês	Sempre	1 mês	1 mês

Fonte: entrevistas com os médicos do PSF de Volta Redonda

Dos sete médicos que atuam nos cinco módulos estudados, três entraram este ano (42.86%), sem contar o módulo São Carlos que no momento não tinha médico e aguardava-se a chegada de um recém contratado. Incluindo este, serão 8 médicos dos quais 4 (50%) entraram para o programa no decurso deste ano. Este dado, por si só, já é demonstrativo da alta rotatividade dos médicos no programa. Além disso, dos oito médicos que integram as cinco equipes, apenas um (Mariana Torres) manteve-se desde o início do funcionamento do programa, o que representa uma percentagem muito baixa ($1/8=0.125$), ou seja, 12.5%. E se considerarmos a totalidade dos médicos que já trabalharam e trabalham no programa, que são 21, esse percentual cai para 4.76%, o que é extremamente baixo.

O Quadro 2 permite analisar melhor a rotatividade dos profissionais dos módulos do Programa Saúde da Família estudados.

QUADRO 2 - Rotatividade dos profissionais que integram as equipes do PSF de Volta Redonda, em julho de 2000

Módulo	Composição da equipe	Famílias registradas	População coberta	Rotatividade				tempo de existência do módulo
				Méd	Enf	AE	ACS	
São Carlos	1 médico 1 enfermeira 1 aux. enf. 4 ACS	547	2209	4 (1.25)	1 (5.0)	1 (5.0)	4 (5.0)	5 anos
Vila Rica	1 médico 1 enfermeira 1 aux. enf. 4 ACS	900	2900	4 (1.25)	1 (5.0)	3 (1.67)	5 (4.0)	5 anos
Padre Josimo	3 médicos 2 enfermeiras 2 aux. enf. 4 ACS	1439	5756	5 (2.4)	4 (2.0)	2 (4.0)	4 (4.0)	4 anos
Santa Rita	1 médico 1 enfermeira 2 aux. enf. 4 ACS	858	2974	3 (1.67)	1 (5.0)	2 (5.0)	4 (5.0)	5 anos
Mariana Torres	2 médicos 1 enfermeira 2 aux. enf. 4 ACS	1212	4500	3 (3.3)	1 (5.0)	2 (5.0)	4 (5.0)	5 anos

Fonte: Módulos do PSF de Volta Redonda

Para estimar a rotatividade das categorias profissionais que integram as equipes do programa, utilizamos como indicador o “tempo médio de permanência

no emprego” tomando como elementos fundamentais o número de profissionais de cada categoria estabelecido para o módulo, o número de profissionais que já trabalharam e os que atualmente trabalham nesse módulo, e o tempo de funcionamento (existência) do módulo. Com base nesses elementos estabelecemos a seguinte fórmula para o cálculo do tempo médio de permanência no emprego dos profissionais vinculados ao programa:

$$\text{Tempo médio de permanência no emprego} = \frac{\text{Nº de profissionais estabelecido para o módulo}}{\text{Nº de profissionais que trabalharam e trabalham no módulo}} \times \text{Tempo de funcionamento}$$

O resultado indica, em anos (ou meses, se assim se preferir), o tempo médio de permanência de cada categoria profissional no módulo.

Os módulos São Carlos e Vila Rica de Três Poços são os que apresentam maior rotatividade de médicos: 1.25 no período de 5 anos, isto é, em média os médicos permanecem 1 ano e 3 meses (1.25 X 12 meses = 15 meses) nesse módulo e depois saem, seguindo-se Santa Rita do Zarur (1.67 em 5 anos), Padre Josimo (2.4 em 4 anos) e Mariana Torres (3.3 em 5 anos), sendo este o módulo onde trabalha o único “sobrevivente” dos médicos pioneiros do programa.

Padre Josimo é o único que apresenta rotatividade de enfermeira (2.0 em 4 anos) e Vila Rica de Três Poços o único a apresentar rotatividade de auxiliares de enfermagem (1.67 em 5 anos) e agentes comunitários de saúde (4.0 em 5 anos).

A alta rotatividade é um fenômeno indesejável e pode ter múltiplas causas mas, em Volta Redonda, as principais causas apontadas pelos entrevistados são a insatisfação com as condições e volume de trabalho, baixa remuneração e precário vínculo empregatício. A este respeito, Machado (2000) aponta que 61.83% dos médicos e 61.17% dos enfermeiros do Programa Saúde da Família, no Brasil, têm um vínculo empregatício precário, sem garantias jurídicas de direitos trabalhistas. Dentre os médicos 49.12% reivindicaram um salário superior a US\$3.000, dos quais 24.53% entre US\$4.001 e 5.000, enquanto 37.37% dos enfermeiros apontaram como renda desejável entre US\$1.001 e 2.000 e 34.52% entre US\$2.001 e 3.000. Talvez por isso 45.54% dos médicos e 25.80% dos

enfermeiros declararam ter outro vínculo empregatício além do Programa Saúde da Família.

Este problema deve merecer uma atenção especial uma vez que a criação de vínculo com a comunidade constitui um dos grandes fundamentos do programa, ficando prejudicada com a frequente entrada e saída dos elementos humanos que compõem as equipes. Poderíamos avançar como sugestão para reduzir a rotatividade e, conseqüentemente, aumentar o índice de fixação dos integrantes das equipes, sobretudo médicos, a atribuição de uma gratificação complementar progressiva com base no tempo de serviço prestado no PSF, caso não seja possível criar uma carreira própria.

Práticas negativas dos usuários

Os entrevistados referiram a existência de uma grande resistência da demanda em abandonar determinadas práticas, como, chegar de madrugada para fazer fila ou todos chegarem simultaneamente, mesmo quando existe uma programação para atendimento personalizado com consultas agendadas previamente, com indicação do dia e hora do atendimento.

“A gente tem brigas abertas com a comunidade porque eles chegam aqui com a consulta marcada para uma hora da tarde e chegam às duas/três horas da tarde e acham que o profissional tem que estar atendendo, mas não é assim”. (Entrevistado 5)

“À tarde a gente trabalha com agendamento e começamos a colocar horário: a cada hora, 3 pacientes. Mesmo assim, chegam todos à mesma hora. Por mais que a gente explique, não adianta, não conseguimos convencê-los”. (Entrevistado 7)

A permanência desses hábitos na população pode ser reflexo de pouco trabalho educativo na comunidade que mostra resistências em aderir (talvez porque ainda não compreendeu) à nova filosofia incorporada pelo Programa Saúde da Família ou porque as atividades desenvolvidas pela equipe não têm correspondido às suas expectativas no que concerne a resolução dos problemas que enfrenta.

Por outro lado, indo em sentido oposto ao que preconiza o programa de se garantir um médico de perfil generalista capaz de atender e resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, esta exige um atendimento especializado, pois, não assimila a idéia de que um mesmo médico seja capaz de atender crianças e adultos, homens e mulheres, diabéticos, gestantes, hipertensos, etc. Isso é fruto da cultura consolidada ao longo de décadas e que associa a qualidade do ato médico à especialização e utilização de equipamentos cada vez mais sofisticados, o que confere ao especialista um “status” superior ao generalista, determinando essa procura exacerbada pelo atendimento especializado com base na sintomatologia clínica, na maioria das vezes, banal. Por isso, muitas vezes as pessoas recorrem aos módulos do Programa Saúde da Família para solicitar encaminhamento para as consultas de especialidade, hábito adquirido, ao que parece, do modelo anterior em que o médico da Unidade Básica de Saúde geralmente acatava esses pedidos sem qualquer objeção.

“Um grande problema é a questão da satisfação da clientela. A população não está acostumada com aquele profissional que atende todo o mundo. Ele quer pediatra para o filho, quer clínico para o adulto, ginecologista para problemas ginecológicos, obstetra para o pré-natal”. (Entrevistado 5)

“ ‘O médico lá atende todo o mundo: atende meu filho, minha avó, minha mãe... e eu não quero. Eu quero um Pediatra para atender só criança. O médico lá trata hipertensos, diabéticos, gestantes, ele trata todo o mundo’. Ou seja, é a própria população que prefere e exige que seja tratada em partes mesmo. Quer que um trate a cabeça, outro o estômago, e por aí adiante. Acho isso interessante! A gente lutando para ter mais médicos generalistas, com uma formação melhor, e a própria comunidade não querendo, preferindo ser tratada por partes”. (Entrevistado 2)

“A população fez abaixo assinado exigindo um pediatra porque o médico é generalista”. (Entrevistado 7)

A Coordenadora do Programa Saúde da Família reconhece essa situação ao afirmar:

“Um problema que ainda temos é a questão da demanda por consultas de especialistas. Quando trazem uma criança querem ser atendidas por um pediatra, cobram consultas com especialistas. Isso é natural porque antes tinham uma certa facilidade em consultar especialistas. Antes, os médicos

encaminhavam para as consultas com especialistas com muito mais facilidade que os médicos do PSF. Isso causa uma certa estranheza da população, mas só o tempo e o trabalho com a comunidade poderão modificar esse procedimento”.

Remuneração

O esforço que representa para os profissionais dedicarem oito horas diárias em regime de tempo integral (e muitas vezes com dedicação exclusiva, embora não imposta) ao atendimento de uma demanda, geralmente desorganizada, com uma remuneração considerada baixa pela categoria médica em relação à praticada em outros municípios, leva a frequentes frustrações tendo como resultado uma alta rotatividade dos médicos verificada no PSF de Volta Redonda.

