

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA

‘O Caso Fortaleza’

Amanda Cavalcante Frota

Dissertação apresentada à banca examinadora do curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Vigilância em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares

FORTALEZA

2008

DEDICATÓRIA

*A NÓS: idealizadores, motivadores, construtores,
trabalhadores, usuários, sonhadores e apaixonados pelo Sistema
Único de Saúde!*

AGRADECIMENTOS

- ❖ A Deus. Pela luz, pela paz, pela força.
- ❖ Ao meu pai, Lúcio Frota. Companheiro, paciente e lindo! Meu exemplo de homem, pai e amigo.
- ❖ A minha mãe, Sandra Frota. Sempre cuidadora e dedicada, cuidando de todos e de tudo, conviveu com minha ansiedade e como sempre, esteve de forma marcante presente em minha vida.
- ❖ À “Babita” (Bárbara Frota), minha filhota, que nos seus primeiros três anos de vida conviveu com livros e papéis juntos às suas bonecas, e que por muitas vezes ouviu historinhas pela metade. Perdão, meu amor!
- ❖ Aos meus irmãos: “Teo” (Frota) e “Papaulo” (João Paulo) pela presença e carinho em todos os momentos.
- ❖ À Natale Cidrão, por fazer parte de nós e sempre estar por perto.
- ❖ Ao Marinho, que apesar dos obstáculos da vida, me ajudou, me motivou e me elogiou. Pena não dividirmos juntos esta vitória que também é sua.
- ❖ As minhas tias paternas: “tia Vina” (Virgínia Frota) e “tia Cadinha” (Ana Cláudia Frota). Me deram aconchego em um momento muito especial, já que a vida não pára nos dois anos do curso.
- ❖ A minha equipe da Atenção Básica e do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional II: Josiely Férrer, Lenilce, Sr. Antonio, Raquel Fernandes, Verinha, Daniele Magalhães, Lúcia Ibiapina, Meirelene Xerez, Ana Paula Manteigas, Ylanne Ibiapina, Amanda Salgado, Rosinha, Lícia Reis, Eva Bizerril, Daniele, Dagmar, Silvinha, Cícero, Davi, Marise, Ivna Cidrão, Mariana e Osanira Aquino. Todos, sem exceção, contribuíram para este trabalho. Cada um de vocês faz parte de mim, da

- minha leitura, da minha crítica, e da minha persistência em fortalecer o SUS.
- Competentes, suportaram minhas ausências e abrilhantaram as atividades da SER II.
- ❖ À Dáuria, minha secretária da Atenção Básica, incrivelmente presente. Por muitas vezes sobrecarregada, deu conta das demandas com dedicação, respeito e honestidade. Seremos amigas para sempre.
 - ❖ À Valdelice Pinheiro de Queiroz, uma amiga que surgiu em meio ao turbilhão da vida. Maravilhosamente íntegra, prestativa e generosa. Eu e você sabemos o quanto você foi importante nestes dois anos. Muito obrigada.
 - ❖ Aos coordenadores dos centros de saúde da família da SER II: Adenilson da Silva, Laura, Auxiliadora Lucena, Rose Magalhães, Hugo Albuquerque, Edna de Menezes, Cristina Said, Isabelle Jucá, Haydeé Diogo, Ozaneusa de Oliveira, Auxiliadora Matias e Flávia D'Alva, que multiplicaram meus sonhos e desejos, e acolheram minhas críticas às práticas nos centros de saúde da família.
 - ❖ À Dra. Cecília Cláudia Bezerra, minha chefe, tolerante e solidária, exemplo de servidora pública, e à Eliane Novais, pela oportunidade concedida para atuação no município de Fortaleza. Mulheres fortes e corretas!
 - ❖ À Dra. Anamaria Cavalcante e Silva, que tem me conduzido a experiências interessantes e com sua impressionante vitalidade me motiva a lutar pelo fortalecimento do SUS.
 - ❖ À Mariângela de Oliveira, colega de turma do mestrado, que tornou-se uma amiga e companheira de experiências comuns como mulher, mãe, nora, estudante, gestora e militante do SUS.
 - ❖ À Auxiliadora Bessa, também colega de turma do mestrado, acho que somos 'gêmeas de alma'. Livres, felizes, loucas e com as agendas lotadas, nos divertimos muito durante as aulas.

- ❖ À “turma do fundão” do mestrado: Ana Eugênia Sousa, Cibele Mary e Goretti Gurgel, respectivamente: a estudiosa, a sedutora e a mãezona!
- ❖ À Rita Edna da Silveira, minha AMIGA!
- ❖ À Cecylia Kátia Limaverde Pessoa, que há oito anos orientou minha monografia de conclusão da graduação em Enfermagem na Universidade de Fortaleza, minha eterna orientadora.
- ❖ As Dras. Ana Paula Ramalho Brilhante e Rocineide Ferreira (“Neidinha”) pela credibilidade e motivação que sempre me dedicaram. Exemplos de enfermeiras e militantes da Enfermagem.
- ❖ À Lucila Landim, terapeuta ocupacional. Quando crescer, quero ler e apreender igual a você.
- ❖ Ao Dr. Odorico Monteiro de Andrade, Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza, pela persistência em defesa da educação permanente no SUS.
- ❖ À Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares (“Fafá”), minha orientadora. À distância, você na “Cidade Maravilhosa” (Rio de Janeiro) e eu na “Terra da Luz” (Fortaleza), nos sintonizamos e conseguimos juntas vencer os obstáculos, todos.
- ❖ À Dra. Silvana Granado, coordenadora do curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde - ENSP / FIOCRUZ, por sua sensibilidade feminina.
- ❖ À Prefeitura Municipal de Fortaleza por ter-me proporcionado as experiências profissional e acadêmica.

“O homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade se não for ajudado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade para transformar. (...) Ninguém luta contra forças que não entende, cuja importância não meça, cujas formas e contornos não discirna; (...) Isto é verdade se se refere às forças da natureza (...) isto também é assim nas forças sociais (...). A realidade não pode ser modificada senão quando o homem descobre que é modificável e que ele o pode fazer.”

(Freire, 1987)

RESUMO

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, Anexo I, Capítulo II, Item 4, diz respeito às especificidades da Estratégia Saúde da Família - ESF, com ênfase para o processo de trabalho, estabelecendo diretrizes e normas para seu funcionamento. Este estudo buscou descrever o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza – CE no biênio 2007 - 2008, tendo como parâmetro a Portaria mencionada e a percepção dos atores sociais envolvidos. Como objetivos específicos (1)foram relacionadas as ações estruturantes da ESF do município com as prescrições da Portaria nº 648/2006, *Anexo I, Capítulo II, Item 4*; (2)identificadas as percepções dos profissionais de saúde das EqSF sobre as estratégias, os momentos marcantes, os principais conflitos, e fatores que exerceram influência determinante no processo de trabalho, e (3)propostas 64 estratégias, adequadas à Portaria em estudo, para facilitação do processo de trabalho e otimização da implementação da Saúde da Família no município. Foi realizado um estudo de caso, utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas, observação participante e pesquisa documental. Os sujeitos da pesquisa foram os médicos, enfermeiros, agente comunitário de saúde e coordenadores de dois centros de saúde da família. Os resultados revelaram que o município passa por variadas dificuldades na implementação da Estratégia, dentre elas: a (a)coexistência de modelos de Atenção Básica; (b)cenário urbano sobrecarregando sua implementação; (c)violência urbana e (d)baixa integração entre os profissionais das EqSF e os profissionais veteranos da Atenção Básica. A consideração final revelada é que o município encontra dificuldades para adequação à Portaria nº 648/2006, muito embora venha investindo quanti-qualitativamente para a consolidação e qualificação da Estratégia. Dentre os marcos municipais encontrados destacaram-se: a democratização da gestão, por meio das Rodas de Gestão; a criação do Sistema Municipal de Saúde Escola e a implementação do dispositivo de Acolhimento por avaliação e classificação de risco.

PALAVRAS-CHAVE: estratégia saúde da família, atenção básica, avaliação em saúde, percepção dos profissionais, processo de trabalho.

ABSTRACT –

The Decreed N°648/GM from March 28th 2006, Attachment I, Chapter II, Item 4, concerns on specific matters of Family's Health Program Strategies, emphasizing work process, establishing operation directives and rules. The present study tried to describe the work process of the Family's Health Strategies of the city of Fortaleza from 2007 and 2008, based on the decreed mentioned above and the professionals involved in the process. As specific objectives (1) list the structuring actions carried out by the city of Fortaleza to the Family's Health Program Strategies according to what is recommended by the Decreed 648/2006, Attachment I, Chapter II, Item 4; (2) identify the perception of the health professionals of Family's Health Program Teams about the strategies, important moments, the conflicts and the factors that have a determining influence on the work process, and (3) 64 strategies ad equated to the decreed were proposed, in order to facilitate work process and optimize the implementation of the Family's Health Program in the city. A case study was carried out through semi-structured interviews and the observation of the people involved as well as a documental research. The subjects of the research were doctors, nurses, health communitarian agents and coordinators of two health centers of the Family's Health Program. The results showed that the city of Fortaleza is coming through a series of difficulties in the implementation of the Strategies, among them there is: (a) the coexistence of other models of Basic Health Attention; (b) the urban scenario that overloads its implementation; (c) urban violence and (d) the low level of integration between the professionals of the Family's Health Program Teams and the veterans professionals of the Basic Health Attention Teams. The final consideration revealed is that the city of Fortaleza is facing many difficulties to adequate to the 648/2006, although it has been investing a lot quantitatively and qualitatively to the consolidation and to the quality of the Strategy. The outstanding landmarks identified were: the democratization of the management with the management debate circles; the creation of the Municipal System Health-School and the implementation of the disposal to welcome the patients according to the risk evaluation and classification.

KEY-WORDS: family's health strategy, basic health attention, health evaluation, perception of the professionals, work process.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	12
2. Marco teórico	19
2.1 – Introdução.....	19
2.2 – Estratégia Saúde da Família.....	20
2.3 – Processo de trabalho em saúde e a Portaria 648 / GM de 2006.....	24
3. Metodologia.....	27
3.1 – Introdução	27
3.2 – Método	27
3.3 – Coleta de dados	28
3.4 – Sujeitos.....	30
3.5 – Análise dos dados.....	30
3.6 – Ética.....	31
4. Resultados e Discussão	32
4.1 – Cadastro familiar e uso dos dados	33
4.2 – Adscrição de território	38
4.3 – Planejamento segundo critérios de risco / Organização da demanda	47
4.4 – Prática do cuidado familiar.....	65
4.5 – Trabalho interdisciplinar e em equipe	69
4.6 – Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais.....	75
4.7 – Valorização de diversos saberes e práticas	78
4.8 – Promoção e estímulo à participação popular	79
4.9 – Acompanhamento e avaliação sistemática das ações	84
5. Considerações Finais	87
6. Bibliografia Referenciada	95
7. Bibliografia Complementar	102

Anexos

- Termo de consentimento livre e esclarecido

- Instrumentos para coleta de dados

1. Roteiro de Entrevista semi-estruturada

2. Diário de Campo da Observação Partici

- Parecer do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 – Evolução da expansão da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza nos dez últimos anos. Fortaleza, 1998 – 2007 (mês de referência: dezembro).....16

LISTA DE ABREVIATURAS

AACR – Acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CLS – Conselho Local de Saúde

CSF – Centro de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

EqSF – Equipe de Saúde da Família

EqSM – Equipe de Saúde Mental

ESP-CE – Escola de Saúde Pública do Ceará

DOM – Diário Oficial do Município

DOU – Diário Oficial da União

MA - Microárea

MA R1 - Microárea de Risco 1

MA R2 - Microárea de Risco 2

MA R3 - Microárea de Risco 3

MA R4 - Microárea de Risco 4

MS – Ministério da Saúde

OP – Orçamento Participativo

RA – Rede Assistencial

SER / SERs – Secretaria Executiva Regional (ou plural)

SESA-CE – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMSE – Sistema Municipal de Saúde Escola

SUS – Sistema Único de Saúde

UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

1. INTRODUÇÃO

A possibilidade de poder optar pelo nível primário de atenção à saúde ao longo da formação acadêmica e exercício profissional levou-me a trilhar os caminhos da atenção e gestão, e assim aproximação quanto à complexidade destes serviços. A atuação possibilitou-me vivência e compreensão de vários princípios e conceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), como acesso à saúde, enfoque na família e no indivíduo, vínculo, cultura, condições de trabalho, educação permanente em saúde, integralidade, equidade, universalidade entre outros. Propiciando-me questionamentos críticos quanto à organização e implementação das estratégias de atenção à saúde com ênfase para a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que considero esta proposta viável para a efetivação dos princípios do SUS em nível municipal.

Ao ingressar no Sistema de Saúde do município de Fortaleza, como gerente da Célula de Atenção Básica e em seguida como chefe do Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional II, todos estes questionamentos vieram à tona principalmente, com a expansão da ESF no município. Como gestora, pude conviver com as mais diversas situações ligadas às práticas e serviços nos Centros de Saúde da Família.

O dia-a-dia dos gestores e técnicos municipais, muitas vezes em meio às demandas de mudanças das práticas, ao anseio pelas conquistas, pode mascarar os problemas e dificuldades de alcance dos objetivos e das metas especialmente, devido à pouca prática de desenvolvimento de mecanismos de avaliação dos processos de trabalho nos quais estão inseridos. Surge assim um questionamento: *Estaremos no rumo certo?* É preciso então, descobrir caminhos e estratégias comuns, singulares e criativas, adaptadas a cada lócus municipal para que possamos alcançar o sonho de concretização do SUS!

A motivação para realização deste estudo partiu de meu interesse, ao atuar na gestão municipal do SUS, em conhecer / descrever o processo de trabalho da ESF que está sendo implementada no município de Fortaleza.