“Hoje o PSF tem um grande problema em relação aos médicos, porque os médicos ainda têm um mercado de trabalho muito bom nesta região. O que é que acontece? O médico vem, fica cinco, seis meses e vai embora porque não agüenta, é muito trabalho, tem muita gente para atender e acaba se desinteressando”. (Entrevistado 6)

A este respeito, a Secretária Municipal de Saúde esclarece:

“Houve uma negociação inicial sobre o valor que seria pago. Hoje, pelo próprio mercado, pode estar desfasado, mas na época não”.

Outro fato que convém salientar é a permanente reivindicação por uma melhor remuneração que é considerada, pela classe de enfermagem, desfasada em relação à dos médicos. Mas, a explicação deste fato é também dada pela Secretária Municipal de Saúde, que esclarece:

“Aqui, no Brasil, você tem uma diferença entre os médicos e as outras categorias, o médico sempre ganha mais”.

Para além das atividades administrativas e de coordenação inerentes à função de gerência, as enfermeiras gerentes também dedicam três dos dez tempos semanais a atividades assistenciais, o que reforça a idéia de que essa reivindicação seria legítima.

Intersetorialidade

A parceria é muito pouco praticada apesar da existência de organizações diversas atuando na área: Associação de Moradores, Pastoral da Criança, Legião da Boa Vontade, entre outras. Isso ocorre, segundo um profissional do programa, “tanto por falta de tempo, como por falta de sensibilidade e de saber dos profissionais para estabelecer parcerias e aproveitar, de melhor forma, os potenciais profissionais e infra-estruturas dessas organizações em favor da população”.

“A pastoral é um grande braço. É uma rede de pessoas abnegadas, solidárias, e que fazem um grande trabalho e não se aproveita disso. Em vez de se estabelecer uma parceria, fica-se brigando pelo poder. Não existe parceria”. (Entrevistado 6)

Participação Comunitária

Em relação à participação da comunidade, em cada módulo do Programa Saúde da Família existe um Conselho Gestor que integra representantes da comunidade e membros da equipe e se reúne periodicamente para debater os principais problemas. O grau de participação dos representantes comunitários nesse Conselho, depende do nível de organização e engajamento político dos moradores e varia desde alta...

“O Conselho Gestor tem um representante dos usuários de cada área. Cada representante tem um suplente que pode assistir às reuniões, mas sem direito de voto. A reunião é mensal. Os representantes dos usuários são muito participativos. O Conselho Gestor é muito atuante”. (Entrevistado 4)

... a até quase nula

“O bairro é muito desorganizado politicamente. Isso é um grande nó. Existe um Conselho Gestor desde que iniciou o PSF e, até hoje, se no dia da reunião não sair um agente batendo de porta em porta, não vêm. Participam muito pouco. Não aparecem na unidade para apontar problemas”. (Entrevistado 5)

A participação da comunidade é quase sempre esperada como uma contrapartida ou retribuição ao esforço e dedicação da equipe e/ou de seus membros que se dedicam à promoção da saúde, prevenção e combate de doenças, utilizando as visitas domiciliares como estratégia. Esta idéia está embuída tanto de um grande espírito de ingenuidade, quanto de hipocrisia. Ingenuidade, porque a participação não é um mero ato de boa vontade de alguém ou de um grupo, mas sim, o resultado de uma interação em que ambos os lados devem sair beneficiados; hipocrisia, porque a prestação de cuidados é, antes de mais nada, um dever profissional e, por isso, não deve ser vista como ajuda de tipo beneficente em que o beneficiado deve demonstrar a sua gratidão e manifestá-la através da participação, isto é, colaborando.

Esta interação deve ser construída de forma gradual e contínua, a começar por um bom atendimento (que inclui a noção de acolhimento) a todos os que precisarem do serviço de saúde. Para tal, é fundamental ter em conta, não só as queixas apresentadas pelos pacientes, mas também os seus problemas. É preciso escutar, tentar perceber e acreditar naquilo que o paciente transmite. Isso permite estabelecer o diálogo, melhorar a qualidade do trabalho do profissional, aumentar a confiança do paciente e sua satisfação. Trata-se, pois, de um processo que se vai construindo ao longo do tempo.

Infelizmente, como os próprios profissionais do Programa Saúde da Família de Volta Redonda reconhecem, o tempo dedicado a esse contato direto com os pacientes é escasso. Menor ainda é o tempo dedicado a visitas domiciliares que, quando se realizam, têm por finalidade a busca de “casos”, relegando para um segundo plano um dos seus objetivos principais - a promoção da saúde.

Devido aos condicionantes da formação dos profissionais de saúde, nas atividades ditas educativas, a tendência natural é tutelar a família e “bombardeá-la” com informações e recomendações programáticas elaboradas, de uma forma geral, sem conhecer a realidade social da comunidade e, logo, sem levar em conta a sua cultura, suas emoções, anseios e, sobretudo, sua capacidade (por vezes, genial) de enfrentar, contornar ou resolver os muitos e variados problemas

resultantes da adversidade do seu cotidiano de gente pobre e, muitas vezes, marginalizada.

Em face disso, mesmo que carregada das melhores intenções e parecer ser a mais adequada, a abordagem do profissional de saúde pode ser de difícil compreensão pela comunidade que não consegue ver nela qualquer conexão com os verdadeiros problemas que a afetam ou, pelo contrário, achá-la demasiado elementar e sem qualquer interesse por não acrescentar nada novo ao que já sabe ou conhece.

A pouca participação da comunidade pode ser uma reação que traduz o seu descontentamento, desinteresse, indiferença em relação à qualidade do serviço que vem sendo prestado e que não corresponde às suas expectativas ou, simplesmente, porque, menos que com a saúde propriamente dita, está mais preocupada com a resolução de problemas imediatos que mais a afligem como alimentação, desemprego, condição precária de moradia, violência. O que para o profissional da saúde pode constituir um sério risco para a saúde, para a comunidade isso faz parte do cotidiano e, portanto, considerado normal. É nessas circunstâncias que é importante analisar atentamente o comportamento das pessoas na tentativa de desvendar qual a real motivação que o justifica. Infelizmente, é nesse momento que, muitas vezes, ocorre a decepção do profissional que interpreta julgando esse comportamento como desinteresse e falta de colaboração por parte da comunidade que ele tanto pretende ajudar. E, assim, a perseverança, tão necessária nessas ocasiões, é substituída pelo desalento, primeiro degrau para a desmotivação.

Outrossim, buscar, à viva força, a participação comunitária para a resolução de problemas locais pode encobrir ou excluir problemas importantes, cuja solução é da competência de outros setores sociais ou de outros níveis, como o estadual ou mesmo federal. A melhor via parece ser a do diálogo, visando o estabelecimento de parcerias atuantes.

Em resumo, pode-se dizer que o Programa Saúde da Família em Volta Redonda confirma, em vários aspectos, os dados fornecidos pela pesquisa “Perfil

dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil” (Machado, 2000). Talvez a grande diferença resida no fato de, na pesquisa, a quase totalidade dos profissionais terem apresentado uma visão otimista para o futuro do programa, enquanto o trabalho de campo realizado em Volta Redonda revela uma certa apreensão dos profissionais no que concerne ao futuro do programa, caso medidas de fundo não forem tomadas para corrigir os vários pontos de atrito que condicionam o desenvolvimento do mesmo, a começar pelo sistema de referência e contra-referência visando uma real integração da rede de cuidados que constitui o seu ponto mais vulnerável nesse município. Esta diferença de pontos de vista talvez se explique pelo fato da pesquisa ter sido realizada no momento em que um grande contingente dos profissionais acabara de ingressar no programa e, por isso, a sua opinião baseara-se sobretudo nas informações obtidas através de leituras sobre os objetivos e a estratégia do Programa Saúde da Família, uma vez que ainda não tinham tido tempo suficiente para confrontar a proposta com a prática. De forma diferente ocorreu no trabalho de campo realizado em Volta Redonda onde os profissionais, sobretudo as enfermeiras, tinham já alguns anos de experiência de trabalho no programa.

Seria interessante, decorrido algum tempo após a realização da pesquisa, auscultar de novo uma amostra significativa dos profissionais que atualmente integram o Programa Saúde da Família, ouvir a sua opinião e registrar as suas propostas, o que pode contribuir de forma decisiva para a redefinição das estratégias e corrigir o rumo.

A resolutividade do PSF em Volta Redonda está fortemente condicionada pela existência de uma rede de serviços que, apesar de bem estruturada fisicamente, não está integrada funcionalmente, o que dificulta sobremaneira o acesso dos pacientes aos cuidados especializados devido ao mau funcionamento do sistema de referência e contra-referência que provoca uma longa fila e excessivo tempo de espera. Esta situação provoca uma grande insatisfação tanto dos profissionais do programa, quanto dos especialistas da rede, visível pela troca de acusações, além de pôr em causa a integralidade da atenção à saúde prestada ao paciente. Constituindo um ponto negativo marcante no que concerne às

condições de trabalho, pode estar na base da alta rotatividade dos profissionais que integram o programa, sobretudo médicos, apesar de os profissionais do Programa Saúde da Família usufruírem uma remuneração muito mais elevada que os demais profissionais da mesma categoria que integram a rede pública. Para sanear esta situação impõe-se uma intervenção urgente das autoridades sanitárias do município.

Por outro lado, o sistema de informação carece de uma revisão e adaptação ao PSF de forma a permitir uma avaliação que abranja não só a produtividade dos profissionais no aspecto quantitativo e restrito à área assistencial, mas também a área de promoção da saúde, o desempenho qualitativo e o impacto do programa. O atual sistema de coleta e análise de dados pode levar a conclusões que, por um lado, não condizem com a realidade e, por outro, não deixam transparecer os problemas que afetam diretamente o bom funcionamento do programa.

Certamente uma busca conjunta de soluções para os principais problemas evidenciados neste trabalho será um passo importante para o sucesso do Programa Saúde da Família em Volta Redonda.

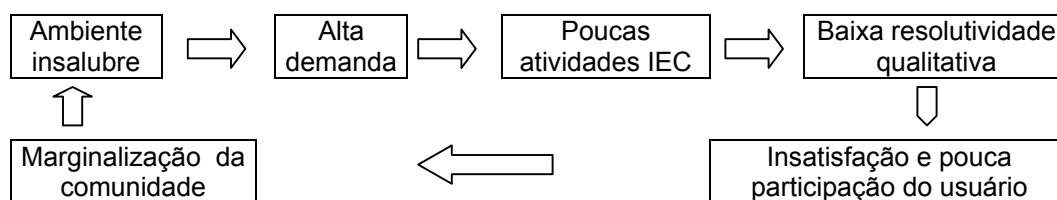
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nossa pretensão foi analisar o Programa Saúde da Família de uma forma crítica pondo em evidência os principais fatores que atuam como condicionantes para o atingimento dos objetivos propostos. É certamente uma visão enviesada e não poderia ser de outro modo porque, infelizmente, não trabalhamos com a comunidade coberta e, por isso, ficou de fora um aspecto importante que é a percepção do usuário traduzida pelo grau de sua satisfação em relação ao programa. Sendo assim, não nos sentimos seguros, nem capacitados para apresentar propostas que apontem qual a melhor direção a ser seguida (seria demasiada pretensão da nossa parte). Aliás, como processo dinâmico, as respostas devem surgir de forma gradual à medida em que se aprofunde a interação com a comunidade, na certeza que será ela mesma, com base na sua experiência e expectativas, a autora das melhores propostas. Daí a nossa certeza: o percurso do Programa Saúde da Família no sentido de atingir os seus objetivos só iniciará a partir do momento em que a população começar a ser envolvida verdadeiramente no processo e, de forma consciente, assumir a luta pela sua própria emancipação e autonomia e deixar de depender da assistência tutelada.

Apesar disso, a parte trabalhada permite-nos fazer uma análise da resolutividade do PSF, da qual podemos tirar algumas ilações que podem contribuir para a visualização de alguns aspectos passíveis de serem melhorados. A nossa primeira constatação é que o Programa Saúde da Família enquanto modelo proposto pelo Ministério da Saúde difere-se substancialmente do PSF prático que se vem implementando no município de Volta Redonda.

Verificamos um desvio em relação à própria definição inicial de resolutividade que assumimos, uma vez que, em Volta Redonda a resolutividade do programa está completamente voltada para o aspecto quantitativo, ou seja, no referente à absorção do maior número possível dos atendimentos solicitados, passando o aspecto qualitativo, isto é, a resolução dos casos atendidos, à margem do programa. Tal fato refere-se ao próprio sistema de informação e avaliação vigente que se baseia nos dados da produção a nível dos serviços (no sentido restrito) e não contempla as transformações e mudanças ocorridas a nível

da comunidade, a não ser determinados indicadores epidemiológicos que pouco interferem na qualidade de vida da população coberta pelo programa. Isto significa que, em Volta Redonda, o Programa Saúde da Família ainda não conseguiu incorporar o novo paradigma da promoção da saúde, que deveria ser o seu fundamento mais forte, e continua concentrando a sua atenção na resolução dos casos de doença que ocorrem aos módulos e implementação de atividades de prevenção enquadradas nos programas considerados prioritários pelo Ministério da Saúde, voltados para os chamados grupos de risco (crianças, gestantes, idosos, portadores de doenças crônicas). Mas a própria assistência às doenças é de qualidade insatisfatória, não conseguindo responder com eficácia a demanda espontânea e tão pouco a satisfação do usuário, abrindo um fosso na resolutividade com tendência para a cristalização devido ao círculo vicioso daí resultante:



A causa principal desta situação reside no fato do custo ser ainda o fator determinante e a sua contenção é imposta pelo insuficiente orçamento (recursos) disponibilizado para a implementação na íntegra da ambiciosa proposta do PSF. Buscando a eficiência em detrimento da eficácia e efetividade, toda a atenção volta-se para o campo curativo do primeiro nível, isto é, o que pode ser resolvido a baixo custo através da capacidade técnica dos profissionais. Assim, ignora-se ou protela-se a solução de uma série de problemas graves que têm um impacto negativo maior na população. Sabemos que o Programa Saúde da Família não pode ter a pretensão de resolver todos os problemas que afetam a comunidade tanto mais que grande parte deles concerne a outros setores e o PSF não tem capacidade nem meios para resolvê-los. Mas, uma vez constatados, devem ser

registrados, encaminhados para as instâncias devidas e, em último caso, denunciados.

O Programa Saúde da Família deve assegurar a atenção primária de saúde (primeiro nível de atenção) com qualidade, integralidade e efetividade e não o que Paim (1999:486) chama de “atenção primitiva de saúde”, isto é, atendimento tecnologicamente simples e pobre para gente simples e pobre. O PSF deve estar voltado para a vigilância à saúde tendo por base a cobertura das necessidades em saúde, mas, em Volta Redonda, de momento, está essencialmente voltado para o atendimento da demanda espontânea e oferta de alguns serviços organizados como são o atendimento às crianças inscritas no programa de imunização, gestantes e pacientes portadores de determinadas doenças crônicas.

Nestas circunstâncias e levando em conta a existência de uma rede pouco funcional visivelmente retratada na má articulação e funcionamento do sistema de referência e contra-referência, resulta que um dos objetivos importantes do programa não seja cumprido – a integralidade da atenção ao usuário.

As Unidades de Saúde da Família (USF) em Volta Redonda atualmente identificam-se plenamente com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma vez que, à frente, têm a comunidade com a qual praticamente não interagem e, atrás, têm estruturas de referência que não respeitam os pressupostos estabelecidos e mantêm com o programa um relacionamento marginal e, por isso, não funciona de forma a permitir um livre fluxo de pacientes referenciados das USF.

Estas constatações revelam importantes contradições que devem ser postas em evidência e enfrentadas, buscando soluções que coloquem o Programa Saúde da Família no lugar que deve ocupar, ou seja, modelo alternativo de atenção que incorpora os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde: acesso universal aos cuidados e serviços de saúde, assistência integral à saúde com alta resolutividade, equidade na assistência e humanização no atendimento.

Voltado especialmente para a prática clínica, a atuação dos médicos do PSF resulta num grande consumo de serviços e gasto em medicamentos devido ao hábito de satisfazer a vontade geralmente expressa pelos pacientes de serem medicados ou encaminhados para outros níveis de atenção. Este comportamento

que, no mínimo, consideramos populista “beneficia” os dois lados: o médico fica bem visto e o paciente satisfeito. Por outro lado, mesmo nas situações em que realmente é necessário medicar, é frequente haver um exagero nas prescrições, tanto no que concerne à variedade de fármacos, como no referente à dosagem e duração do tratamento. Esta atitude explica-se pelo fato de, muitas vezes, o médico se esquecer ou, no mínimo, negligenciar o fenômeno de resiliência, isto é, capacidade do organismo de reagir com diferente intensidade às agressões dos fatores mórbidos, traduzidas em doença. Esta prática, hoje, profundamente enraizada na mentalidade curativa dos médicos, só poderá ser contida à medida em que esses profissionais assumam uma postura mais responsável e de diálogo aberto e franco com o paciente e associe à medicação, informações sobre o seu estado mórbido e o respetivo tratamento. Na base desta prática está a formação teórica do médico que é orientada fortemente para a doença e não tem habilidade para abordar aspectos ligados à saúde. Pode-se afirmar, com poucas margens de erro, que o médico pode perceber muito da doença, mas muito pouco de saúde. Por seu lado, o paciente normalmente não tem informações nem sobre a saúde, nem sobre a doença e, por isso, fica à mercê da decisão médica a quem recorre normalmente para conseguir uma medicação para “curar o seu mal”.

Esta situação tende a acentuar-se com a facilidade do acesso aos cuidados e serviços de saúde, pois um número maior de casos “banais” são observados e medicados. A constatação deste fato pode verificar-se através de visitas ao domicílio onde, com muita frequência, pode-se encontrar vários tipos de medicamentos em quantidades variadas que são sobras de medicamentos de um determinado tratamento que não foi concluído porque, entretanto, os sintomas desapareceram. Está aí uma das causas que leva a que se aponte o Brasil como um dos países onde mais se consome medicamentos no mundo, apesar do seu relativamente alto preço.

Uma das grandes dificuldades enfrentadas pelo médico do PSF é a atuação em equipe, uma vez que sente a sua autonomia condicionada, o que não se verifica quando atua isoladamente e voltado para o indivíduo em vez de grupo ou comunidade.

Esta situação está intimamente ligada à inadequação do perfil dos profissionais, sobretudo médicos, que integram programas do tipo do PSF. A solução deverá ser encontrada a nível da graduação e não da pós graduação e, muito menos, através de curtos cursos de capacitação. Isso porque o profissional deverá estar imbuído de uma filosofia de prestação de cuidados e serviços que extrapolam a mera capacidade técnica de resolver os casos clínicos que chegam até ele. Por isso, torna-se absolutamente necessária a inclusão nos currículos de formação a nível da graduação de algumas disciplinas das ciências sociais que se mostrarem fundamentais. O posicionamento normalmente conservador da academia poderá constituir um entrave a essa virada, mas um desempenho satisfatório do Programa Saúde da Família poderá contribuir de forma decisiva para essa viragem, sobretudo se conseguir, ainda na fase atual, uma parceria estreita com os especialistas e hospitais, principalmente os incorporados ao ensino universitário.