Sua relevância é a possibilidade de trazer subsídios aos gestores, técnicos e trabalhadores da rede de atenção básica, uma vez que ao valorizar as experiências cotidianas e o reconhecimento do processo de construção da ESF em andamento, estaremos subsidiando e motivando o sistema para a adequação ou reformulação de regulamentações nacionais e para o direcionamento de novas práticas. Pode também contribuir para a educação permanente, no sentido de que esta experiência municipal se

apresenta como uma ferramenta de um processo nacional de aprendizagem com vistas à consolidação da ESF no Brasil.

O município de Fortaleza localiza-se no litoral norte do estado do Ceará, e é hoje a quarta cidade do país com população estimada pelo IBGE ¹, em 2007, de 2.458.545 habitantes. Em termos administrativos, a capital é dividida em seis territórios, chamados de Secretarias Executivas Regionais (SER). Estas funcionam como executoras das políticas públicas municipais, possuindo cada SER, distritos temáticos, que atuam como “espelhos” das secretarias temáticas municipais. São eles: Distrito de Saúde, de Educação, de Infra-Estrutura, de Assistência Social, de Meio Ambiente e de Finanças.

As equipes das várias SER atuam de forma descentralizada e detêm conhecimentos singulares quantos aos seus territórios. Esta divisão administrativa promove entre outros, a descentralização das ações na cidade e o reconhecimento das singularidades de cada território.

O sistema municipal de saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para realização de serviços em níveis primário, secundário e terciário, sendo inclusive referência em nível micro e macro regional e interestadual. Possui 2.229 estabelecimentos de saúde inscritos no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES); destes, 3,96% são unidades básicas; 3,79% são unidades hospitalares; 24,9% ambulatorios especializados, policlínicas, unidades de diagnose e terapia e 65,9% são consultórios isolados. Das unidades exclusivamente públicas municipais, 73% são Centros de Saúde da Família (CSF), antes chamadas de unidades básicas de saúde da família (UBASF). O município dispõe de 91 CSF distribuídos nas seis secretarias executivas regionais sob gerência direta das Células de Atenção Básica / Distritos de Saúde regionais, tendo como órgão político gestor, a Secretaria Municipal de Saúde ².

No ano 2005 a atenção básica encontrava-se com inúmeros problemas ligados ao sistema de saúde, principalmente relacionados ao acesso da população aos serviços de saúde. Na época, mesmo dispondo de 89 unidades básicas, nem todas eram consideradas Centros de Saúde da Família (unidades básicas que atuam por meio da Estratégia Saúde da Família), e a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município era de apenas 11%, com 99 equipes ².

Em virtude das barreiras de acesso, especificamente na rede básica e com reflexo em todo o sistema de saúde municipal, ocorriam inúmeros constrangimentos e

descontentamentos que geravam conflitos, desgaste, desmotivação e baixa credibilidade do serviço público municipal, envolvendo trabalhadores e usuários. Situações como as filas na madrugada, “*venda de vagas*”, favorecimentos e clientelismo, e agressões verbais entre servidores e clientela eram comuns. Os climas de tensão e descontentamento também eram gerados em virtude de uma baixa capacidade resolutive, de fluxos (in) definidos e barreiras administrativas que vigoravam ao longo dos anos.

Desta forma, Fortaleza, a capital do estado pioneiro na ESF, reconhecido pelo sucesso da implantação da Estratégia, bem como pelos impactos positivos nos indicadores básicos de saúde, ainda não havia alcançado uma tradição na ESF como a do Estado, tampouco avançado na atenção à saúde através da rede básica.

O município deliberou a expansão da ESF, uma vez que detinha viabilidade política nos níveis municipal, estadual e nacional, pois reconhecidamente nas três esferas a ESF apresenta-se como o modelo de atenção para reorganização da atenção básica, mediante as seguintes características: importância de um novo fazer saúde, ampliação do mercado de trabalho para os profissionais de saúde, fortalecimento do vínculo profissional de saúde / usuário, apropriação do território, responsabilização sanitária das equipes, amplitude de acesso, consciência sanitária e participação popular^{3,4}.

Em 2006, a Prefeitura Municipal através da Secretaria Municipal de Saúde, aderiu ao concurso estadual de base local / municipal, promovido e coordenado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, ofertando 460 vagas para enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos, totalizando 1.380 novos profissionais na rede municipal, com o intuito de formar 460 equipes de Saúde da Família durante o período de 2006 a 2008. Até 2007 foram efetivados 300 enfermeiros, 210 médicos e 250 cirurgiões dentistas².

Além disso, realizou-se seleção pública para contratação de 2.627 agentes comunitários de saúde, tendo como um dos critérios, a moradia na microárea de implementação da ESF. Atualmente, o município apresenta 43,4% de cobertura populacional através de 304 equipes implantadas².

A equipe técnica da secretaria municipal de saúde e regionais, além de viabilidade política, possui experiências múltiplas em implantação e implementação da ESF em outros municípios cearenses e até em outros estados. No entanto, as dificuldades têm sido muitas; de um lado, ligadas às questões gerenciais ou administrativas da

Prefeitura, como aquisição de insumos, contratação de profissionais de apoio (auxiliares de enfermagem, administrativo), viabilização de veículos, infra-estrutura física restrita etc. Por outro, relacionadas ao “*histórico de saúde da cidade*”: o pouco conhecimento e resistência da população com o novo modelo, a pouca participação popular, a dificuldade de integração e vinculação dos servidores veteranos, as limitações para adesão a uma gestão compartilhada, e a pouca oferta de uma rede ambulatorial especializada como retaguarda às equipes.

Contrapondo-se a todas estas dificuldades, as equipes recém chegadas apresentaram alto grau de motivação e vontade de atuar em Saúde da Família. Os profissionais detêm expertise, pois trabalharam em diversos municípios do interior do Ceará, anteriormente à efetivação em Fortaleza. A cada dia que passa, entretanto, as equipes têm levantado questionamentos em relação à implementação da Estratégia na capital. Uma delas bastante repetida no cotidiano de trabalho dos profissionais é que a prática de saúde implementada em Fortaleza não segue o modelo de Saúde da Família preconizado pelo Ministério da Saúde, e difere de suas experiências anteriores. Ao contrário dos trabalhadores, a gestão debate sobre o modelo de ESF que o município implementa, reconhecendo que de fato, Fortaleza ainda está em busca de sua Estratégia, mas que é Saúde da Família, o que se faz.

A revisão da literatura revela que a ESF é construída sobre base territorial e os processos de trabalho resultam das interações de fatores e atores envolvidos nas demandas e ofertas locais de cunho social, político, cultural, ambiental etc. Ressalta ainda, que existem dificuldades quanto à implementação da ESF em grandes cidades. A adesão dos municípios de grande porte à implantação e expansão da SF tem se mostrado mais lenta, e a cobertura populacional mais baixa em relação à média nacional ⁵. Como consequência, (co) existem dois modelos de atenção em nível primário e dificuldades na implementação e no manejo dos processos de trabalho das equipes.

Observando a implantação da ESF ao longo dos anos em Fortaleza, as primeiras equipes foram implantadas em 1998 (1999, no sistema de informação); eram 32 e representavam 5,48% de cobertura populacional. Somente entre os anos de 2006 e 2007 é que se pode observar um maior impacto populacional da estratégia no município cearense. Dez anos após a implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil e onze no Ceará, Fortaleza ainda encontrava-se com uma baixa cobertura populacional, 14,22% ⁶(Quadro1).

QUADRO 1– Evolução da expansão da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza nos dez últimos anos. Fortaleza, 1998 – 2007 (Mês de referência: dezembro).

ANO	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (Nº)	COBERTURA POPULACIONAL (%)
1998	ZERO	ZERO
1999	50	8,56
2000	97	15,95
2001	101	15,96
2002	101	15,96
2003	75	11,66
2004	93	14,22
2005	77	11,77
2006	234	33,99
2007	267	38,11

Fonte: BRASIL, 2007 ⁶.

Nos seis últimos anos da gestão municipal anterior à que ora vivemos, a ESF alcançou 86% de aumento, passando de 50 para 93 equipes. A atual gestão municipal, em dois anos e meio alcançou 247% de incremento, partindo de 95 equipes em janeiro de 2005 para 267 em julho de 2007 ⁶.

Considerando a pouca tradição da capital na prática de SF, sua rápida expansão em apenas dois anos, e os investimentos quantitativos e qualitativos injetados na atenção básica do município, faz-se necessário acompanhamento singular por parte da equipe gestora quanto ao processo de trabalho implementado, com vistas a evitar perda da motivação dos trabalhadores recém efetivados, integração aos veteranos e consolidação da Estratégia no município.

No entanto, considera-se também que as práticas de Saúde da Família implementadas pelos profissionais devem ser identificadas e relacionadas com as regulamentações nacionais. Do contrário não se pode perceber mudanças no modelo hegemônico que ainda resiste. Os profissionais e instituições devem ter clareza das condições vigentes, uma vez que as possibilidades de sucesso e fracasso são inerentes a qualquer processo de mudança e não são exclusivas de seus desempenhos, mas também de características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico-estruturais.

Algumas barreiras como alta rotatividade de profissionais e instabilidade empregatícia, já foram parcialmente superadas no município, mas pressupõe-se que ainda persistem dificuldades que precisam ser enfrentadas para que a ESF em Fortaleza obtenha êxito e de fato funcione atendendo aos critérios preconizados.

O estudo partiu do pressuposto de que o processo de trabalho da ESF em Fortaleza apresenta dificuldades no atendimento ao que está regulamentado nas diretrizes nacionais que dizem respeito às especificidades da Estratégia, uma vez que se encontra em plena fase de expansão.

O objetivo geral deste estudo foi:

Descrever o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza – CE, tendo como parâmetro a Portaria nº 648 / GM de 28 de março de 2006, Anexo I, Capítulo II, Item 4 e a percepção dos atores sociais envolvidos.

E os objetivos específicos foram:

- Relacionar as ações estruturantes da ESF do município /CE com as prescrições da Portaria 648 / GM de 28 de março de 2006, *Anexo I, Capítulo II, Item 4*;
- Identificar a percepção dos profissionais de saúde das EqSF sobre as estratégias, os momentos marcantes, os principais conflitos, e fatores que exercem influência determinante no processo de trabalho e
- Propor estratégias, adequadas à Portaria 648 / GM de 2006, *Anexo I, Capítulo II, Item 4*, para facilitação do processo de trabalho e otimização da implementação da saúde da família no município.

Não há dúvidas de que a expansão da ESF em uma metrópole como Fortaleza represente um marco histórico e político para o sistema de saúde local e nacional.

Partimos então de alguns questionamentos: O processo de trabalho da ESF no município de Fortaleza adota como parâmetro as diretrizes nacionais? Quais as estratégias utilizadas pelas equipes para atenção às regulamentações nacionais? Estará a ESF de fato sendo implementada como fôra preconizada? É possível implementar ESF em um grande centro urbano como Fortaleza? Estarão as atividades sendo desenvolvidas em busca da integralidade do cuidado, dentro dos princípios da universalidade e participação popular? Que fatores e atores contribuem para a implementação da ESF no município?

Embora não se pretenda responder a toda esta problematização, estas questões foram importantes para o delineamento do estudo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 – Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como resultado de uma fase marcada pela reforma sanitária, onde ocorreram as discussões sobre conceito ampliado de saúde, participação popular e reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado. Tais questões foram discutidas e apresentadas no documento aprovado em outubro de 1979, no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, momento estratégico para a reforma sanitária. Neste período, previdência e saúde foram separadas, ficando a previdência responsável pelas aposentadorias e pensões⁷.

Em 1990, foi promulgada a Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde - que regulamentou o SUS⁸, e através de seus artigos apresenta o conceito de saúde e os princípios e diretrizes para o funcionamento do Sistema. Como estratégia para sua implantação o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) transferiria seus hospitais, ambulatórios e superintendências regionais para o gerenciamento do SUS, por meio dos estados e municípios⁷.

Da década de 1990 até os dias atuais, o movimento gira em torno do fortalecimento e consolidação do SUS, buscando o alcance dos princípios apresentados na lei Orgânica da Saúde, principalmente na democratização do acesso; princípio da universalidade.

Como modelo de organização da atenção primária, inserido na Atenção Básica⁹, foi lançado nacionalmente o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Um momento importante, em que se discutiu o rompimento do isolamento das experiências exitosas vividas no Ceará mediante o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em Niterói, o Programa Médico de Família (PMF)¹⁰.

Um ano antes, em 1993, o município cearense de Quixadá, enviou ao Ministério da Saúde projeto para implantação do PSF, implantado posteriormente, de forma pioneira em cinco municípios cearenses¹⁰. Desde 1994, a ESF tem a cada ano sido expandida em todos os municípios brasileiros, como estratégia para reorganização da atenção básica. Estratégia esta, que tem viabilizado a democratização do acesso à saúde às populações.

A partir da década de 80 iniciou-se um processo de amplitude de acesso aos serviços de saúde, relacionados à atenção básica, especialmente nas pequenas localidades, onde inexistiam recursos, contudo não necessariamente contempladas a universalidade e equidade ¹¹.

No Brasil aproximadamente 75% da população recorre ao SUS, no entanto ainda não é possível a certeza da cobertura real, pois a universalização ainda não se completou. A ESF como mecanismo para reorganização do sistema tem sem dúvida impulsionado o processo de universalização e descentralização do acesso, contudo ainda há muito que fazer. Nas regiões do norte e nordeste as situações de acesso vividas são bem mais difíceis devido às condições de acesso geográfico cultural e às altas concentrações populacionais. No entanto, estados como o Ceará tem maior potencial de avanços uma vez que a cada ano os investimentos em atenção básica têm sido maiores ¹².