Existem inúmeros problemas de natureza diversa que afetam a comunidade e normalmente ficam encobertos e não se vislumbram. À medida que se entra na intimidade das famílias e se estabelece um diálogo sistemático com a comunidade, esses problemas começam a aflorar e passam a constituir um sério desafio para o PSF, uma vez que não é fácil enfrentá-los e muito menos resolvê-los por se relacionarem com graves mazelas sociais como desemprego, violência, consumo e tráfico de drogas, entre outros, que determinam uma grande instabilidade e mobilidade social.

Apesar desses problemas que o programa tem de enfrentar, há que reconhecer e prestar uma atenção especial à produtividade real dos profissionais do Programa Saúde da Família em relação aos demais profissionais do sistema de saúde. Se atendem muito mais casos, resolvem muito mais problemas, criam vínculos mais fortes e contribuem mais para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, já se justifica uma remuneração diferenciada e um vínculo trabalhista estável que se enquadra perfeitamente numa discriminação positiva que merecem em relação aos demais profissionais da mesma categoria que integram a rede pública de saúde. Em contrapartida, deve-se exigir deles, na mesma proporção

que se espera, a responsabilidade pela prossecução dos objetivos propostos pelo programa. Por isso, é fundamental rever o atual sistema de informação, coleta e análise dos dados, visando a implementação de um sistema que permita avaliar periódica e sistematicamente o impacto da atuação de cada equipe. Esta avaliação deve incorporar indicadores não só bioestatísticos, mas também outros que permitem ter em conta atividades importantes não revelados pela bioestatística.

A discriminação positiva deve ser estendida a toda a rede de serviços, pois é frequente encontrar-se, entre os especialistas de uma mesma área, um que se destaca pela sua competência e dedicação reconhecidas tanto pelos colegas, como pelos usuários.

O bom desempenho do Programa Saúde da Família passa necessariamente pela criação de um forte vínculo com a família e com a comunidade, baseada numa relação de confiança mútua e respeito pelas singularidades, mas é preciso ter presente que ele só se estabelece após algum tempo de atuação e é resultado de uma interação entre os membros da equipe e a família e comunidade. Entretanto, o primeiro vínculo deve ser estabelecido entre os membros da equipe, tendo por base uma forte cumplicidade em torno dos objetivos preconizados pelo PSF e alimentado pela convivência quotidiana no trabalho através do compartilhamento dos êxitos e fracassos que se registram no percurso laboral. Paralelamente, há uma imperiosa necessidade de se estabelecer um vínculo com os especialistas da rede, se não pelo dever profissional, ao menos, pela responsabilidade de eles também fazerem parte de uma rede em que está integrado o Programa Saúde da Família, o que, infelizmente, algumas práticas têm apontado para o sentido contrário.

O nível de resolutividade adequado só poderá ser atingido quando se conseguir estruturar e tornar funcional, uma rede hierarquizada de cuidados de diferentes complexidades, com os vários níveis atuando em sintonia com os propósitos do PSF e cientes dos seus deveres e suas responsabilidades. Só assim será possível estabelecer um sistema de referência e contra-referência de pacientes sem longas filas de espera e que viabiliza uma troca de informações

entre os diversos níveis, o que é fundamental para se garantir um atendimento integral e contínuo a todos os que carecem de cuidados de saúde. Mesmo em municípios que têm tudo para o Programa Saúde da Família dar certo, como é o caso de Volta Redonda, se não existir uma rede funcional, todas as tentativas serão vãs e, na certa, resultarão em fracasso.

A avaliação que se pode fazer do PSF em Volta Redonda necessariamente (infelizmente) terá que basear-se em dados quantitativos uma vez que é a eficiência que se procura, deixando de lado fatores importantes como o impacto do programa nos usuários e na comunidade. Melhor seria se a avaliação não se restringisse apenas a resultados, mas também abrangesse os processos, isto é, não se limitasse apenas a “mensurar quantitativamente os benefícios ou malefícios do programa, mas que qualificasse decisões, processos, resultados, impactos” (Carvalho,1999:88).

Desta forma, a avaliação assumiria o caráter participativo, abrangendo todos os sujeitos envolvidos nas ações públicas – decisores, implementadores, beneficiários e outros agentes – sendo o resultado final o produto da construção desse coletivo através de debates que trazem à tona opiniões, valores, expectativas que se têm das ações desenvolvidas, o que permite detectar falhas, realçar os pontos positivos e redefinir estratégias para melhorar a eficácia. É nesta base que é fundamental envolver-se mais com a comunidade e entrosar melhor o trabalho dos agentes comunitários de saúde com o da restante da equipe.

Concentrado na periferia urbana, o Programa Saúde da Família mantém (ainda) uma imagem de que é um programa voltado para os pobres e carentes, mas não deve ser visto como tal sob o perigo de ser considerado serviço assistencial (no seu sentido restrito), logo, voltado para a beneficência e não como direito elementar do cidadão à saúde. Como afirma Sposati et al. (1995:74), “à medida que o profissional assiste, ao mesmo tempo configura que aquele assistido não dispõe de ‘poder aquisitivo’ para, por si só, responder a suas necessidades. Portanto, o primeiro vínculo que se estabelece entre o profissional e o assistido se funda na afirmação da exclusão”.

Mantendo a postura de restringir as suas atividades ao atendimento dos pacientes nos módulos, os profissionais do Programa Saúde da Família correm o risco de ver apenas o usuário do serviço e não o indivíduo, o sujeito, pois, como diz Durham (1984:28), “o indivíduo só é plenamente reconhecido como pessoa, como sujeito, nos grupos primários que se estruturam na vida privada: a família, os parentes, os amigos, os vizinhos”.

Assumindo mais as atividades promocionais e preventivas através de um contato mais assíduo e aberto com as famílias e comunidade cobertas, sem descurar da vertente curativa, o PSF e os profissionais que integram as suas equipes podem tornar possível e viabilizar uma real mudança qualitativa no sistema de saúde, indo de encontro às expectativas da grande maioria da população brasileira que alimenta essa esperança. Se é verdade que este percurso é árduo e longo, também é, reconheça-se, muito compensador profissionalmente.

Bibliografia

Abath, G.M. *Medicina Familiar no Brasil*. Educación Médica y Salud, 19(1),1985.

Abath, G.M. O Médico Geral Comunitário – estratégias de formação. *Residência Médica*, 4(1) (pág. 75-80). Comissão Nacional de Residência Médica/Secretaria do Ensino Superior/MEC. Brasília-DF, 1982.

Aguiar, D.S. "A 'Saúde da Família' no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma?". Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro,1998.

Albagli,B. Papel da Medicina Social (preventiva, comunitária, etc.) como disciplina na formação do médico de família. *Anais do XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Londrina - Pr, 22-24 novembro, 1978.

Allen, J. *Experiências Internacionais em Saúde da Família: Reino Unido*. In Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final (pg.33-36). Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF, 1999.

Almeida, C.M. *Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança*. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.4(2), 1999.

Andrade, F.M. O Programa de Saúde da Família no Ceará. Expressão Gráfica Editora Ltda. 1ª ed. Fortaleza, 1998.

Ares, F.P. *Experiências Internacionais em Saúde da Família: Cuba*. In: Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final (pg. 37-38). Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF, 1999.

Arouca, S. INESC, Subsídio,1991, nº 36.

Bodstein, R.C. e Fonseca, C.M.O. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde in Costa, N.R. et al. (org.) Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde (cap.III : 67-88). Petrópolis, Vozes 1989.

Bordin, R. e Silva, J.O. *Medicina Geral Comunitária: novos rumos?* Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 12(1), janeiro - abril, 1988.

Campos, F.E. Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. Tese de Doutorado apresentado à ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1988.

Carneiro, A.P. *A Medicina de Família*. Revista Brasileira de Educação Médica. Suplemento nº 1. Rio de Janeiro, 1978.

Carvalho, A.I. *Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-modernidade*. Ciências & Saúde Coletiva, 1(1), 1996.

Carvalho, M.C.B. Avaliação Participativa–Uma escolha metodológica. In Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate/Elizabeth Melo Rico (Org.). 2ª Ed. Cortez: Instituto de Estudos Especias. São Paulo, 1999.

Ceitlin, J. ed. *Qué es la Medicina Familiar?* Caracas, FEPAFEM/KELLOGG, 1982.

COSEMS-RJ. Manual do Gestor: Construindo o SUS no Rio de Janeiro. Zit Gráfica e Editora. Rio de Janeiro, abril, 1999.

Durham, E.R. Movimentos Sociais: a construção da cidadania. *Novos Estudos CEBRAP* (pg. 24-30). São Paulo (10), 1984.

Favaret Filho, P. e Oliveira, P.J. *A Universalização Excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde*. Revista Planejamento e Políticas Públicas, nº 3 (139-161), IPEA. Rio de Janeiro, junho/1990.

Machado, M.H. (coord.) Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. V.1 – Brasil e Grandes Regiões. Ministério da Saúde. Brasília, 2000.

Machado, M.H *et ali*. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

Mc Whinney, I. La Medicina Familiar en Canadá *in* Ceitlin, J. Qué es la Medicina Familiar? FEPAFEM/KELLOGG, 1982.

Mendes, E.V. O Processo de Construção do SUS: reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária. FNS. Planejando a saúde no município. Proposta metodológica para capacitação.

Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Relatório final. Brasília - DF, 1999.

Ministério da Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília. 2ª edição. Janeiro, 1999.

Nunes, E.D. *Medicina Social: origens e desenvolvimento*. Revista de Cultura Vozes, nº 3 (pg. 187). Petrópolis, 1980.

Paim, J.S. *A Formação de Recursos Humanos em Saúde Coletiva: Contribuição da Residência em Medicina Preventiva e Social*. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 9(2):88-94, maio - agosto, 1985a.

Paim, J.S. *Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e Ação Política*. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 9(3):207-215, setembro - dezembro, 1985b.

Paim, J.S. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde (cap. 21: 489–503) In Epidemiologia e Saúde/Maria Zélia Rouquayrol e Naomar de Almeida Filho – 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

Salafsky, B. *Experiências Internacionais em Saúde da Família: Estados Unidos*. In Primeiro Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final (pg. 42-45). Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF, 1999.

Silva Júnior, A.G. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde. O debate no campo da Saúde Coletiva. Saúde em Debate 111– Série Didática 7. Editora HUCITEC, 1998.

Sposati, A.O ... [et al]. A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise. 6. ed. – Cortez. São Paulo, 1995.

Vasconcelos, E.M. A Medicina e o Pobre. Ed. Paulinas, 1987.

Viana, A.L.A./Dal Poz, M.R. *A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 8(2):11-48, 1998.

ANEXO 1

**TABELA A - Alguns dados sobre o saneamento básico
no município de Volta Redonda**

Abastecimento de água		
	Nº	%
Famílias cadastradas	3805	100.00
Rede Pública	3618	95.09
Poço/nascente	167	4.39
Outro	20	0.53
Tratamento da água no domicílio		
Filtração	3200	84.10
Fervura	31	0.81
Coloração	144	3.78
Sem tratamento	430	11.30
Destino do lixo		
Coleta pública	3667	96.37
Queimado/enterrado	112	2.94
Céu aberto	26	0.68
Eliminação de excretas		
Sistema de esgoto	3419	89.86
Fossa	38	1.00
Céu aberto	348	9.15
Tipos de construção		
Tijolo/adobe	3666	96.35
Taipa revestida	25	0.66
Taipa não revestida	10	0.26
Madeira	74	1.94
Material aproveitado	11	0.29
Outros	19	0.50

Fonte: Distrito Sanitário 4 do município de Volta Redonda

ANEXO 2

QUADRO A - Unidades e Serviços dos Distritos Sanitários do município de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Distrito Sanitário 1	Distrito Sanitário 2	Distrito Sanitário 3	Distrito Sanitário 4
01. UBS de Água Limpa	01. UBS Açude I	01. UBS Casa de Pedra	01. UBS de São Luiz
02. UBS de 3 Poços	02. UBS Açude II	02. UBS 249	02. UBS de Vila Americana
03. Módulo do PSF de Vila Rica de Três Poços	03. UBS de Belmonte	03. UBS de Eucaliptal	03. UBS de Caieiras
04. UBS de Vila Mury	04. UBS do Retiro	04. UBS de Monte Castelo	04. UBS de Volta Grande
05. Centro Ambulatorial do Aterrado I (CAA1)	05. Módulo do PSF de Padre Josimo	05. UBS Rústico	05. UBS de Santo Agostinho
06. Centro Ambulatorial do Aterrado II (CAA II)	06. UBS de Siderlândia	06. Módulo do PSF de São Carlos	06. UBS de Dom Bosco
07. Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)	07. UBS de Vila Brasília	07. UBS de São Cristóvão	07. UBS de Candelária
08. Epidemiologia	08. Módulo do PSF de Jardim Cidade do Aço	08. Módulo Odontológico Ponte Alta	08. UBS de Santa Cruz
09. Centro de Assistência Intermediária em Saúde do Aterrado	09. UBS de Belo Horizonte	09. Módulo Odontológico Jardim Tiradentes	09. Módulo do PSF de Santa Rita do Zarur
10. Unidade de Saúde Mental do Aterrado	10. UBS de Coqueiros	10. Centro de Assistência Intermediária em Saúde (CAIS) do Conforto	10. Módulo Odontológico Voldac
11. Serviço de Cicloergometria	11. Módulo do PSF de Mariana Torres		11. Módulo Odontológico Brasilândia
12. Serviço de Eletroencefalografia	12. CAIS do Retiro		12. Fábrica Municipal de óculos
13. Laboratório Munic.	13. Módulo Odontológico de Jardim Belmonte		
14. Central de Imunobiológicos	14. Módulo Odontológico de Vila Brasília		
15. Fiscalização Sanitária e Combate a Vetores	15. Usina de Sonhos		
16. C. M. de Saúde do Trabalhador	16. Núcleo de Anticoncepção e Sexualidade do Retiro (NAS)		
17. C. Municipal de Saúde da Mulher	17. Casa da Mulher Bertha Lutz		
18. Centro de Saúde da Criança e Adolescente "Viva a Vida"			
19. Farmácia Municipal			

Fonte: Caderno de Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda

ANEXO 3

Guia de referência e contra-referência (Frente)

SMS	FICHA DE REFERÊNCIA			Nº
Unidade				
Nome do Paciente				
Profissão	Idade	Sexo		De: Para:
Endereço		Telef.		
Bairro	Munic.	Est.		
Resumo da História Clínica				
Motivo do encaminhamento				
Impres. Diagnóstica				CID
Exames complementares:				
Conduta Terapêutica:				
Obs.		Data __/__/__	Assin. Carimbo	

SMS – V.R.	FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA			Nº
Unidade				
Nome do Paciente				
Profissão	Idade	Sexo		De: Para:
Endereço		Telef.		
Bairro	Munic.	Est.		
Resumo da História Clínica				
				CID
Exames Complementares:				
Conduta Terapêutica:				
Destino dado ao cliente:		Encaminhamento a outra unidade		
Unidade de origem ☐		Tratamento nesta unidade ☐		Internação: ☐
Obs.		Data __/__/__	Assin. Carimbo	

ANEXO 3 (Continuação)**Guia de referência e contra-referência (Verso)****FICHA DE REFERÊNCIA**

Nº

DE	PARA		
NOME			☐ MASC. ☐ FEM.
ENDEREÇO	BAIRRO	MUNICÍPIO	
DIA	HORA		

IMPORTANTE:

- f) Chegar ao local da consulta meia hora antes de horário agendado;
- g) Não esquecer a ficha;
- h) Após a alta com especialista, levar a contra referência ao Posto de origem;
- i) A consulta é gratuita

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Nº

DE	PARA		
NOME			☐ MASC. ☐ FEM.
ENDEREÇO	BAIRRO	MUNICÍPIO	
DIA	HORA		

ANEXO 4

TABELA B - Cotas mensais de exames complementares dos módulos do PSF de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Exames	São Carlos	Vila Rica	Padre Josimo	Santa Rita	Mariana Torres	Total
Exames Laboratoriais	100	610	700	664	700	2774
- Laboratório Central	20	250	463	424	463	1620
- Anaclin	20	0	58	64	58	200
- Lansal	20	250	59	56	59	444
- Lapec	20	0	60	56	60	196
- Túlio Resende	20	110	60	64	60	314
Exames Radiológicos	48	45	88	56	88	325
- Clínica S. J. Batista	24	0	44	28	44	140
- Clínica Santa Cecília	24	0	44	28	44	140
- UNIFOA*	0	45	0	0	0	45
Mamografia	32	10	12	60	12	126
- CLINERJ	16	0	6	32	6	60
- HIMJA	16	0	6	28	6	56
- UNIFOA*	0	10	0	0	0	10
Ultra-sonografia	32	12	30	60	30	164
- CLINERJ	16	0	15	32	15	78
- HIMJA	16	0	15	28	15	74
- UNIFOA*	0	12	0	0	0	12
Fisioterapia	36	0	70	24	70	200
- FISIOMÉDICA	20	0	20	12	30	82
- PULMOCOR	16	0	50	12	40	118
TOTAL	248	677	900	864	900	3589

*A UNIFOA (Universidade Fundação Osvaldo Aranha) situa-se perto do Módulo de Vila Rica de Três Poços e, para facilitar o acesso, acordou-se que os usuários desse módulo seriam lá atendidos.