Acredita-se que o processo de universalização seja permanente, uma vez que a população está a cada dia mais consciente de seus direitos, monitorando-os e participando / colaborando com as gestões municipais e estaduais. O acesso, entretanto, não pode ser visto como a principal alavanca do processo de consolidação do sistema nacional de saúde. Aliado a ele, todos os demais princípios devem ser trabalhados para que a qualidade da atenção seja garantida.

2.2 – Estratégia Saúde da Família

Ao longo dos tempos, o Brasil vem se transformando e vivenciando diversificados modelos de políticas de atenção à saúde. Esses modelos além de terem fortes características restritivas e privatistas, compreendiam saúde sob o ponto de vista curativo, e quando atuava em prevenção, era sob a ótica da segurança nacional, ou do capitalismo quando visava à qualidade e vitalidade para a força de trabalho. A medicina e a atenção à saúde, num modelo médico hegemônico e hospitalocêntrico, concentravam altos gastos e poucos impactos na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização dos serviços.

Como estratégia de reorientação do modelo assistencial, superando o modelo médico-hegemônico hospitalocêntrico e a concepção de atenção focada na doença, a Estratégia Saúde da Família pressupõe trabalho em equipe multiprofissional e envolve práticas: gerenciais e sanitárias, democráticas, dirigidas a territórios, vínculo e responsabilização sanitários, adscrição de clientela e controle social. Andrade ¹³ afirma

que o modelo de saúde da família não é centrado no médico, mas na equipe, unindo um núcleo interdisciplinar de práticas e saberes.

Operacionalizada mediante implementação de equipes multiprofissionais, composta por no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em Unidades Básicas de Saúde, cada equipe é responsável por um “território vivo” com população entre 3.000 e 4.000 habitantes, sendo recomendado pela Política Nacional da Atenção Básica, Portaria nº 648 / GM de 2006, o máximo de 750 pessoas por agente comunitário de saúde (ACS) ¹⁴.

Cada equipe assume o compromisso sanitário de acompanhamento das famílias da área geográfica delimitada (território) e de todo seu cotidiano de vida. Inseridas nas comunidades e no movimento diário das populações, as equipes de Saúde da Família têm uma aproximação singular com a realidade local, e assim podem focalizar suas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos implementados nas residências, nas UBS, nas comunidades, de forma individual, familiar ou coletiva, contextualizadas com a realidade da população vinculada.

Vale ressaltar que o trabalho em atenção básica é complexo e requer habilidade técnica, disposição para escuta, aceitação do outro e de seus saberes ¹⁵. “O diálogo, livre do uso de coerção e ocupando um espaço público [...] é o meio não só de resolver disputas, mas também de criar uma atmosfera de tolerância mútua” ¹⁶ (p.273). Sendo, portanto atuar em Saúde da Família uma atuação que transcende a dimensão da clínica e percorre o caminho da intersectorialidade.

“A Estratégia Saúde da Família como estratégia estruturante busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas” ¹⁷ (p. 2), principalmente nas situações de alta cobertura populacional e baixo índice de desenvolvimento humano – IDH ^{17, 18, 19}.

A ESF implementada no Brasil é referência internacional de modelo de atenção à saúde ¹⁷. O reconhecimento desse desempenho também é concretizado quando podemos visualizar a atenção básica e Estratégia Saúde da Família como pautas políticas em saúde da grande maioria dos gestores públicos estaduais e / ou municipais. Tal

atitude também aponta para a afirmação de que a Estratégia está consolidada como um modelo viável de atenção à saúde.

Vale ressaltar também que, em virtude de ser um Programa em nível nacional, tão amplamente focado como estratégia de reorganização da atenção básica⁵, impulsionou diversas alterações político-administrativas no âmbito da política nacional da atenção básica, como: investimentos em formação e educação permanente, redefinição de incentivos e repasses financeiros etc. Os gestores municipais têm sido instigados a avançarem no alcance da cobertura populacional, mas tal situação por vezes é utilizada com fins eleitoreiros, sendo inclusive conduzidas sem viabilidade técnica^{20,21}.

A Estratégia, ao mesmo tempo em que avança, vive um paradoxo, pois desvenda fragilidades relacionadas às práticas profissionais e à gestão do sistema. Em relação às primeiras, destacam-se: dificuldades no estabelecimento de vínculo; responsabilização sanitária; visão integral do cuidado; enfoque familiar; trabalho em equipe etc. Referidas à gestão do sistema: lógica quantitativa da produção individual do profissional, rigidez gerencial; baixa capacidade de gestão; dependência de uma rede especializada, rotatividade das equipes, baixa remuneração salarial e precarização do trabalho²².

Outro aspecto igualmente importante são as dificuldades relacionadas ao perfil dos profissionais. No estudo realizado pelo Ministério da Saúde²³, consta que 65,2% das equipes (médicos e enfermeiros) das dez cidades estudadas possuíam vínculo empregatício precário. Entendendo que vínculo e remuneração têm interferência direta na adesão, integração e vinculação ao trabalho, especificamente no campo da saúde, requerendo maior entrega pessoal em virtude da complexidade do trabalho¹⁵, há de se discutir e fortalecer uma política de recursos humanos no que diz respeito a vínculo empregatício, carga horária, remuneração e educação permanente, uma vez que como uma tendência nacional, ocorre um incremento na Estratégia Saúde da Família.

Como se pode observar trata-se de um modelo novo e ainda “*em construção*”, e apesar do avanço crescente da Estratégia no país e conseqüentemente do surgimento de uma nova oferta de trabalho em saúde, principalmente para médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, persistem as dificuldades.

O município de Fortaleza iniciou a ordenação da política de recursos humanos por meio de dois eixos: a educação permanente em saúde, através do Sistema

Municipal de Saúde Escola - SMSE e do início da desprecarização do trabalho, quando aderiu ao concurso público e vem discutindo o plano de cargos, carreiras e salários – PCCS.

O SMSE oferta de forma permanente cursos de atualização para técnicos e gestores; residência em medicina de família e comunidade (com 76 vagas, a maior do Brasil); especialização multiprofissional em saúde da família; especialização em gestão em saúde e preceptoria de território nas seis regionais, além de abrir as portas para a realização de estágios curriculares nas unidades de saúde, promovendo a discussão permanente do processo de trabalho, humanização da atenção e gestão entre outros ²⁴. Quanto ao vínculo, os profissionais foram contratados através de concurso público, com remuneração atraente, somada a gratificações / incentivos para atuação em área de risco e distância do centro da cidade. É fato que modelos de atenção e recursos humanos não podem ser discutidos separadamente ⁴. Tais estratégias certamente têm contribuído sobremaneira para o desenvolvimento da estratégia na capital do Ceará.

Afirmam Bezerra & Nascimento ²⁰ e Conill ³ que as principais limitações para operacionalização da Saúde da Família, seriam decorrentes da formação inadequada dos profissionais, além do insuficiente número de médicos, falta de recursos financeiros e de entendimento por parte dos gestores. Gil ⁴ corrobora afirmando que o perfil dos profissionais não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação em atenção integral à saúde.

Conill ³ afirma que apesar de avanços político-administrativos reconhecem-se dificuldades para adequar o novo modelo de atenção aos princípios organizativos do SUS. No que trata da equidade, têm ocorrido discussões quanto ao público assistido. A canalização de recursos e serviços seguindo o critério da justiça social e democratização de direitos tem repercutido na viabilidade de um modelo de fato universal ou se voltado apenas para ‘pobres’.

Diante de todos os pontos positivos apresentados e apesar das dificuldades que momentaneamente podem inviabilizar o sucesso desejado da Saúde da Família, seja nos municípios de pequeno, médio ou grande porte, a Estratégia passou a ser vista por trabalhadores, técnicos e gestores como um modelo viável, seja do ponto de vista financeiro, técnico /científico, de carreira ou operacional.

Outro ponto a ser considerado é que a ESF pode ser construída e consolidada a partir das relações entre estes atores sociais: trabalhadores, técnicos, gestores e sociedade, proveniente do afundo no contexto local, em face da disponibilidade de recursos materiais, financeiros, humanos, políticos e todos os já citados neste texto com respectiva resposta de adesão e / ou resistência destes atores, resultando em diversificados modelos.

O Nordeste é a região em que mais se percebe a presença da Estratégia Saúde da Família. Atualmente encontra-se com 98,2% de seus municípios com ESF e 68% de cobertura populacional. É no Nordeste também que se localizam quatro dos seis estados com 100% de municípios com o modelo implantado: Alagoas, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte, os outros dois são o Distrito Federal no Centro-Oeste e Acre no Norte brasileiro. É no Nordeste também que está localizado o estado com maior cobertura populacional do Brasil, o Piauí com 99,1% de adesão municipal, apresentando 95,4% de cobertura ^{25, 26}.

2.3 – O processo de trabalho em saúde e a Portaria N° 648 / GM de 28 de março de 2006.

Como se pode ver, o Brasil em muito tem avançado, embora a homogeneidade do avanço ainda não tenha sido alcançada. Afirma Mattos (1999) apud Blank et al ²⁷ que a descentralização fez surgir vários sistemas municipais de saúde diferentes entre si. Considerados os diferentes contextos brasileiros no que diz respeito à infra-estrutura, capacidade de gestão, formação, vínculo e remuneração dos trabalhadores, a afirmativa do autor é confirmada. Desta forma, afirma-se ainda que proliferam diferentes formatos de Saúde da Família no país. Como já citado neste estudo, a Saúde da Família é construída mediante realidade local e todas as suas limitações, fragilidades e fortalezas existentes, tornando-se fruto da adesão, integração e vinculação de atores e fatores.

É importante lembrar que alguns desses fatores podem ser decisivos para o desempenho do trabalho, uma vez que predispõem à geração de desestímulo profissional: condições salariais, infra-estrutura, processo de trabalho, são exemplos ²⁰. Como se sabe, os trabalhadores são os protagonistas do processo de trabalho, portanto, há de se viabilizar a satisfação *para e no* trabalho, com vistas ao sucesso das ações. Reforça-se ainda que apesar de práticas exclusivamente administrativas serem necessárias, por si só não garantem a viabilidade desejada.

Vanderlei & Almeida²⁸, afirmam que qualquer estratégia de viabilização do SUS, em especial a ESF, não pode ser baseada na subordinação dos trabalhadores por meio de métodos administrativos. Há que se dinamizar o sistema de forma a protagonizar o papel dos trabalhadores no processo de mudança. Como exemplo, praticar gerências participativas que se utilizem das relações interpessoais²⁸. Entendendo que normas não são suficientes para direcionar as organizações, é necessário um sentimento de interdependência, de lateralidade entre trabalhadores e colegas; trabalhadores e usuários; trabalhadores e gestão; tornando-os co-gestores, co-participes, para que o sentimento aflore, as limitações, obstáculos e estratégias sejam levantados com fluidez, com criatividade e sem medos. Registra Blank et al²⁷ que “*o trabalho em equipe é o reconhecimento do trabalho do outro e valorização da participação deste na produção dos cuidados*” (p. 444).

Numa gestão compartilhada - o gerente é o facilitador que reconhece as especificidades de seus trabalhadores e comunidade, e lateraliza seus conhecimentos para atender às diretrizes e normas²⁸. Digamos que uma gerência dinâmica e democrática pode ser transformadora, e assim viabilizar a prática de diretrizes ou normas pré-estabelecidas (e necessárias).

É ainda necessário entender que alguns fatos ocorrem e não se enquadram em regras ou determinações organizacionais. Não existe norma pra tudo! E para toda norma podem existir diferentes leituras e práticas, se considerarmos as particularidades e intenções dos contextos envolvidos. Por vezes, normas, diretrizes ou regras são insuficientes para direcionar organizações e assim, segundo Vanderlei & Almeida²⁸, novas tecnologias de trabalho vão surgindo e se construindo para a produção de saúde. Estas tecnologias podem ser as experiências e singularidades de cada profissional, de cada equipe, de cada comunidade etc. Equipes de Saúde da Família criativas e criadoras de estratégias, tecnologias e relações acionam processos de criação e produzem o cuidado. “*O trabalhador pode se apropriar de meios e instrumentos para (re) criação do trabalho, de si e dos outros*”²⁸ (p. 447) e falando de Saúde da Família, da equipe.

O processo de trabalho em saúde “*é marcado por uma direcionalidade técnica, pressupondo uma antevisão dos resultados e uma ação que, para ser implementada, requer uma adaptação constante às características particulares do indivíduo com sua história*”, registra Fracolli (1999) in Vanderlei & Almeida²⁸ (p. 446).

Entende-se, portanto que normatizações podem não significar o alcance do resultado anunciado. Contudo, é absolutamente necessário entender o “*porquê*” das situações.

A Portaria Nº 648 / GM de 28 de março de 2006, “*aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*”¹⁴ (p. 7). Dentre outros pontos, a Portaria vem regulamentar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família como forma de concretizar os princípios do SUS direcionando ações para a implementação da Estratégia Saúde da Família.

Como já discutido, além de não garantir por si só o seu cumprimento, esta Portaria pode parcial ou não totalmente ser cumprida em virtude das particularidades dos municípios brasileiros. Levanta-se a discussão para ‘*o que é Saúde da Família e o que não é*’. Estará atuando sob o modelo de Saúde da Família o município que não cumpre o que está regulamentado nesta norma? E se não cumpre, por que não o faz? As adaptações municipais possibilitam o atendimento à Portaria? Os modelos diversos pelo Brasil afora ‘*são Saúde da Família*’? É possível discutir ‘*o que é e o que não é*’ Saúde da Família?

Conill³ discutindo políticas de atenção primária e reforma sanitária afirma que “*a gerência, o acompanhamento, o controle e avaliação parecem ser ainda precários*” (p.196). Desta forma, se faz necessário responder os questionamentos levantados para certificação e legitimação das estratégias construídas pelo país.