ANEXO 5

Quadro B - Especialistas que integram a rede de atendimento ambulatorial municipal de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Especialidades	Nº	Municipal	Nº	Contratado	Nº
Buco-maxilo	4	HSJB	4	-	-
Cardiologia	8	HSJB CAA1	1 4	PULMOCOR	3
Cardio-pediatria	2	HSJB	1	-	-
Cirurgia Geral	2	HSJB	2	-	-
Cirurgia Ginecológica	1	HSJB	1	-	-
Cirurgia Infantil	1	HSJB	1	-	-
Cirurgia Vascular	4	HSJB	4	-	-
Dermatologia	3	CAA1	2	CBS	1
Endocrinologia	2	CAA1	2	-	-
Gastroenterologia	2	CAA1	2	-	-
Geriatria	2	HSJB	2	-	-
Hematologia	1	CAA1	1	-	-
Neurocirurgia	1	HSJB	1	-	-
Neurologia	3	CAA1	2	CECISA	1
Nefrologia	1	CAA1	1	-	-
Oftalmologia	6	HSJB	4	PULMOCOR Cons. Particular	1 1
ORL	5	HSJB CAA1	2 3	-	-
Ortopedia	4	CAA1	1	PULMOCOR	3
Pneumologia	3	CAA1	1	PULMOCOR	2
Proctologia	1	HSJB	1	-	-
Reumatologia	2	CAA1	2	-	-
Urologia	4	HSJB CAA1	2 2	-	-
TOTAL	61		49		12

Fonte: Módulo do PSF de Mariana Torres

HSJB – Hospital São João Batista

CAA1 – Centro de Atendimento Ambulatorial nº 1

ANEXO 6

Lista padronizada de medicamentos da Farmácia Básica dos módulos do PSF de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Medicamentos
01. Ácido Acetil Salicílico 100 mg/cp Ácido Acetil Salicílico 500 mg/cp
02. Ácido Fólico 5 mg/cp
03. Albocresil
04. Aminofilina 100 mg/cp Amoxicilina 250 mg/5 ml suspensão oral
05. Ampicilina 500 mg/cp
06. Benzoato de Benzilo 25%
07. Captopril 25 mg/cp
08. Cefalexina 250 mg/5 ml suspensão oral
09. Clorpropamida 250 mg/cp
10. Dipirona 500 mg/cp Dipirona gotas 500 mg/ml
11. Furosemida
12. Glibenclamida 5 mg/cp
13. Hidroclorotiazida 50 mg/cp
14. Mebendazol 100 mg/cp Mebendazol 100 mg/5 ml suspensão oral
15. Metoclopramida 10 mg/cp
16. Metronidazol 2,5% suspensão oral Metronidazol 250 mg/cp Metronidazol 500 mg creme vaginal
17. Neomicina + Bacitracina pomada
18. Nifedipina 10 mg/cp
19. Nistatina 25.000 UI creme vaginal
20. Paracetamol gotas 100 mg/ml Paracetamol 500 mg/cp
21. Penicilina G Benzatínica 600.000 UI Penicilina G Benzatínica 1.200.000 UI
22. Penicilina G Procaína 400.000 UI
23. Propranolol 40 mg/cp
24. Sais para Rehidratação Oral envelopes
25. Salbutamol 0,4% solução oral
26. Solução Fisiológica Nasal 0,9%
27. Sulfametoxazol + Trimetoprima 5 ml (200 + 40) suspensão oral Sulfametoxazol + Trimetoprima (400 + 80) mg/cp
28. Sulfato Ferroso 25 mg/ml solução oral Sulfato Ferroso 40 mg/cp
29. Vitamina A + D solução oral

ANEXO 7

Quadro C - Composição das equipes do PSF de Volta Redonda

Módulo	Entrada em funcionamento	Composição das equipes	Famílias registradas	População coberta
São Carlos	1995	1 médico 1 enfermeira 1 auxiliar enfermagem 4 ACS	547	2209
Vila Rica de Três Poços	1995	1 médico 1 enfermeira 1 auxiliar enfermagem 4 ACS	900	2900
Padre Josimo	1996	3 médicos 2 enfermeiras 2 auxiliares enfermagem 4 ACS	1439	5756
Santa Rita do Zarur	1995	1 médico 1 enfermeira 2 auxiliares enfermagem 4 ACS	858	2974
Mariana Torres	1995	2 médicos 1 enfermeira 2 auxiliares enfermagem 4 ACS	1212	4500

ANEXO 8

Ficha de cadastramento das famílias (frente)

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE					UF
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						
Endereço			Número	Bairro		CEP
Município	Segmento	Área	Microárea	Família	Data	

Cadastro da família

Pessoas com 15 anos e mais Nome	Data Nasc.	Idade	se xo	Alfabetizado		Ocupação	Doença ou condição referida (sigla)
				Sim	Não		

Pessoas de 0 a 14 anos Nome	Data Nasc.	Idade	se xo	Frequente a escola		Ocupação	Doença ou condição referida (sigla)
				Sim	Não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC – Alcoolismo
CHA – Chagas
DEF – Deficiência
DIA – Diabetes

DME – Distúrbio Mental
EPI – Epilepsia
GES – Gestação
HA – Hipertensão Arterial

HAN – Hanseníase
MAL – Malária
TB - Tuberculose

ANEXO 8 (Cont.)**Ficha de cadastramento das famílias (verso)****Situação da moradia e saneamento**

Tipo de casa		Tratamento da água no domicílio	
Tijolo/adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		Abastecimento de Água	
Outro – Especificar		Rede pública	
Número de cômodos/peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
Destino do Lixo		Destino de fezes e urina	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado/Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	

Outras informações

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde		

Em caso de doença procura		Participa de Grupos comunitários	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benzedeira		Associações	
Farmácia		Outros – Especificar	
Outros – Especificar		Meios de transporte que mais utiliza	
Meios de comunicação que mais utiliza		Ônibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar		Carroça	
		Outros - Especificar	

OBSERVAÇÕES

--

ANEXO 9

TABELA C.1 - Movimento mensal nos módulos do PSF de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Módulo: Santa Rita do Zarur							Ano: 2000							
	janeiro		fevereiro		março		abril		maio		junho		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendimentos médicos	373	100.0	463	100.0	428	100.0	435	100.0	465	100.0	404	100.0	2568	100.0
Casos referenciados	109	29.2	122	26.3	101	23.6	102	23.4	110	23.7	96	23.8	640	24.9
Casos referenciados	109	100.0	122	100.0	101	100.0	102	100.0	110	100.0	96	100.0	640	100.0
atendimento especializado	107	98.2	120	98.4	95	94.0	94	92.1	102	92.7	82	85.4	600	93.75
internação hospitalar	2	1.8	2	1.6	4	4.0	7	6.9	8	7.3	14	14.6	37	5.78
urgência/emergência	0	0.0	0	0.0	2	2.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0	3	0.46
exames complementares	588	100.0	522	100.0	549	100.0	558	100.0	489	100.0	557	100.0	3263	100.0
patologia clínica	510	86.7	417	79.9	442	80.5	467	83.7	366	74.9	486	87.3	2688	82.38
radiodiagnóstico	39	6.6	35	6.7	21	3.8	32	5.7	23	4.7	32	5.7	182	5.58
citopatológico cervico-vag.	5	0.9	38	7.3	52	9.5	38	6.8	45	9.2	30	5.4	208	6.37
ultrasonografia obstétrica	12	2.1	15	2.9	13	2.4	7	1.3	16	3.3	9	1.6	72	2.21
outros	22	3.7	17	3.2	21	3.8	14	2.5	38	7.8	0	0.0	112	3.43
visitas domiciliares	401	100.0	329	100.0	332	100.0	506	100.0	816	100.0	695	100.0	3079	100.0
por médico	4	1.0	28	8.5	29	8.7	13	2.6	26	3.2	32	4.6	132	4.29
por enfermeiro	2	0.5	2	0.6	3	0.9	2	0.4	0	0.0	11	1.6	20	0.65
por auxiliar de enfermagem	0	0.0	8	2.4	13	3.9	15	3.0	46	5.6	16	2.3	98	3.18
por ACS	395	98.5	291	88.5	287	86.5	476	94.0	744	91.2	636	91.5	2829	91.88
Atendimentos de grupo	15		13		1		23		38		71		161	
Total de reuniões	2		2		1		3		1		1		10	

ANEXO 9 (cont.1)

TABELA C.2 - Movimento mensal nos módulos do PSF de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Módulo: São Carlos								Ano: 2000						
	janeiro		fevereiro		março		abril		maio		junho		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendimentos médicos	342	100.0	362	100.0	356	100.0	368	100.0	127	100.0	291	100.0	1846	100.0
Casos referenciados	40	11.7	32	8.8	23	6.4	58	15.8	26	20.5	42	14.4	221	12.0
Casos referenciados	40	100.0	32	100.0	23	100.0	58	100.0	26	100.0	42	100.0	221	100.0
atendimento especializado	35	87.5	27	84.4	16	69.6	50	86.2	24	92.3	42	100.0	194	88.8
internação hospitalar	3	7.5	2	6.2	3	13.0	2	3.4	0	0.0	0	0.0	10	4.5
urgência/emergência	2	5.0	3	9.4	4	17.3	6	10.3	2	7.7	0	0.0	17	7.7
Exames complementares	355	100.0	394	100.0	343	100.0	323	100.0	168	100.0	258	100.0	1841	100.0
patologia clínica	276	77.7	331	84.0	277	80.7	263	81.4	152	90.5	226	87.6	1525	82.8
radiodiagnóstico	42	11.8	46	11.7	33	9.6	36	11.1	6	3.6	24	9.3	187	10.2
citopatológico cervico-vag.	5	1.4	7	1.8	11	3.2	5	1.5	3	1.8	5	1.9	36	1.9
ultrasonografia obstétrica	1	0.3	7	1.8	1	0.3	1	0.4	2	1.2	2	0.8	14	0.8
outros	31	8.7	3	0.8	21	6.1	18	5.6	5	3.0	1	0.4	79	4.3
Visitas domiciliares	267	100.0	411	100.0	460	100.0	307	100.0	268	100.0	341	100.0	2054	100.0
por médico	3	1.1	10	2.4	5	1.1	10	3.3	0	0.0	13	3.8	41	2.0
por enfermeiro	0	0.0	4	1.0	6	1.3	0	0.0	2	0.7	3	0.9	15	0.7
por auxiliar de enfermagem	6	2.2	5	1.2	8	1.7	1	0.3	9	3.4	9	2.6	38	1.9
por ACS	258	96.7	392	95.4	441	95.9	296	96.4	257	95.9	316	92.7	1960	95.4
Atendimentos de grupo	7		20		10		8		11		10		66	
Total de reuniões	2		8		8		7		9		10		44	