3. METODOLOGIA

3.1 – Introdução

O estudo tomou como parâmetro para as discussões do processo de trabalho da Saúde da Família no município, o documento que ora regulamenta o processo de trabalho no país: a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, *Anexo I, Capítulo II, Item 4*, que diz respeito às especificidades da ESF, com ênfase para o processo de trabalho da Saúde da Família. Este instrumento aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), e estabelece diretriz e normas para seu funcionamento, da Estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ¹⁴.

3.2 – Método

Para descrever o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza, optou-se pela metodologia qualitativa. Para Deslandes & Gomes ²⁹, a pesquisa qualitativa contribui para a análise de questões e relações ligadas aos serviços de saúde.

Para Denzin & Lincoln (2000) apud Deslandes & Gomes ²⁹ a pesquisa qualitativa é “*uma atividade que demarca o lugar do observador no mundo e que consiste num conjunto de práticas [...] que tornam o mundo visível*”, estuda fenômenos e relações em seu meio natural (p.103).

Considerando as relações entre os serviços de saúde e a pesquisa, os autores citados apontam que “*os serviços podem ser o próprio objeto de pesquisa, sendo vistos como objetos a serem investigados*” (p. 102) e que o eixo da pesquisa seria a organização interna dos grupos e a lógica que guiam suas práticas. A descrição do processo de trabalho, suas dificuldades de implementação, fatores e atores de contribuição à Portaria Nº 648 / 2006, objetivos específicos deste estudo, encaixam-se nesta discussão.

Como buscou-se neste estudo descrever o peculiar e o singular do processo de trabalho em Fortaleza, foi adotado o Estudo de Caso, pois é destacado como o desenho metodológico mais aplicado nas pesquisas qualitativas para análise das experiências dos serviços ²⁹.

Segundo estes autores a expressão “*estudo de caso*” surgiu nas ciências médicas e da psicologia consistindo numa análise detalhada de um caso individual, para explicação da dinâmica e da patologia de uma determinada doença. “*No campo das ciências sociais o caso típico não é um indivíduo*” (p. 104), *costuma ser uma organização, uma comunidade, uma prática social. Um dos objetivos é compreender, “da forma mais abrangente possível, o grupo ou a organização de estudo*” (p. 105), finaliza Becker (1993) apud Deslandes & Gomes ²⁹. No entanto, há de se considerar também que o ‘*caso*’ embora contribua para o entendimento de outros casos, não é considerado como “*uma fotografia em miniatura da realidade*” (p. 105) enfatiza Geertz (1989) apud Deslandes & Gomes ²⁹. Portanto, entende-se que no ‘Caso Fortaleza’, a autora estará descrevendo o momento vivido, sob as condições sentidas e existentes, contudo como afirmam os estudiosos, a visão qualitativa, por mais cuidadosa que seja e voltada para a construção de um conhecimento, nunca incluirá tudo que é escondido e expresso nas falas e práticas ²⁹.

Concordando com os autores ²⁹, entende-se que o ‘Caso Fortaleza’ não estará esgotado neste estudo, mas na verdade tornará mais próximo o acesso ao conhecimento da realidade do município.

3.3 – Coleta de Dados

Anteriormente à coleta de dados, o estudo foi apresentado aos responsáveis pela célula de atenção básica das secretarias executivas regionais e municipal de Fortaleza para anuência. Segundo Becker (1993) apud Deslandes & Gomes ²⁹, as entrevistas e observação participante são usualmente adotadas nos estudos de caso. O ‘Caso Fortaleza’ aborda pontos subjetivos do processo de trabalho da Saúde da Família no município. Afirma Minayo ³⁰ que os dados subjetivos “*constituem uma representação da realidade: [...] maneira de pensar [...], maneiras de sentir, maneiras de atuar [...] razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes ou comportamentos*” (p. 65).

Neste estudo o informante foi convidado a discorrer sobre as ações implementadas no cotidiano do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família da qual faz parte. Desejou-se o diálogo entre o entrevistador e entrevistado, com vistas ao aprofundamento dos pontos em reflexão, detalhes, exemplos e possíveis esclarecimentos de dúvidas. Desta forma, foi adotada a técnica de entrevista semi-estruturada ³⁰.

Para a realização das entrevistas, realizadas no local de trabalho dos profissionais e previamente agendadas, por telefone, com o coordenador do CSF selecionado, foi adotada a gravação em áudio, mediante autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Numa etapa seguinte, todas as falas foram transcritas de forma literal.

Apesar de inicialmente terem sido planejadas 10 entrevistas, foram realizadas apenas sete. Não foi possível a realização da entrevista com a cirurgiã dentista da SER VI, que se encontrava de licença maternidade e da SER IV, que se encontrava de férias e com quaisquer ACS da SER IV, pois no período de realização das entrevistas todos estavam em sala de aula, no curso técnico de formação de agentes comunitários de saúde, ofertado pelo município / ESP / MS. Apesar da redução no quantitativo das entrevistas, não houve prejuízo à pesquisa uma vez que a saturação das falas se manifestou já nas primeiras coletas.

O estudo foi enriquecido através da observação do processo de trabalho das equipes estudadas: a constatação das práticas descritas e a visualização de aspectos que não afloraram no momento das entrevistas, por meio da *observação participante*, considerada por Minayo³⁰ como parte essencial no trabalho de campo da pesquisa qualitativa: “*No trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma necessidade*” (p. 70).

Foram realizadas cinco observações nos centros de saúde da família de lotação dos profissionais entrevistados, a citar:

- Funcionamento do centro de saúde da família da SER VI, no 3º turno de atendimento, a partir das 17:00h;
- Roda de gestão administrativa cujo enfoque foi a cobertura da atenção à saúde da mulher do centro de saúde da família da SER IV, no período da tarde;
- Roda de gestão cujo enfoque foi a avaliação da gestão da saúde 2005 – 2008 do centro de saúde da família da SER IV;
- Funcionamento do centro de saúde da família da SER IV, no 3º turno de atendimento, a partir das 17:00h;

- Grupo de saúde mental (Resgate de auto-estima) do centro de saúde da família da SER IV, no 3º turno de atendimento;

Foi necessária também a pesquisa documental para complementação e aprofundamento nas especificidades do município, através dos relatórios de gestão e outros documentos oficiais.

Ressalta-se que todas as entrevistas e observações foram realizadas pela própria autora.

3.4 – Sujeitos

Por entender que o processo de trabalho é fruto das relações / ações de fatores e atores envolvidos em um contexto, tomaram-se como sujeitos do estudo os profissionais das equipes de Saúde da Família do município de Fortaleza: enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde; todos de uma mesma equipe (estando esta equipe completa segundo o SIAB), com pelo menos dois membros com experiências anteriores em Saúde da Família e pertencentes aos centros de saúde da família cujo gestor regional julgou com melhor organização de processo de trabalho, uma vez que se trata de um estudo qualitativo. O coordenador do centro de saúde da família também compôs o grupo de sujeitos, compreendendo que a função deste é de gerenciador e articulador do processo de trabalho entre equipes e integrantes da Saúde da Família.

Quanto ao número de profissionais entrevistados, optou-se pelos componentes de uma única equipe. Sendo selecionadas duas equipes: uma EqSF da secretaria executiva regional (SER) quatro e outra da secretaria executiva regional seis. A opção pelas SER IV e VI justifica-se por suas distintas características sociais, econômicas e demográficas. A SER VI é a segunda mais populosa, representa 20% da população da cidade; maior em extensão territorial e com maior número de equipes de Saúde da Família. A SER IV é a menos populosa e condição sócio-econômica razoavelmente homogênea entre seus habitantes. Ambas as regionais selecionadas têm localização estratégica para realização do estudo quanto aos custos financeiros.

3.5 – Análise dos dados

Nesta etapa, todo o material coletado foi articulado aos objetivos da pesquisa e a sua fundamentação teórica.

Após os dados terem sido registrados em áudio, foram transcritos, lidos, analisados e organizados segundo os artigos da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, *Anexo I, Capítulo II, Item 4*, que diz respeito às especificidades da ESF, com ênfase para o processo de trabalho da Saúde da Família, a citar:

- 1 - Cadastro familiar e uso dos dados
- 2 - Adscrição de território
- 3 - Planejamento segundo critérios de risco / Organização da demanda
- 4 - Prática do cuidado familiar
- 5 - Trabalho interdisciplinar e em equipe
- 6 - Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais
- 7 - Valorização de diversos saberes e práticas
- 8 – Promoção e estímulo à participação popular
- 9 – Acompanhamento e avaliação sistemática das ações

Em seguida, foi identificada a essência do que foi dito e seus significados. E finalmente, a interpretação dos resultados; articulando como realizam as prescrições da Portaria nº 648 / 2006 no cotidiano do processo de trabalho; fatores e atores de influência, relacionando com os pontos observados no momento das observações e com o que há na literatura sobre o assunto.

A análise de conteúdo, recomendada por Gomes ³¹ foi o método utilizado. *“Através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”* (p. 84).

3.6 – Ética

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ no ano 2007 e aprovado sob o protocolo nº 05 de 2008.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais entrevistados tinham idade entre 30 e 40 anos; apenas os médicos eram do sexo masculino. Graduação em universidades públicas ou privadas e tinham no mínimo dois anos de experiência em Saúde da Família. Todos os de nível superior fizeram mais de um curso de pós-graduação, dentre estes em Saúde da Família. A agente comunitária de saúde atuou no ramo doméstico anterior ao seu envolvimento com a ESF. Médicos e enfermeiros atuaram e continuam atuando na assistência hospitalar, as coordenadoras atuam exclusivamente na gestão dos centros de saúde da família, sendo uma delas enfermeira, servidora pública municipal e a outra terapeuta ocupacional, é vinculada à gestão pelo cargo de confiança e já havia atuado como gestora em saúde na gestão municipal anterior a que ora transcorre.

Quanto à rotina de trabalho, dos médicos e enfermeiros destacamos: atividades desenvolvidas no interior dos CSF, como consultas individuais, rodas de gestão e esporadicamente palestras de cunho informativo. Já no território, as visitas domiciliares são as que rotineiramente ocorrem, quando não interrompidas por eventualidades relacionadas à dinâmica dos CSF ou comunidades. Rotineiramente as atividades internas e externas são interrompidas por cursos ofertados pelo Sistema Municipal de Saúde Escola. As coordenadoras desempenham atividades exclusivamente administrativas e rotineiramente participam de reuniões nas Secretarias Executivas Regionais e Secretaria Municipal de Saúde. Os centros de saúde da família selecionados atuam no modelo de Saúde da Família há distintos períodos, sendo um (CSF A) desde 1998 e o segundo (CSF B) apenas após a expansão em 2006. O primeiro contém seis EqSF e o segundo três, este apresenta ainda profissionais veteranos da AB, como pediatras, cardiologista e clínico geral. Ambos funcionam até às 21:00h em regime de pronto atendimento, com equipes plantonistas, sem vínculo empregatício; são centros de saúde escola e acolhem médicos residentes da residência de medicina de família e comunidade ofertada pelo município. O CSF A localiza-se em um bairro de classes populares, enquanto que o CSF B localiza-se em um bairro que tem dois perfis de população, uma composta de classes populares, outra de estratos médios, não usuária dos serviços ofertados, a não ser em campanhas de multivacinação. Ambas não souberam precisar a real cobertura populacional da ESF em virtude das questões que serão a seguir apresentadas.

4.1 – Cadastro familiar e uso dos dados

O artigo I do Item 4, da Portaria nº 648 GM / 2006, refere-se à manutenção atualizada do cadastramento das famílias e indivíduos, além do uso dos dados para análise da situação de saúde:

“Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território” (p. 26).

4.1.1 – O processo

Em Fortaleza, o cadastro das famílias e indivíduos, após dois anos de expansão da Estratégia Saúde da Família, ainda encontra-se em sua fase inicial e com diversificada cobertura, considerando as realidades de cada Secretaria Executiva Regional, bairro, centro de saúde da família ou equipe. Segundo os entrevistados, a constante mudança no processo de trabalho das equipes em virtude da chegada gradativa dos agentes comunitários de saúde apresenta-se como o principal impedimento para avanço do cadastramento. Tal atraso, segundo os coordenadores entrevistados, tem gerado inconsistências no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, uma vez que os cadastros já realizados ainda não foram inseridos no SIAB, assim podendo colocar o município em situação delicada perante a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará – SESA –CE e Ministério da Saúde – MS.

A fala de uma das enfermeiras entrevistadas revela que o cadastramento está em plena realização, demonstrando o desconhecimento das EqSF quanto às famílias adscritas, e ao real dimensionamento de habitantes por EqSF:

“Nunca foi terminado o cadastro. A gente acredita que tem em torno de umas 1.800, 2.000 famílias. O outro agente de saúde completou só 500 cadastros. E agora a gente tá começando do zero. É o que a gente supõe. E são três micro-áreas, que já foi dada pela regional. Pela regional nós temos três micro-áreas divididas. (...) Mas saber quantas famílias, nunca foi feito um cadastro total” (Enfermeira).

O fato é que, as convocações / efetivações dos ACS em diferentes datas e circunstâncias geraram demandas e pelo menos quatro recomeços na organização do processo de trabalho das equipes. A efetivação dos profissionais de nível superior (enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos) e as 1ª, 2ª e 3ª efetivações dos ACS demarcaram estes recomeços. A cada nova chegada de profissionais (agosto de 2006 a agosto de 2008), foram implementados reconhecimentos e adscrições de território e clientela, cadastramentos, (re) adscrições de profissionais às equipes e capacitações:

“Agora, é novo, né? Porque eles começaram agora há quinze dias. Nós tínhamos outro cadastro, doutro agente de saúde, mas a gente viu que é outra realidade agora. Fazia mais de um ano. Eles estão iniciando o cadastro do zero. Então, são praticamente quinze dias. Então é tudo muito novo” (Enfermeira).

Tais estratégias demandam tempo e no Caso Fortaleza, apesar de planejamentos e pactuações envolverem as equipes técnicas das seis regionais, concebendo diretrizes municipais, tais estratégias ocorrem nas SER sofrendo alterações em suas formas ou na ordem das prioridades.

Um ponto positivo e considerado como estratégia marcante no processo de cadastramento é a formação técnica dos agentes comunitários de saúde. Todos os ACS efetivados estão gradativamente iniciando formação técnica articulada pelo Sistema Municipal de Saúde Escola, Célula Municipal de Atenção Básica e promovida pela Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE. Este curso é sistematicamente acompanhado e avaliado pela célula de atenção básica municipal e das seis regionais, ocorre em momentos e atividades teóricas e dispersivas³² e tem disparado e direcionado algumas ações em massa, como o cadastro ora citado:

“(...) Depois da seleção que houve eu assumi a área onde eu moro. Então nós participamos do curso, que na primeira fase nós fizemos 40% do cadastro (...) é o curso técnico de agente de saúde. E na segunda fase a gente fez o restante. Aí depois do curso a gente teve um mês de dispersão e nesse mês a gente foi cadastrar as famílias” (Agente comunitária de saúde).

4.1.2 – Como cadastrar

Ressalta-se que quanto ao *como* é realizado o cadastramento, os profissionais apontaram duas formas: via ACS por meio da Ficha A e via recepção dos centros de saúde da família, por meio do sistema informatizado de prontuários: “*Esse cadastramento é feito pelo agente de saúde*” (**Médico**), titubeia o médico com afirmativa aparentemente distante de seu dia-a-dia de trabalho.

Contudo, afirma-se que este cadastramento realizado na recepção das unidades, citado pelos profissionais, consiste na abertura do prontuário do usuário no centro de saúde, e não deve ser entendido como o cadastro definido na PNAB.

Mediante análise das falas dos entrevistados e das observações realizadas, percebeu-se que o cadastramento ocorre de forma mecânica e não com o devido entendimento e apropriação da conceituação de *vínculo*, ora porque se percebe um baixo acompanhamento do processo pelas equipes - especificamente os enfermeiros que segundo a Portaria em estudo são os responsáveis técnicos pelos ACS, ora porque os métodos realizados no município não são associados um ao outro. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde ⁹, sugere que:

“No cadastramento das famílias deverão ser identificados os componentes familiares, a morbidade, as condições de moradia, o saneamento e condições ambientais, devendo-se a partir daí ser iniciado o estabelecimento do vínculo da comunidade com a unidade de saúde / equipe do PSF”.

No município de Fortaleza, os prontuários ocorrem de forma informatizada. Este sistema, apesar de ser uma ferramenta tecnológica importante, impede a organização familiar dos prontuários, uma vez que só permite a disposição de forma individualizada, além de ter separado o prontuário da saúde bucal. Tal sistema, tem se apresentado, por vezes, como uma significativa barreira administrativa, uma vez que determinados procedimentos estão vinculados ao cadastro inicial do usuário no sistema, ou seja, ao centro de saúde em que o usuário realizou o cadastro pela primeira vez.

O Cartão SUS, assim chamado, possibilita, entre outros serviços, o acompanhamento da produtividade profissional, o consolidado dos serviços realizados pelo centro de saúde da família, segundo o período desejado, além de possibilitar o

acesso ao prontuário do usuário em qualquer CSF do município informatizado com o sistema.

Contudo, a tecnologia à disposição deve ser associada à prática de cadastramento realizada pelos ACS, assim como sugerido pelos profissionais: “(...) os agentes de saúde foram nas casas, cadastraram naquela Ficha A e convidaram as pessoas a comparecer ao posto prá fazer o cadastro aqui (...)” **(Enfermeira)**.

“Na verdade, o certo são esses cadastros serem passados da ficha pro computador. Esse é o caminho correto. (...) não tinha o agente de saúde, então o cadastro era feito direto pela própria pessoa. Aí, com o agente de saúde, ele faz o cadastro da família” **(Médico)**.

Não basta, porém, que o convite às famílias seja realizado, o ideal é que seja implementada uma estratégia para associação do cadastro realizado em Ficha A ao cadastro no sistema informatizado, entendendo que este último representa a abertura do prontuário do usuário no centro de saúde da família e que o diálogo, entre as equipes e os profissionais da recepção das unidades, é essencial para a manutenção da atualização dos dados adscritos. Embora o cruzamento das duas formas de cadastro tenha sido citado, por médicos e enfermeiros, como estratégia ideal para otimização do cadastramento, não se observou tal prática.

4.1.3 – Uso dos dados

Quanto ao uso dos dados do cadastramento da clientela para análise da situação de saúde, o percebido é que sua utilização é muito baixa e que não é utilizada de forma cotidiana:

“Esses dados... é pra ser, certo? Isso a gente deixa muito por equipe. Cada mês é prá ter uma reunião de equipe. Mas isso tá acontecendo muito falho, sabe? Não tá realmente acontecendo não, até por conta da questão da chegada dos agentes de saúde, da reorganização da territorialização... que a gente tá com esse grande problema... então isso ainda tá muito falho” **(Coordenadora)**.

Como o processo de cadastramento das famílias ainda encontra-se em fase inicial, percebe-se uma variada utilização dos dados, a depender do perfil e organização das equipes. As falas dos entrevistados se contradizem entre as categorias profissionais; entre as entrevistas e as observações realizadas e em relação ao contexto de

cadastro das famílias já supracitado: “*Não vou dizer que uso, porque a gente não usa*” (**Médico**). Percebe-se que o profissional médico pouco se apropria das informações, com exceção daqueles envolvidos na residência de medicina de família e comunidade que ocorre no município. No entanto, ainda é variada a motivação para a utilização dos dados entre os integrantes das equipes dentro do mesmo centro de saúde. Os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde destacam-se como aqueles que buscam, embora esporadicamente, a utilização das informações coletadas: “*Eles são mais utilizados quando a gente quer fazer alguma consulta, se está em dúvida sobre algum domicílio, sobre os membros daquela família, a gente pede ao agente de saúde prá consultar (...)*” (**Enfermeira**).

“(...) a gente, detecta, por exemplo, quem usa água da cacimba, quem não usa, se estão empregados, se estão desempregados... Aí em cima disso o quê a gente faz? A gente promove algumas palestras sobre a água, como a água deve ser tratada... Porque na minha área eles usam muita água do chafariz e a gente sempre explica que para uma água ser potável, a água de um poço, ela precisa estar a dez metros de qualquer domicílio. E lá não, estão muito perto. Lá a gente orienta a clorar a água com hipoclorito, e se não tiver hipoclorito, com aquela água sanitária que não contém perfume. E em relação à moradia, tem muitas moradias que não têm nenhuma estrutura. Então a gente faz assim: já que a gente não pode dar uma estrutura melhor prá casa deles, a gente orienta prá tentar higienizar a casa, porque não se deve confundir sujeira com pobreza. Então é tentar organizar porque isso aí não depende da gente, né? A gente orienta mais ou menos que eles vivam dentro das possibilidades deles, mas que eles podem melhorar, mesmo sem ter muito dinheiro” (**Agente comunitária de saúde**).

Contudo, segundo os profissionais, apesar da não utilização sistemática para análise e planejamento, algumas condições sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas da clientela são conhecidas e levadas em conta para a discussão e elaboração de estratégias locais:

“A minha clientela é extremamente carente. Mas a minha clientela tem um risco a mais porque além de ser muito carente, ela é de uma área extremamente perigosa, onde tem tráfico, onde todas as semanas a gente já começa com alguma notícia de óbito, de assassinato. É uma clientela que vive acuada dentro da comunidade porque praticamente não pode sair de dentro da comunidade. Então a gente tem de muitas vezes que ir fazer o

atendimento lá. Lá tem uma rivalidade entre gangues e por conta dessa rivalidade eles ficam reféns dessas gangues e fica complicado o atendimento... então a gente tem que criar estratégias prá chegar lá nessa comunidade. E é muito pobre, a maior parte são profissionais que trabalham em subemprego, faxineiras, geralmente não têm carteira assinada, catadores de lixo... é uma comunidade extremamente carente” (Enfermeira).

Todavia, há de se considerar que não é possível aventar cadastramento, sem que outras discussões e estratégias transcursem, a citar: responsabilização sanitária, definição de áreas de abrangência dos centros de saúde da família / equipes e dimensionamentos de famílias / indivíduos por agente comunitário de saúde e equipes. Da mesma forma que não é possível discutir territórios sem um prévio conhecimento da realidade local. Como é possível debater os limites territoriais e definir responsabilidades sanitárias sem que tenhamos o conhecimento das potencialidades e limitações da clientela? Afirma Andrade et al ¹³ que “*a adscrição de clientela é concomitante e interdependente da definição de território*” (p. 91).

Enfim e reiterando: como o cadastramento encontra-se em execução e permeado pelas variáveis apresentadas, a utilização dos dados sofre a mixórdia do processo.

4.2 – Adscrição de território

Para Monken & Barcellos ³³ a atuação em uma delimitação espacial é um dos pressupostos para a organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde. O território caracteriza-se por ser muito além de uma simples delimitação geográfica ou de um espaço político operativo do sistema de saúde, é nele onde ocorrem as inter-relações população – serviços,

“caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção” ³¹ (p. 898).

Mendes & Donato³⁴ reiteram que o processo de apropriação de território “(...) *permite conhecer as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem e amam a depender do segmento social em que se situam*” (p. 40), como constatado nas falas coletadas:

“(...) nós temos áreas diferenciadas (...). Então nós temos (...) uma área muito violenta, com pessoas que trabalham, domésticas, donas do lar... nós temos também muito traficante na área, bastante traficante... inclusive a gente acabou de saber que a gente tava fazendo estudo de um paciente... eu soube agora que ele faleceu com vários tiros na cabeça. Então assim... nós temos uma área de muita violência. A área próxima à unidade é mais calma. São pessoas que vivem de hortaliças, pessoas que vivem do mar ... também tem a praia perto, lagoas.. .pescaria... domésticas, do lar, empregos informais” (Coordenadora).

“(...) É uma área se confrontando com a outra. A azul é assim. Eu sempre digo à doutora: ‘Doutora, agora você tá em maus lençóis’ Porque na minha área ela vai atender os rivais da outra área dela (...). Aí fica aquele confronto. Tem dia que eu vou só, e as meninas: ‘Ei! Não sai não!’ Quando eu olho na esquina, tem dois, três na rua... ‘pei! pei! pei!’ Aí quer dizer, essa violência... Prá eles virem aqui no posto eles têm que atravessar por outro lado... são tudo vigiado” (Agente comunitária de saúde).

O artigo II do Item 4, da Portaria nº 648 / 2006, registra como um dos marcadores para o desenvolvimento do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família a “*definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua*”¹⁴ (p. 26).

Em Fortaleza, o reconhecimento do território tem sido um dos pontos-chaves para a implementação da ESF, uma vez que o modelo médico-centrado anteriormente vigente não ocorria sobre base territorial. A delimitação e reconhecimento dos territórios ou áreas de responsabilidade sanitária dos centros de saúde da família, equipes e agentes comunitários de saúde, têm sido largamente discutidas e permeadas por diversos fatores urbanos. Estes, inclusive apontam-se como dificultadores dos processos de trabalho da Estratégia na cidade, como a violência urbana tão citada nas falas dos sujeitos da pesquisa.

4.2.1 – Classificação de riscos e equidade

Os primeiros passos para o reconhecimento dos territórios da cidade como parte do projeto de expansão da Saúde da Família, ocorreram em 2005 quando técnicos da Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com os técnicos das Secretarias Executivas Regionais e agentes comunitários de saúde dos centros de saúde da família mapearam 2.627 microáreas - MA segundo classificação de risco. Por meio da definição e quantificação das microáreas de risco foi possibilitada a seleção pública dos agentes comunitários de saúde seguindo a Lei 10.507³⁵, que define o trabalho dos ACS condicionando sua atuação ao seu local de residência²⁴.

Para proceder ao mapeamento, a classificação de risco utilizou dados e informações intersetoriais com referência em marcadores de situação de risco²⁴ (Fortaleza, 2007), tais como: moradias expostas à condições ambientais (desabamentos / erosões, alagadiços, mangues, canais, lagoas, dunas, riachos etc), à infra-estrutura restrita (acesso a saneamento básico, estrutura das residências) e renda. Assim, às microáreas foram atribuídos limites quantitativos médios de população, condicionados aos graus de risco definidos como: Risco 1- 500 habitantes, Risco 2- 700 habitantes, Risco 3- 1000 habitantes e Risco 4- maior que 1000 habitantes³⁶.

As microáreas de risco 1 caracterizam-se por serem extremamente carentes sob o ponto de vista sócio-econômico e de infra-estrutura dos imóveis e da área, mas distinguem-se por reunirem residências em situação de risco ambiental. As de risco 2 assemelham-se às condições da primeira, no entanto isentas dos fatores ambientais sendo geralmente vizinhas as de risco 1. Microáreas de risco 3 abrigam a população de classe média da cidade enquanto que as áreas nobres, comerciais, industriais ou desabitadas são consideradas de risco 4²⁴. A organização das microáreas condicionada a um critério populacional significa que aquelas de maior risco social (o Risco Prioritário: R1 a R4) apresentam um menor número populacional, possibilitando assim um melhor acompanhamento por parte dos agentes comunitários de saúde e suas equipes.

Assim, quando as EqSF assumiram suas lotações e iniciaram a adscrição das microáreas, a deliberação do município foi que as equipes absorvessem as MA obedecendo a seqüência de Risco Prioritário (R1 – R4): *“E pegamos também a questão do risco... e grau de risco. Quanto mais elevado o grau de risco... aí foi priorizado dessa forma”* (Médico).

Heimann & Mendonça ¹¹ registram que a expansão do acesso aos serviços da atenção básica à saúde, que vêm ocorrendo desde a Conferência de Alma Ata, também “*experimentou uma aproximação com as necessidades sociais, associando intervenções públicas às condições de pobreza e promoção da saúde*” (p. 483). Desta forma, a classificação em microáreas de risco em Fortaleza, buscou atender esta associação e busca o enfoque do processo saúde-doença por meio dos conceitos de vulnerabilidade social, produção social da saúde e equidade da atenção.