ANEXO 9 (cont.2)

TABELA C.3 - Movimento mensal nos módulos do PSF de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Módulo: Vila Rica de Três Poços								Ano: 2000						
	janeiro		fevereiro		março		abril		maio		junho		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendimentos médicos	261	100.0	494	100.0	325	100.0	198	100.0	393	100.0	324	100.0	1995	100.0
Casos referenciados	37	14.2	67	13.6	49	15.1	50	25.2	66	16.8	22	6.8	291	14.6
Casos referenciados	37	100.0	67	100.0	49	100.0	50	100.0	66	100.0	22	100.0	291	100.0
atendimento especializado	37	100.0	67	100.0	45	91.8	50	100.0	58	87.9	17	77.3	274	94.2
internação hospitalar	0	0.0	0	0.0	2	4.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.7
urgência/emergência	0	0.0	0	0.0	2	4.1	0	0.0	8	12.1	5	22.7	15	5.1
Exames complementares	245	100.0	505	100.0	347	100.0	252	100.0	473	100.0	348	100.0	2170	100.0
patologia clínica	230	93.9	427	86.4	305	87.9	224	88.9	401	84.8	319	91.7	1906	87.8
radiodiagnóstico	5	2.0	9	1.8	10	2.9	6	2.4	22	4.6	5	1.4	57	2.6
citopatológico cervico-vag.	1	0.4	30	5.9	23	6.6	14	5.5	20	4.2	12	3.4	100	4.6
ultrasonografia obstétrica	6	2.4	5	1.0	4	1.2	3	1.2	6	1.3	1	0.3	25	1.2
outros	3	1.2	34	6.7	5	1.4	5	2.0	24	5.1	11	3.2	82	3.8
Visitas domiciliares	557	100.0	551	100.0	275	100.0	592	100.0	815	100.0	639	100.0	3429	100.0
por médico	0	0.0	0	0.0	5	1.8	0	0.0	12	1.5	26	4.1	43	1.2
por enfermeiro	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
por auxiliar de enfermagem	23	4.1	18	3.3	17	6.2	4	0.7	36	4.4	35	5.5	133	3.9
por ACS	534	95.9	533	96.7	253	92.0	588	99.3	767	94.1	578	90.4	3253	94.9
Atendimentos de grupo	90		66		555		601		98		70		202	
Total de reuniões	20		16		19		47		52		48		202	

ANEXO 9 (cont.3)

TABELA C.4 - Movimento mensal nos módulos do PSF de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Módulo: Padre Josimo								Ano: 2000						
	janeiro		fevereiro		março		abril		maio		junho		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendimentos médicos	580	100.0	856	100.0	549	100.0	317	100.0	615	100.0	501	100.0	3418	100.0
Casos referenciados	0	0.0	162	18.9	170	31.0	122	38.5	158	25.7	66	13.2	678	19.8
Casos referenciados	0	0.0	162	100.0	170	100.0	122	100.0	158	100.0	66	100.0	678	100.0
atendimento especializado	0	0.0	162	100.0	170	100.0	122	100.0	155	98.0	66	100.0	675	99.6
internação hospitalar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.3	0	0.0	2	0.3
urgência/emergência	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.63	0	0.0	1	0.1
Exames complementares	977	100.0	897	100.0	734	100.0	721	100.0	638	100.0	400	100.0	4367	100.0
patologia clínica	977	100.0	865	96.4	637	86.8	563	78.1	402	63.0	320	8.0	3764	86.2
radiodiagnóstico	0	0.0	32	3.6	51	6.9	61	8.5	107	16.8	45	11.2	296	6.8
citopatológico cervico-vag.	0	0.0	0	0.0	6	0.8	64	8.9	59	9.2	29	7.2	158	3.6
Ultra-sonografia obstétrica	0	0.0	0	0.0	23	3.1	20	2.8	22	3.4	6	1.5	71	1.6
outros	0	0.0	0	0.0	17	2.3	13	1.8	48	7.5	0	0.0	78	1.8
Visitas domiciliares	717	100.0	971	100.0	764	100.0	745	100.0	769	100.0	739	100.0	4705	100.0
por médico	9	1.2	28	2.9	19	2.5	0	0.0	16	2.1	26	3.5	98	2.1
por enfermeiro	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.0
por auxiliar de enfermagem	0	0.0	13	1.3	17	2.2	1	0.1	69	9.0	1	0.1	101	2.1
por ACS	706	98.5	930	95.8	728	95.3	744	99.9	684	88.9	712	96.3	4504	95.7
Atendimentos de grupo	11		44		76		32		36		27		226	
Total de reuniões	0		1		2		0		7		4		14	

ANEXO 9 (cont.4)

TABELA C.5 - Movimento mensal nos módulos do PSF de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Módulo: Mariana Torres							Ano: 2000							
	janeiro		fevereiro		março		abril		maio		junho		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendimentos médicos	380	100.0	612	100.0	407	100.0	609	100.0	727	100.0	701	100.0	3436	100.0
Casos referenciados	77	20.3	142	23.2	80	19.7	148	24.3	128	17.6	139	19.8	714	20.8
Casos referenciados	77	100.0	142	100.0	80	100.0	148	100.0	128	100.0	139	100.0	714	100.0
atendimento especializado	77	100.0	142	100.0	80	100.0	148	100.0	128	100.0	137	98.6	712	99.7
internação hospitalar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.4	2	0.3
urgência/emergência	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Exames complementares	528	100.0	934	100.0	569	100.0	825	100.0	1069	100.0	983	100.0	4908	100.0
patologia clínica	457	86.5	829	88.9	502	88.2	683	82.8	890	83.3	823	83.7	4184	85.2
radiodiagnóstico	51	9.7	85	9.1	50	8.8	122	14.8	164	15.3	105	10.7	577	11.8
citopatológico cervico-vag.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	33	3.4	33	0.7
ultrasonografia obstétrica	19	3.6	10	1.0	14	2.5	9	1.1	14	1.3	16	1.6	82	1.7
outros	1	0.2	10	1.0	3	0.5	11	1.3	1	0.1	6	0.6	32	0.6
Visitas domiciliares	643	100.0	1109	100.0	927	100.0	1037	100.0	1489	100.0	811	100.0	6016	100.0
por médico	5	0.8	14	1.3	5	0.5	10	1.0	15	1.0	12	1.5	61	1.0
por enfermeiro	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
por auxiliar de enfermagem	3	0.5	51	4.6	63	6.8	51	4.9	58	3.9	43	5.3	269	4.5
por ACS	635	98.7	1044	94.1	859	92.7	976	94.1	1416	95.1	756	93.2	5686	94.5
Atendimentos de grupo	31		36		72		67		76		74		356	
Total de reuniões	0		4		10		44		26		34		118	

ANEXO 9 (cont.5)

TABELA C.6 - Movimento mensal nos módulos do PSF de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

	Módulo: Todos						Ano: 2000							
	janeiro		fevereiro		março		abril		maio		junho		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendimentos médicos	1936	100.0	2787	100.0	2065	100.0	1927	100.0	2327	100.0	2221	100.0	13263	100.0
Casos referenciados	263	13.6	525	18.8	423	20.5	480	24.9	488	21.0	365	16.4	2544	19.2
Casos referenciados	263	100.0	525	100.0	423	100.0	480	100.0	488	100.0	365	100.0	2544	100.0
atendimento especializado	256	97.3	518	98.7	406	96.0	464	96.7	467	95.7	344	94.2	2455	96.5
internação hospitalar	5	1.9	4	0.8	9	2.1	9	1.9	10	2.0	16	4.4	53	2.1
urgência/emergência	2	0.8	3	0.6	8	1.9	7	1.5	11	2.2	5	1.4	36	1.4
Exames complementares	2693	100.0	3252	100.0	2542	100.0	2679	100.0	2837	100.0	2546	100.0	16549	100.0
patologia clínica	2450	91.0	2869	88.2	2163	85.1	2200	82.1	2211	77.9	2174	85.4	14067	85.0
radiodiagnóstico	137	5.1	207	6.4	114	4.5	257	9.6	322	11.3	211	8.3	1299	9.2
citopatológico cerv-vag.	11	0.4	75	2.3	92	3.6	121	4.5	127	4.5	109	4.3	535	3.2
ultrasonografia obstétrica	38	1.4	37	1.1	55	2.2	40	1.5	60	2.1	34	1.3	264	1.6
outros	57	2.1	64	2.0	67	2.6	61	2.8	116	4.1	18	0.7	383	2.3
Visitas domiciliares	2585	100.0	3371	100.0	2758	100.0	3187	100.0	4157	100.0	3225	100.0	19283	100.0
por médico	21	0.8	80	2.4	63	2.3	33	1.0	69	1.7	109	3.4	375	1.9
por enfermeiro	4	0.1	6	0.2	9	0.3	2	0.1	2	0.0	14	0.4	37	0.2
por auxiliar de enfermagem	32	1.2	95	2.8	118	4.3	72	2.3	218	5.2	104	3.2	639	3.3
por ACS	2528	97.8	3190	94.6	2568	93.1	3080	96.6	3868	93.0	2998	93.0	18232	94.5
Atendimentos de grupo	154		179		714		731		259		252		2289	
Total de reuniões	24		31		40		101		95		97		388	

ANEXO 10

Proposta de modelo de registro para atendimento diário nas USF

[illegible]