Afirmam Monken & Barcellos ³³ que, “*a atenção voltada para a produção social da saúde das populações, gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença*” (p. 899). Assim, priorizadas as microáreas, conhecendo as condições de vida das populações, suas dinâmicas e vulnerabilidades, as equipes estariam mais embasadas para direcionar e singularizar suas ações focando as comunidades de maior vulnerabilidade social, ou seja, aquelas com restrições de acesso aos serviços. A violência urbana tão presente no cotidiano das EqSF é uma das questões sociais que têm sido enfocadas na cidade, como se pode perceber ao analisar a fala de uma coordenadora de CSF entrevistada: “*(...) a gente tem esse problema de ter duas gangues dentro de uma área só, por isso a gente também tem que trabalhar a territorialização, dividir até as gangues*” (Coordenadora).

Carneiro Jr. & Silveira ³⁷ descrevem a experiência de um centro de saúde na cidade de São Paulo que privilegiou o acesso à saúde dentro dos princípios da equidade e da “*discriminação positiva*” (p.1827). O estudo apresentado demonstra possibilidades de implementação de políticas públicas capazes de dar respostas singulares a grupos singulares, ou seja, àqueles que vivem graus acentuados de vulnerabilidade e marginalidade no acesso aos bens e serviços. Os autores chamam a atenção que no Brasil ainda “*são necessárias muitas lutas sociais cada vez mais amplas e articuladas*” (COHN, 2001 in Carneiro Jr. & Silveira, p. 1.828) para que de fato ocorra a “*justiça social*” ³⁷. Reiterando que a construção da cidadania no país tem uma força forte de concessão do Estado, denominando-a como “*cidadania concedida*” ³⁷ (SALES, 1994 in Carneiro Jr. & Silveira, p. 1.828) e que o caminho de alcançá-la, considerando que a sociedade brasileira é injusta e desigual, é tomando como recurso teórico-conceitual a equidade.

Os autores comentam que é preciso cuidado na implementação da equidade, uma vez que esta “*discriminação positiva*”³⁷ (p. 1.834) pode fazer com que a capacidade de autonomia dos indivíduos seja prejudicada, “*tornando-os dependentes de políticas compensatórias.*”³⁷ (p. 1834) A priorização das microáreas de risco realizada no município, além de seguir a equidade, princípio do Sistema Único de Saúde, norteou o início da implementação das novas EqSF na capital, tratando-se de uma política de inclusão, assim como sugerido pelos autores citados.

Este mapeamento materializou-se quando as EqSF recém efetivadas no concurso público de 2006 assumiram suas lotações e iniciaram inúmeros processos de reconhecimento e adscrições de território. Neste contexto, duas estratégias adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde foram marcantes para o processo de definição e adscrição dos territórios e para a implementação da Estratégia Saúde da Família na capital, sendo: duas gratificações financeiras aos profissionais efetivos (enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos) da ESF considerando a distância do centro da cidade e a atuação em área de risco 1³⁸, e a orientação de adscrição prioritária das equipes às áreas e microáreas de risco 1, como já citado. Desta forma, estariam sendo contemplados alguns dos marcadores urbanos na implementação da ESF da cidade como a resistência de atuação em áreas de periferia e a ocorrência de violência urbana, uma vez que esta repercute no cotidiano das equipes contribuindo para elevar a rotatividade profissional³⁹.

“Trabalhamos cada um com o nosso território. Eu atendo as pessoas que são do meu território. Agora, ocorre às vezes de atender de outras áreas ou então daquelas áreas que chamam de influência, porque não tem equipe para toda a área. Então, foi dividida aquelas áreas de risco maior, dividido pelas equipes e tem uma área que fica descoberta, que é chamada área de influência; que aí ficam responsáveis por todos, por todas as outras equipes. Aí, mas nessas áreas a gente só faz aquele atendimento, digamos de urgência, ela fica fora do acompanhamento, das visitas, ela não faz parte daquele acompanhamento, da nossa rotina diária” (Médico).

4.2.2 – A diversidade

No entanto, por meio da pesquisa constatou-se que algumas equipes ou centros de saúde da família têm claramente definidos seus territórios adotando inclusive as orientações e referenciais teóricos apontados pela gestão municipal da saúde. Já

outras ainda não conseguiram defini-los ou não adscreveram as microáreas prioritárias: “(...) existe uma desorganização em relação ao território. Esse é o grande problema que eu vejo no PSF” **(Coordenadora)**.

Ocorre que apesar do comando municipal, nem todas as microáreas de risco 1 estão cobertas por EqSF, ora por ainda baixa cobertura populacional da ESF, não sendo suficiente para cobrir todas as R1 - principalmente nas regionais onde a situação sócio-econômica é mais baixa⁴⁰, ora por resistência de alguns profissionais em adentrar na atuação destas localidades:

*“Quando a gente iniciou aqui, há quase dois anos, a gente foi fazer uma nova territorialização na proposta do risco 1, risco 2, risco 3 e a gente ainda não conseguiu implantar porque ficou muita família para as equipes, ficou em torno de duas mil famílias. Então, a gente ainda tá trabalhando com a velha, com a territorialização antiga. E a população já era acostumada a procurar a equipe, já sabia qual era a equipe, então assim tá funcionando, mas a gente tá tentando ver se consegue tornar mais fácil pra comunidade e pra gente também porque chegaram novas áreas e a gente tá tentando ver como é que faz pra atender essas novas áreas” **(Enfermeira)**.*

Ademais, registra-se também que algumas equipes mantiveram as adscrições anteriores à expansão da ESF, não seguindo a priorização dada pela gestão municipal resultando inclusive em dimensionamento inadequado de famílias por equipes: “(...) é tanto que minha área mesmo é muito maior do que sugere o Ministério da Saúde porque eu tenho... parece que são 1.700 famílias. Eu até me assustei quando eu vi” **(Médico)**.

Ocorre que devido ao número ainda insuficiente de equipes no município, estas têm desenvolvido diversas formas de adscrever os territórios e de desenvolver a organização da demanda. Dentre as estratégias de adscrição e territorialização observadas, destacam-se:

1 – O dimensionamento de habitantes por equipe (4.000 / EqSF) preconizado pela Portaria nº 648 GM / 2006, resultando em quatro diferentes situações de adscrição:

- (a) Cobertura por EqSF de apenas uma parte da área de abrangência do centro de saúde, levando a coexistência de uma área sem cobertura da Estratégia, fato que confunde os usuários do serviço.

- (b) Cobertura por EqSF de apenas uma parte onde a outra, sem EqSF, é considerada de Influência. Sendo a responsabilidade sanitária desta Área de Influência planejadamente dividida com todas as EqSF da unidade.
- (c) Cobertura por EqSF de apenas uma parte, sendo o restante da área de responsabilidade de todos os profissionais veteranos da atenção básica existentes no centro de saúde.
- (d) Cobertura por EqSF de uma parte, tendo a responsabilidade sanitária do restante dividida ajustadamente ao número de profissionais veteranos da atenção básica, ocorrendo inclusive na formação de equipes.

2 – O dimensionamento de habitantes por equipe não segue o recomendado (4.000 / EqSF) pela Portaria nº 648 GM / 2006, resultando na divisão de toda a área de abrangência ajustada ao número de equipes existentes no centro de saúde da família. Esta estratégia ocasiona a cobertura de todo o território por EqSF, no entanto gera uma atuação prejudicada da ESF uma vez que as EqSF não dão conta de garantir uma atenção de qualidade em virtude da grande quantidade populacional.

Estas diferentes situações coexistentes, mesmo numa mesma SER, geram dificuldades e impossibilitam a melhor organização do processo de trabalho. No item 3 deste capítulo serão discutidas as repercussões de tais estratégias na organização das atividades dos centros de saúde da família e equipes. Foi constatado que algumas equipes já utilizaram mais de uma destas estratégias citadas até encontrar aquela mais adequada as suas realidades:

“(...) Com a chegada desses profissionais, a gente tá sempre se organizando, se organizando. Então até hoje a gente tá esperando os agentes de saúde prá fechar a área, prá organizar. E eu esperei muito, eu, particularmente, criei uma expectativa em relação a essa especialização, em a gente consertar esse problema da territorialização... que eu bato bastante isso na regional (...) porque tá mexendo muito comigo e eu não vejo outras coordenadoras falarem no assunto, mas comigo tá mexendo demais a questão da territorialização... que tudo começa por aí, né? (...) é pela necessidade que a gente tá ouvindo, é questão de ouvir mesmo os usuários sempre pedindo: ‘O que é que eu faço? Prá onde é que eu vou?’ ” (Coordenadora).

Em virtude deste contexto multivariado no que diz respeito à adscrição de território, o curso de especialização ofertado pelo município buscou a discussão da pauta. É evidente o desconforto dos gestores locais quanto à incerteza na definição do território de abrangência da unidade de saúde que gerenciam. Tal desconforto é relevante uma vez que a materialização da ESF no nível local dar-se-á por meio da territorialização em saúde²⁴. A organização da demanda, o planejamento das atividades e a responsabilização sanitária das equipes ficam todas prejudicadas em detrimento das incertezas ocorridas ainda após dois anos de expansão da Estratégia.

4.2.3 – Os atores

Oportuniza-se acrescentar que a definição dos territórios deve acontecer de forma coletiva, ou seja, envolvendo as unidades de saúde circunvizinhas, discutindo barreiras físicas, sociais, percursos, capacidade instalada dos serviços de saúde, perfil epidemiológico etc. Nesse contexto surgirão conflitos, complacências, acordos, áreas de litígio e certamente serão inúmeras às vezes em que as equipes estarão reunidas para tal pauta. Assim, afirma-se: “(...) o território nunca está pronto, mas sim em constante transformação. Ao mesmo tempo em que território é um resultado, é também condição para que as relações sociais se concretizem”³⁴ (p.40).

No Caso Fortaleza pode-se perceber que enfermeiras, agentes comunitários de saúde e coordenadores, ao contrário dos médicos, demonstram maior conhecimento do território e estratégias de adscrição. Estes demonstram dificuldades de entendimento ou de maior detalhamento quanto ao processo. Excetuando-se os médicos residentes ou preceptores da residência de medicina de família e comunidade, uma vez que como a pauta do território é estruturante da Estratégia Saúde da Família está presente de forma transversal por todo o curso. Para Monken & Barcellos³³ o reconhecimento do território é um:

“passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como a avaliação dos impactos dos serviços de saúde sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população (...)” (p.899).

Um ponto marcante na definição dos territórios das equipes ou dos centros de saúde da família foi a seleção pública dos agentes comunitários de saúde. Alguns ACS não aprovados na seleção pública, mas que ocupavam as funções desde gestões

municipais anteriores, efetivaram junto à Justiça o direito de manterem-se nas vagas uma vez que provaram a participação em seleções públicas precedentes. Tal feito ocasionou a admissão de ACSs de forma aleatória à adscrição do território das equipes de Saúde da Família, dada a microárea de moradia destes agentes – a ACS sujeito da pesquisa encaixa-se neste universo. Assim, a definição de territórios vem sendo construída considerando as variáveis já inerentes a um processo de territorialização e somadas às interfaces administrativas e singulares do processo na cidade.

Todavia, todas as questões apresentadas estariam melhor controladas caso houvesse acompanhamento sistemático por parte das equipes técnicas das SERs e o perfil técnico dos coordenadores dos centros de saúde da família atendesse às demandas de uma gestão em Saúde da Família, principalmente se consideradas as interfaces urbanas da implementação da ESF numa grande metrópole. Interfaces estas que dificultam a implementação e gestão do processo. Afirma Viana et al ³⁹ que apesar da grande oferta de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, estes enfrentam dificuldades na organização da Atenção Básica. SOUZA apud Viana et al ³⁹ alerta: “*a cidade, então não mais desempenha funções realiza contradições*” (p. 579).

As caracterizações da clientela e do território descritas pelas equipes retratam singularmente a fotografia urbana da implementação da Saúde da Família, como: adensamentos, mobilidades e ocupações populacionais, densa rede de média e alta complexidade, baixa apropriação da comunidade quanto ao novo modelo de atenção, infra-estrutura residencial, condição social e econômica restritas, sazonalidade em saúde e violência urbana.

“(...) a nossa área é a área mais distante do posto. Ela se localiza numa grande avenida, em frente à minha área tem um hospital... que é onde a população mais procura atendimento. Em decorrência disso, da distância e da impossibilidade muitas vezes da comunidade poder vir ao posto por questão de violência (...)” (Enfermeira).

“É uma comunidade pobre, não tem infra-estrutura nenhuma, não tem saneamento, não tem banheiro, as fossas são aquelas abertas... vivem em casas de alvenaria, mas minúsculas - tem família que vive com três, quatro crianças em um quarto - e praticamente eles sobrevivem dentro dessa comunidade em total estado de penúria. Nós temos crianças que não freqüentam a escola porque não podem ir à escola por conta da violência...” (Enfermeira).

As diferentes situações locais sejam elas inerentes às comunidades, às equipes ou à gestão municipal, retratam o contexto de expansão da ESF em que se encontra Fortaleza. Tais variáveis somadas ainda à baixa cobertura populacional da ESF, à capacidade instalada dos serviços de saúde e ao pouco interesse da categoria médica na medicina de família, influem diretamente no processo de territorialização.

Contudo, já passados dois anos da expansão, faz-se necessário que seja desenvolvido um processo de territorialização da cidade envolvendo simultaneamente e em massa as equipes de Saúde da Família. Sendo para isso necessário, o fortalecimento do perfil técnico dos coordenadores dos centros de saúde da família e o acompanhamento do processo por parte de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e Regionais, prévios e uniformemente preparados para que o produto alcançado tenha de fato o padrão desejado pela gestão municipal da saúde.

4.3- Planejamento e implementação das atividades segundo os riscos à saúde / Organização da demanda

4.3.1 – Coexistência de modelos de atenção

Por meio da análise do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde ², em 2005, ano anterior à expansão da ESF em Fortaleza, coexistiam visivelmente dois modelos de atenção básica à saúde, pois das 89 Unidades Básicas de Saúde, somente 26 eram Unidades Básicas de Saúde da Família - UBASFs. Esta mistura de modelos tem sido encontrada em outros municípios de grande porte, não sendo prerrogativa somente de Fortaleza ¹¹. Assim, o município continha e ainda contém muitos profissionais que atuam na rede de atenção básica, dentre estes, enfermeiros, pediatras, gineco-obstetras, clínicos gerais, alguns médicos especialistas e cirurgiões dentistas. A análise das falas revelou que: no período anterior à expansão, as atuações dos enfermeiros eram restritas aos programas de saúde o que fazia com que estes profissionais delimitassem seus atendimentos segundo suas aptidões e habilidades no manejo de cada programa. Os cirurgiões dentistas operavam exclusivamente na clínica odontológica, inclusive aqueles da ESF. Ações de promoção da saúde, de caráter preventivo e coletivo inexistiam. Existiam ainda agentes comunitários de saúde nas unidades que não eram UBASFs, estes operavam totalmente desconectados de qualquer profissional das unidades.

Embora as UBASFs apresentassem alguns ACSs, estes não eram suficientes para a plena implementação da ESF. Apresentavam o vínculo empregatício terceirizado e o ingresso na rede afeiçoado por indicações alheias ao perfil técnico exigido para a função. Os ACS atuavam diretamente ligados à coordenação das unidades, sem planejamento de suas atividades e distantes de intervenções para a promoção da saúde dos indivíduos / famílias. Muitos não operavam no território de residência, nem no mesmo bairro e sequer na mesma regional. O trabalho consistia em acatar serviços demandados pela coordenação a depender da dinâmica das unidades a cada temporada. Dependendo das realidades de cada unidade de saúde estes profissionais atuavam inclusive em serviços administrativos, como recepcionistas, marcadores de consultas especializadas, atendentes médicos etc. Já em território, uma atividade que demarcou a época foi a entrega de resultados de exames ou confirmações de consultas / exames especializados em domicílio. Constatou-se por meio da fala da ACS entrevistada que esta atividade atualmente é bastante criticada pela categoria, e que no período passado sentia-se subutilizada:

“O fato que me marcou foi chegar e o agente de saúde não exercer o seu papel, ser pombo-correio (...). Eu fiquei chocada. (...) ela entregava os encaminhamentos, ficava aqui na unidade”
(Enfermeira).

Destarte, esta conjuntura que se manteve ao longo dos anos, habituou trabalhadores e usuários à prática curativista e a atenção focada no atendimento médico. Com a chegada das equipes de Saúde da Família, o grande desafio foi (e continua sendo!), reconstruir o modelo de atenção simultaneamente a coexistência de profissionais cujas formações ocorreram em dois períodos bem distintos e marcantes para o processo de construção do sistema nacional de saúde pública: pré-SUS e pós-SUS, pode-se assim denominar. Como organizar uma demanda que ao longo dos anos embasou sua busca pelo serviço de saúde focada na doença, na cura e na consulta médica? Como delimitar agendas com base territorial e de responsabilização sanitária, se por muitos anos o que importou foi o serviço e não o profissional? Como explicar para a comunidade que o agendamento baseado na vulnerabilidade e no risco e não na ordem de chegada fazem parte de uma ferramenta de mudança? Como justificar e entender que a enfermeira ou o médico de família são tão qualificados quanto o especialista? Como convencer a EqSF que a doença aguda também é seu campo de atuação? Tais questionamentos retratam perfeitamente as principais dúvidas,

inquietações e insatisfações de usuários, trabalhadores e gestores da rede de atenção básica. E todas elas fazem parte do cotidiano de trabalho dos centros de saúde da família de Fortaleza na busca da organização da demanda, do planejamento e implementação das atividades. Desta forma, é preciso desenvolver estratégias de organização da demanda simultaneamente às estratégias de integração dos profissionais inseridos nos CSF.

Para que possam ser compreensíveis as estratégias utilizadas pelo município e verbalizadas pelos entrevistados, faz-se necessária a visualização do cenário da rede básica após a chegada da EqSF:

1 – Unidades que não eram UBASFs até 2006: passaram a ser Centros de Saúde da Família contendo equipes de Saúde da Família e profissionais veteranos da rede de atenção básica;

1 – Unidades que já eram UBASFs desde 1998: tiveram suas equipes substituídas e/ou aumentadas por profissionais concursados.

Os centros de saúde, cenários deste estudo, encaixam-se nestas duas situações.

4.3.2 – Responsabilidade sanitária

Com estes dois cenários, diferentes estratégias de organização da demanda observadas vêm sendo postas em prática, a depender da cobertura populacional da ESF na área de abrangência dos CSF e da adscrição de território pelas EqSF, a mencionar:

1 – Nas unidades que não eram UBASFs até 2006 e passaram a ser Centros de Saúde da Família contendo equipes de Saúde da Família e profissionais veteranos da rede (**Centro de Saúde da Família B**):

- (a) Onde a cobertura por EqSF é de apenas uma parte da área de abrangência do centro de saúde, levando a coexistência de uma área sem cobertura da Estratégia: (a1) os veteranos assumem por completo, a demanda de consultas e serviços desta área ‘não coberta’, porém sem divisão de responsabilidade sanitária entre eles ou (a2) a responsabilidade sanitária do restante é dividida ajustadamente ao número de profissionais veteranos da atenção básica, ocorrendo pontuais casos de formação de equipes.

- (b) Onde a cobertura da ESF é de 100% (raros casos), os profissionais veteranos atuam como integrantes a mais da demanda diária, ocorrendo em poucos casos o Matriciamento dos especialistas locais.

Em ambas as situações – 1 / a1 e a2 - a grande maioria dos veteranos assumem apenas os serviços internos como consultas individuais ou outros procedimentos, ficando as demais atividades, especialmente as extramuros a depender das EqSF, como grupos, investigações epidemiológicas, visitas domiciliares e a vigilância em saúde de uma forma geral.

2 – Nas unidades que já eram UBASFs desde 1998 e tiveram suas equipes substituídas e/ou aumentadas por profissionais concursados (**Centro de Saúde da Família A**):

- (a) Onde a cobertura por EqSF é de apenas uma parte: (a1) a outra, sem EqSF, é considerada de Influência e sua responsabilidade sanitária planejadamente é dividida com todas as EqSF da unidade ou (a2) a área sem EqSF é assistida por qualquer EqSF a depender das situações do momento.
- (b) Nas situações em que toda a área de abrangência do CSF foi dividida ajustadamente ao número de equipes, a oferta e realização dos serviços seguem a mesma divisão, porém formatando uma enganosa cobertura total, pois o dimensionamento de habitantes por equipe não segue o preconizado pelo MS.

Todas estas situações apresentadas foram experimentadas e relatadas pelas equipes e têm uma importância fundamental no mecanismo de agendamento de consultas individuais, uma vez que este serviço é o que se sobressai em quantidade no dia-a-dia dos CFS e que estas consultas apresentam-se como um dos momentos disponíveis para vinculação dos indivíduos aos respectivos profissionais. As demais atividades, também são direcionadas seguindo estas divisões, uma vez que é como a realização de um ‘desmame’, um remanejamento ou um processo de formação de vínculos e de responsabilidades sanitárias, conforme os depoimentos que seguem:

“Basicamente é o seguinte: se a pessoa fizer parte da área coberta por PSF, ela vai ser atendida primeiro pelo Médico do PSF, ou a enfermeira, a equipe do PSF. Se ela fizer parte da área não coberta pelo PSF ela vai ser atendida pelo clínico geral e se ela for uma criança, pelo pediatra (...) que era o

molde antigo de atendimento, isso das áreas não cobertas. Então eles cumprem, esses funcionários, 20 horas mais essas áreas não cobertas” (Médico).

“Com relação ao posto de saúde, é bem delimitado. Você sabe exatamente aonde vão os limites das nossas áreas. A gente tem duas: do PSF: a gente tem as nossas áreas cobertas com PSF, e tem as nossas áreas do posto, que fazem parte do posto, mas não são cobertas pelo PSF. Só que as áreas do posto são respeitadas. O que não é respeitado fielmente é por exemplo, a área da equipe 1 do PSF (...) eu vou atender somente a clientela da equipe 1. Aí a gente não pode fazer isso, a gente não atende aqui no posto porque a gente estaria ferindo o princípio da universalidade, né? (...) Então a gente procura ter uma responsabilidade sobre aquela área, a responsabilidade sanitária, mas atendendo pessoas de outras áreas ou de áreas não cobertas. Mas o posto sabe exatamente onde estão os seus limites. Agora o próprio posto também não pode se negar ao atendimento” (Médico).

O conceito de responsabilidade sanitária, citada na fala acima, foi bastante repetido entre os profissionais entrevistados. Os mesmos referem a necessidade de assistir a toda a população da área de abrangência da unidade de saúde, buscando não ferir com o princípio da universalidade. Porém, foi observado que esta responsabilidade sanitária se concentra principalmente nas atividades clínicas – consultas individuais e visitas domiciliares.

4.3.3 – Diagnóstico local

O diagnóstico local permite o reconhecimento das singularidades da clientela e do território adscritos para organização das atividades focada nas necessidades da comunidade, com este instrumento pode-se monitorar a realização das atividades desenvolvidas, possibilitando também a avaliação e readequação das mesmas:

“A partir do diagnóstico a gente fez um cronograma com os horários de atendimento dando prioridade à população de maior risco. Então, por exemplo, na nossa área nós temos muita criança. E nós tínhamos um dia apenas prá atendimento das crianças. A partir do diagnóstico isso já foi mudado, nós já colocamos dois dias na semana prá atender a essa demanda. Nós tínhamos dois dias de prevenção e nós vimos que a procura, que a necessidade era menor, então nós reduzimos. Ele [diagnóstico da clientela] serviu prá organizar basicamente o atendimento conforme a necessidade e o risco da comunidade” (Enfermeira).

Para o planejamento das atividades, também ocorreram distintas táticas. As EqSF lotadas em unidades que continham profissionais veteranos da AB (**Centro de Saúde da Família B**) puderam reconhecer com mais tranquilidade as áreas e as realidades das comunidades e do funcionamento dos CSF, podendo realizar diagnósticos prévios – embora rápidos, identificar riscos / vulnerabilidades e levantar sugestões de mudança na organização do serviço local de saúde:

“Quando a gente assumiu o concurso tivemos quase um mês só reunião da equipe, tentando fazer territorialização e aí a gente foi logo conhecer a área, ver quais eram as condições e fez depois o diagnóstico de saúde em cima das informações das agentes de saúde, porque elas conheciam há mais tempo. A gente tentou ir lá, reconheceu a área, fizemos algumas visitas domiciliares prá conhecer a comunidade, mas o diagnóstico... ele é um processo que não acaba nunca... coisas que no início não tinham sido detectadas, hoje em dia a gente tá conhecendo” (Enfermeira).

Já naquelas unidades em que as EqSF substituíram as antigas equipes (**Centro de Saúde da Família A**) tendo que assumir o serviço em andamento, o processo de reconhecimento foi diferenciado, chegando a adotar os cronogramas já montados, sendo gradativamente alterados ao longo do tempo:

“O que nós fizemos foi pegar mais ou menos o que já havia, fizemos algumas adaptações da divisão de atendimento, da clientela, (...) já pegamos a experiência anterior, porque já havia uma equipe anterior na nossa área (...) fizemos algumas adaptações e fomos trabalhando em cima disso. Aí aos poucos (...) a gente ia vendo a necessidade (...) de que havia maior demanda por determinado atendimento. (...) aí aos poucos a gente foi adequando isso. Mas não fizemos assim um levantamento... e vamos fazer dessa forma... a gente pegou o que já havia, que estava funcionando, e em cima daquilo a gente montou uma divisão e foi fazendo algumas adequações e foi trabalhando” (Médico).

“Não, não foi feito pelos cadastros [diagnóstico local], até porque não tinha. Então a gente foi mesmo pela experiência que já tinha dos outros PSFs (...). Como não tinha puericultura e o PSF tem que ter puericultura, a gente fez... o dia pro hipertenso, o dia pro diabético... um pré-natal... que haviam enfermeiros que não faziam pré-natal aqui e nem prevenção... se faziam, era um número muito pequeno.....ficava tudo pra ginecologista” (Enfermeira).

Ressalta-se que o diagnóstico realizado consistiu em observações, conversas com colegas de trabalho ou comunitários, inquéritos rápidos e demandas recebidas. Não se observou ou relatou a utilização de indicadores de saúde no processo de planejamento local:

“Como a gente não tinha agente de saúde na nossa área, a gente teve que bolar uma maneira de fazer o diagnóstico da situação de saúde da nossa população sem ter agente de saúde. Então a gente bolou o seguinte: a gente pegou... durante as campanhas de vacinação alguns questionários que pudessem traduzir um pouco essa situação” (Médico).

“(...) quando cheguei (...) as equipes já estavam formadas. Eu cheguei em 2002. Não, 2004. Eram os cooperados, as equipes já estavam formadas, lá já era PSF. Então já existia toda uma organização (...). Como eu estava fazendo uma especialização em epidemiologia, eu pedi pra cada equipe fazer o diagnóstico situacional de cada equipe de saúde. E foi criado isso (...). Eu tenho isso documentado” (Coordenadora).

Os profissionais devem ter conhecimento sobre epidemiologia, além do conhecimento clínico para que as ações de saúde tornem-se coletivas ²¹. Contudo, na fala da coordenadora de um dos centros de saúde percebe-se que apesar da mesma ter o conhecimento em epidemiologia e ter motivado suas equipes, o último levantamento realizado foi em 2004, não sendo depois atualizado.