ANEXO 11

TABELA D - Tempo médio de espera por consulta de especialidade no módulo de Mariana Torres do PSF de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Especialidades	Movimento	jan	fev	mar	abr	mai	jun	Total
Dermatologia 3	Dias de espera	93	425	77	97	91	100	883
	Encaminhamentos	10	21	5	14	12	11	73
	Demora média	9.3	20.2	15.4	6.9	7.6	9.1	12.1
Neurologia 3	Dias de espera	155	285	273	277	362	93	1445
	Encaminhamentos	10	10	6	22	23	6	77
	Demora média	15.5	28.5	45.5	12.6	15.7	15.5	18.8
Cardiologia 8	Dias de espera	28	359	210	171	120	206	1094
	Encaminhamentos	6	21	17	21	16	24	105
	Demora média	4.7	17.1	12.4	8.1	7.5	8.6	10.4
Ortopedia 4	Dias de espera	46	416	77	320	162	166	1187
	Encaminhamentos	6	21	7	15	11	9	69
	Demora média	7.7	19.8	11.0	21.3	14.7	18.4	17.2
ORL 5	Dias de espera	17	144	61	128	118	101	569
	Encaminhamentos	7	13	8	17	14	12	71
	Demora média	2.4	11.1	7.6	7.5	8.4	8.4	8.0
Gastroenterologia 2	Dias de espera	104	152	67	137	58	50	568
	Encaminhamentos	5	10	14	11	9	4	43
	Demora média	20.8	15.2	16.7	12.4	6.4	12.5	13.2
Oftalmologia 6	Dias de espera	134	378	521	137	226	87	1483
	Encaminhamentos	5	14	11	5	7	6	48
	Demora média	26.8	27.0	47.4	27.4	32.3	14.5	30.9
Hematologia 1	Dias de espera	60	32	126	134	0	82	434
	Encaminhamentos	6	3	7	5	0	5	26
	Demora média	10.0	10.7	18.0	26.8	0.0	16.4	16.7
Endocrinologia 2	Dias de espera	55	219	100	82	44	0	500
	Encaminhamentos	4	10	10	6	3	0	33
	Demora média	13.7	21.9	10.0	13.7	14.7	0.0	15.1
Urologia 4	Dias de espera	59	54	34	107	32	83	369
	Encaminhamentos	6	8	4	12	8	12	50
	Demora média	9.8	6.7	8.5	8.9	4.0	6.9	7.4
Cirurgia Geral 2	Dias de espera	14	42	0	19	9	80	164
	Encaminhamentos	1	1	0	2	2	7	13
	Demora média	14.0	42.0	0.0	9.5	4.5	11.4	12.6
Reumatologia 2	Dias de espera	0	27	26	5	18	6	82
	Encaminhamentos	0	3	2	1	1	1	8
	Demora média	0.0	9.0	13.0	5.0	18.0	6.0	10.2

$$\text{Demora média} = \frac{\sum \text{dos dias de espera}}{\text{Nº de encaminhamentos}}$$

Dias de espera = Tempo decorrido desde a data da referência na USF até a data do atendimento pelo especialista (data de atendimento p/ especialista – data de referência)

Nota: Os números constantes sob cada especialidade corresponde ao número de especialistas disponíveis

ANEXO 11 (Cont.)

TABELA D - Tempo médio de espera por consulta de especialidade no módulo de Mariana Torres do PSF de Volta Redonda no 1º semestre de 2000

Especialidades	Movimento	jan	fev	mar	abr	mai	Jjn	Total
Cirurgia Ginecológica 1	Dias de espera	7	0	6	16	0	0	29
	Encaminhamentos	1	0	1	2	0	0	4
	Demora média	7.0	0.0	6.0	8.0	0.0	0.0	7.2
Proctologia 1	Dias de espera	6	72	0	1	0	0	79
	Encaminhamentos	1	1	0	1	0	0	3
	Demora média	6.0	72.0	0.0	1.0	0.0	0.0	26.3
Nefrologia 1	Dias de espera	23	0	0	0	12	0	35
	Encaminhamentos	1	0	0	0	1	0	2
	Demora média	23.0	0.0	0.0	0.0	12.0	0.0	17.5
Pneumologia 3	Dias de espera	25	1	0	1	0	7	34
	Encaminhamentos	2	1	0	3	0	2	8
	Demora média	12.5	1.0	0.0	0.3	0.0	3.5	4.3
Buco-maxilo 4	Dias de espera	0	0	0	0	0	7	7
	Encaminhamentos	0	0	0	0	0	1	1
	Demora média	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.0	7.0
Cardiopediatria 1	Dias de espera	7	0	0	0	0	49	56
	Encaminhamentos	1	0	0	0	0	3	4
	Demora média	7.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.3	14.0
Cirurgia Infantil 1	Dias de espera	0	7	0	0	0	0	7
	Encaminhamentos	0	1	0	0	0	0	1
	Demora média	0.0	7.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.0
Mastologia	Dias de espera	0	0	0	7	0	0	7
	Encaminhamentos	0	0	0	1	0	0	1
	Demora média	0.0	0.0	0.0	7.0	0.0	0.0	7.0
Cirurgia Vascular 4	Dias de espera	0	65	0	131	0	12	208
	Encaminhamentos	0	3	0	4	0	1	8
	Demora média	0.0	21.7	0.0	32.7	0.0	12.0	26.0

Nota: Os números constantes sob cada especialidade corresponde ao número de especialistas disponíveis

$$\text{Demora média} = \frac{\sum \text{dos dias de espera}}{\text{Nº de encaminhamentos}}$$

Dias de espera = Tempo decorrido desde a data da referência na USF até a data do atendimento pelo especialista (data de atendimento por especialista – data de referência)

ANEXO 12

Impresso para relatório de produção e de marcadores para avaliação do Sistema de Informação de Atenção Básica

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

Município	Segmento	Unidade	Área	Mês	Ano
-----------	----------	---------	------	-----	-----

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO

ATIVIDADES/PRODUÇÃO			
CONS MÉDICA	Residentes em outro município		
	Residentes no município	1	
		1-4	
		5-9	
		10-14	
		15-19	
		20-39	
		40-49	
		50-59	
		60 e mais	
		Total	
	Total geral de consultas		
	Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura	
		Pré-Natal	
		Prev. cr cv-uterino	
DST/AIDS			
Diabetes			
Hipert. Arterial			
Hanseníase			
Tuberculose			
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica		
	Radiodiagnóstico		
	Citopatológ. c-vag		
	Ultrassog. Obstétr		
	Outros		
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializ		
	Internação Hosp.		
	Urg/Emergência		
Internação Domiciliar			
P	Atendimento específico para AT		
R	Visita de Inspeção Sanitária		
O	Atend. Individual Enfermeiro		
C	Atend. ind. outros prof. nível sup.		
E	Curativos		
D	Inalações		
I	Injeções		
M	Retirada de pontos		
E	Terapia de Reidratação Oral		
N	Sutura		
T	Atend. Gr.– Educação em Saúde		
O	Procedimentos Coletivos I (PC I)		
S	Reuniões		

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5-14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas do colo do fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso< 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Pneumonia em < 5 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações da Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	

Visitas Domiciliares	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	

Visitas Domiciliares

Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	

ANEXO 13

Roteiro de entrevistas com os médicos e enfermeiros do PSF de Volta Redonda

1. Há quanto tempo é formado?
2. Fez pós-graduação? Especificar: _____
3. Forma de seleção para o PSF _____
4. Modalidade de contratação _____
5. Teve alguma capacitação específica para trabalhar no PSF?
Se sim, especificar: _____
6. Há quanto tempo trabalha no PSF? _____ E na equipe atual? _____
7. Qual o seu regime de trabalho:
exclusivo Sim – Não
integral Sim – Não
parcial _____ horas semanais
8. Reside neste município? Há quanto tempo?
9. Quais as principais dificuldades que enfrenta como médico do PSF?
10. O sistema de referência e contra-referência
 - a) funciona normalmente sem obstáculos
 - b) funciona com obstáculos (quais?)
 - c) Não funciona (porquê?)
11. Qual é a avaliação que faz do PSF?

ANEXO 14

Roteiro da entrevista com a Secretária Municipal de Saúde

1. Forma de Habilitação?
2. População do município?
3. População coberta pelo PSF?
4. Como está organizada a rede de serviços de saúde no município?
Como está o PSF inserido nessa rede?
5. Como está estruturado o sistema de referência e contra-referência?
6. O município tem definido um perfil para o médico do PSF?
7. Como foi estabelecida a tabela de remuneração dos profissionais do PSF?
8. A remuneração dos profissionais do PSF é feita exclusivamente com recurso federal? Se não, qual a percentagem coberta pelo município?
9. Qual a participação do estado e município no financiamento global do PSF?
10. Qual é a composição dos recursos da Secretaria Municipal de Saúde?
11. Como funciona o sistema de informação sanitária no município?
12. Quais os principais problemas de saúde no município?
13. Quais as perspectivas para o PSF no município?

ANEXO 15

Roteiro da entrevista com a coordenadora do PSF em Volta Redonda

1. Quando foi implementado o PSF no município? Quantas equipes existem atualmente?
2. Como são feitos o recrutamento e a seleção dos profissionais?
3. Quais os serviços que compõem a rede de cuidados de saúde no município?
4. Como está organizado o sistema de referência e contra-referência?
5. Existe um programa de capacitação para os profissionais do PSF?
É prévia ou ocorre no decurso das atividades do programa?
Onde se processa?
6. Quantas e qual a composição das equipes do PSF?
7. Como se define a área de atuação de cada equipe do PSF?
8. Qual é a população coberta e sua percentagem em relação à população total do município?
9. Qual é o número de famílias cobertas?
10. Qual é a modalidade de contratação dos profissionais do PSF?