A utilização dos indicadores de saúde foi surgindo ao longo dos dois anos de implementação, ora motivada pelo Sistema Municipal de Saúde Escola, por meio da RMFC, preceptoria de território e especialização em saúde da família ou ora impulsionada pelas equipes técnicas da atenção básica e vigilância epidemiológica de algumas regionais e a depender das situações, não sendo, portanto uma utilização sistemática. Muito embora, já na efetivação das EqSF, a gestão municipal tenha realizado um curso de Imersão em Saúde da Família em massa – participaram os 760 profissionais recém efetivados - em que foram focadas as prioridades do município e o perfil social e epidemiológico das regionais, na tentativa de sensibilizar já na chegada aqueles profissionais ⁴¹.

4.3.4 – Demanda espontânea

Um das mais freqüentes atividades que demandam nos centros de saúde da família é a busca por consultas, em especial por demanda espontânea. A demanda espontânea surge a partir das necessidades individuais ou familiares sentidas e os serviços de saúde devem estar preparados para sua abordagem¹³. Afirma Andrade et al¹³ que “a ESF não pode ignorar a demanda espontânea, sob pena de descrédito junto à comunidade”(p. 92). Segundo Ronzani & Silva²¹, uma das insatisfações referidas por usuários da ESF é “a necessidade de agendamento prévio das consultas médicas” (p.29), devido ao não atendimento nas unidades aos casos de urgência.

Mesmo com a ampliação das EqSF e com o aumento expressivo do número de profissionais nas unidades para atender à população, o investimento em recursos humanos e materiais, por si, não resolvera o problema da elevada demanda por assistência em Fortaleza. Diante desta grande demanda as unidades continuavam conferindo barreiras de acesso, ainda que de forma não propositadas, como forma de racionalizar a oferta, tais como: fichas de atendimento por ordem de chegada, cartazes informando o número de consultas ofertadas ao dia, filas e triagem⁴². Estas ferramentas geravam desconforto, insatisfação, desmotivação e dificuldades óbvias na consolidação de um vínculo entre trabalhadores e usuários:

“(...) Eram muitas reclamações. Eu recebia e respondia semanalmente reclamações na Ouvidoria do Estado, na Ouvidoria da Prefeitura em relação à questão do atendimento. (...) Mas era uma fila enorme de pessoas reclamando porque queriam atendimento, exatamente essa demanda espontânea. (...) tinha bastante conflito, bastante. Pensou-se em várias formas: pensou-se em agendamento por telefone, mas as pessoas reclamavam porque não tinham dinheiro prá comprar o cartão. As filas de madrugada, existiam filas de madrugada...porque a gente tinha o depoimento das pessoas e também dos vigilantes. E tinha muita confusão no SAME” (Coordenadora).

Ronzani & Silva²¹ observam que “o crescimento do número de equipes não implica, necessariamente, uma alteração real das tradicionais formas de atenção à saúde” (p.27). Com este panorama, a Secretaria Municipal de Saúde tomou a decisão política de adotar a Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde. Nos anos 2005 / 2006, cerca de 5.000 servidores da saúde participaram do curso de extensão universitária Humaniza - SUS. O treinamento foi realizado pela SMS,

em parceria com a Universidade Federal do Ceará, e ocorreu como sensibilização, como passo inicial para o processo de transformação que vem ocorrendo ²⁴:

“A gente fez oficina fora, teve o Humaniza SUS (...). Com um pessoal que fez 40 horas e outro pessoal fez 20 horas. Eu fiz 20 horas. E foram situações trazidas pra cá (...) porque todo mundo foi na verdade daqui pro HUMANIZAS SUS. Mas eu achava muito difícil, eu achava que não ia acontecer porque as pessoas brigavam por fichas. E tá acontecendo, tá acontecendo” (Enfermeira).

A partir deste primeiro passo foi traçado um caminho para a mudança e objetivamente, foram levantados três eixos: acolhimento e ambiência, gestão compartilhada da clínica e saúde do trabalhador da saúde ⁴². Dentre estas correntes, o Acolhimento destacou-se como estratégia fundamental desta adoção, situando-se como amplificador do processo de mudança na dinâmica de trabalho em todas as unidades municipais de saúde ²⁴.

Segundo Franco et al ⁴³, o acolhimento inverte a organização e funcionamento dos serviços de saúde partindo de alguns princípios:

“Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – que se encarregava da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde; Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania” (p.347).

A implantação do acolhimento foi impulsionada pela Célula Municipal de Atenção Básica e de Saúde Mental, e focou a formação de profissionais de saúde e comunidade para a implementação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e Vulnerabilidade nos centros de saúde da família e centros de atenção psicossocial (CAPS) por meio de oficinas para formação de facilitadores, com metodologias problematizadoras, reflexivas, dialógicas, utilizando recursos de dinâmicas, dramatizações, vivências e leitura de textos. A partir de então, diversas estratégias, com a participação dos coordenadores dos centros de saúde da família, gestores regionais da atenção básica, trabalhadores da saúde e comunidade, vêm sendo

utilizadas para multiplicação dos conhecimentos destacados pela PNH ⁴² e assim, o AACR foi implantado e vem sendo implementado há um ano e meio na capital.

“O acolhimento chegou prá mim pela coordenação... que a gestão tava mudando a forma de receber as pessoas, que não era mais por ficha, que as pessoas não poderiam voltar (...) que elas teriam que ser recebidas e de uma certa forma ser atendidas na unidade. Mas não poderiam voltar, tem que ter um retorno, alguém tem que dizer alguma coisa, tem que dar alguma resolutividade. Se não dá prá agora, vai ser de tal jeito: ‘O que a Sra. quer? O que a gente pode fazer? Eu achava muito difícil, eu achava que as pessoas não iam aceitar” (Enfermeira).

A fala dos entrevistados revela o alcance dos objetivos da gestão municipal no que diz respeito à implementação do AACR. Segundo o Projeto de implantação do AACR na Atenção Básica e Saúde Mental de Fortaleza, um dos objetivos era a incorporação da escuta qualificada nos CSF e a participação ativa dos profissionais de saúde.

Dentre os resultados alcançados, destaca-se a participação de médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliares de enfermagem entre outros, na gestão do agendamento dos serviços dos centros de saúde da família. Esta tarefa, antes atribuída exclusivamente aos profissionais das recepções (chamados anterior e cotidianamente em Fortaleza de SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística), sofria intervenções repetidas pelas coordenações dos CSF, era a principal detentora das queixas e denúncias envolvendo a qualidade do funcionamento e ainda instigava às práticas corruptas na disponibilização das vagas:

“(...) as pessoas chegam, se informam... então de acordo com a necessidade eles informam, vão deixar as pessoas nas salas que elas querem, que elas tão precisando... Tem o acolhimento dos médicos que é muito bom... que a pessoa... porque antes era direto no SAME e havia um estresse danado porque não tinha consulta... não agora, depois do acolhimento ficou melhor porque ela fala com o próprio médico. Quando ela chega no SAME já não tem transtorno. Eu gostei desse acolhimento, acho que deveria ter havido há muito tempo. A reclamação existe, em todo canto existe, mas diminuiu mais. Melhorou, melhorou muito, muito, muito. Acho que 90% melhorou” (Agente comunitária de saúde).

Quanto à participação da comunidade, também prevista no Projeto Municipal, vem acontecendo gradativa e simultaneamente à implementação do dispositivo:

“Com o tempo, elas estão se adaptando. Hoje o pessoal não fala mais em ficha, fala em acolhimento. Tão chique! Não os profissionais, mas a própria comunidade tá entendendo o que está acontecendo. Quando eu cheguei eu achava difícil! Aqui a marcação da consulta era de quinze em quinze dias, onze horas...Chegava às seis horas e tinha uma fila enorme ! Eu ficava horrorizada ! Eu achava difícil, eu tinha pena também daquele pessoal e ao mesmo tempo não tinha uma solução, né? E hoje não existe mais isso. Isso foi muito, muito bom. Mas tá até mudando... A gente já conhece aquelas pessoas... E hoje o pessoal aceita acolhimento, não precisa vir de madrugada. Acho que foi bem positivo” (Enfermeira).

A redução das filas da madrugada é um indicador expressivo do processo de reorganização da recepção aos usuários, e foi sinalizado pelos sujeitos como um ponto positivo para a sensibilização da comunidade.

Ressalta-se que esta estratégia de humanização da atenção tenha sido a de maior impacto no processo de organização dos serviços da rede de atenção básica de Fortaleza e tenha contribuído fortemente para o início: da integração entre profissionais veteranos e EqSF; da formação de vínculos entre trabalhador-usuário, principalmente daqueles recém admitidos - EqSF; e do entendimento pelas EqSF para a atenção à demanda espontânea:

“As filas praticamente acabaram, não tem mais aquela demanda na madrugada. Os profissionais, fazendo essa escuta, melhorou a questão do vínculo também, com esses pacientes e a questão da resolutividade. Antigamente a coordenação, a gestão é que tinha que estar dando uma resolutividade pro paciente. Hoje eu já não tenho tanto essa preocupação porque eles dividem isso comigo, de forma bem resolutiva” (Coordenadora).

É importante destacar também que o atendimento aos casos de urgência foi incorporado pelos profissionais, como se pode constatar na fala do médico de família, abaixo:

“Aqui, como a gente tem pouco profissional, como é que a gente faz? Todo dia é feito o acolhimento em três turnos aqui, pra não haver fila de

marcação. A gente acabou com aquela fila de marcação, de vir de madrugada... Tem três momentos de acolhimento aqui: de manhã, de tarde, e no final da tarde pro atendimento noturno. Certo? Fora isso, o caso de uma urgência, alguém passando mal. Mas os acolhimentos são assim. No acolhimento a gente tem um médico responsável, que de manhã sou eu; tem outro à tarde e o plantonista da noite. E quem fica mais lá no batente é a auxiliar e a enfermeira. Ela vai classificar: 'não, esse paciente aqui é prioridade, então ele vai ser atendido primeiro.' Então é a enfermeira com a auxiliar que faz mais esse acolhimento. Uma marcação de consulta, explicar prá esse paciente porque ele vai marcar uma consulta pro outro dia, essa prioridade que tá sendo dado a um ou a outro ... é feito mais ou menos assim. E temos o "posso ajudar" também. No caso a técnica do "posso ajudar", ela vai explicando pro paciente como é que a marcação funciona. A gente tá tendo uma baixa demanda depois de um trabalho de educação em saúde forte que a gente estabelece aqui" (Médico).

Porém, assim como as demais estratégias municipais, o acolhimento por ACR também passa por transformações e adequações em cada regional e centro de saúde da família. Talvez estas alterações sejam pertinentes à realidade de Fortaleza, uma vez que a implantação de novos serviços e ferramentas depende das especificidades organizativas dos sistemas locais de saúde. Contudo, mais uma vez reitera-se a necessidade de monitoramento sistemático por parte da equipe gestora do município.

4.3.5 – O 3º Turno

Considerando que os profissionais devem atuar 40 horas semanais, segundo a Política Nacional da Atenção Básica, a SMS disponibilizou às EqSF, a opção de atuação em dois horários, sendo um alternativo ao que tradicionalmente ocorre. Assim, já na efetivação junto à Secretaria Municipal de Saúde os profissionais puderam optar pelos turnos manhã-tarde (MT) ou tarde-noite (TN)²⁴. Dois meses antes da chegada das EqSF, o funcionamento das unidades básicas de saúde no horário noturno, até 21:00h e nos finais de semana já vinha sendo realizado pelo município²⁴.

O funcionamento no horário noturno já fazia parte do programa de governo da gestão ainda no período eleitoral (ano 2004), como um mecanismo à disposição do trabalhador fortalezense que ao retornar de um dia de trabalho teria a possibilidade de utilizar os serviços de saúde⁴⁴.

A atual gestão municipal a cidade em 2005 e em maio de 2006 ativou o horário noturno. A inovação foi impulsionada neste período em virtude do grande número de casos de dengue e das dificuldades na assistência pelas redes hospitalar e básica ²⁴. Certamente o fechamento das unidades básicas de saúde às 17:00h fazia com que a população ficasse sem opção, ocasionando a procura intensa pela rede. Em seguida esta novidade foi estendida para os finais de semana e feriados ²⁴. Em ambos, as unidades funcionam das 07:00h às 19:00h, em regime de plantão.

Para tal feito, cada Secretaria Executiva Regional elegeu dentre as suas unidades, aquelas estratégicas no território, de modo que favorecesse: o acesso da população, a segurança dos profissionais e população, a cobertura de maior número de habitantes ou que atuasse na tática compensatória da escassez de profissionais, especificamente os médicos do horário tradicional de serviços. A equipe média para o funcionamento do serviço compõe-se de dois médicos (dois generalistas ou um clínico e um pediatra), uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e um auxiliar administrativo, que atuam em regime de escala mensal. Eventualmente nos períodos em que surge maior número de casos de doenças em virtude da sazonalidade, as equipes são aumentadas. Em parceria entre as Regionais e Secretaria Municipal de Saúde, a contratação e pagamento destes profissionais é por serviço prestado. Às Regionais cabem a organização das escalas e de todo o aparato necessário, enquanto que a SMS é responsável pelo pagamento.

O 3º Turno, como passou a ser chamada a estratégia, é considerado uma inovação e tem gerado muitos benefícios para as comunidades, para o mercado de trabalho e para a gestão municipal, uma vez que ampliou o acesso, abriu oportunidades de trabalho para os profissionais de saúde, além de consideravelmente garantir suporte nos períodos em que as afecções sazonais incidem.

Contudo, apresenta sérios problemas de funcionamento e compete com a consolidação da Estratégia Saúde da Família na capital, uma vez que atua no modelo de “queixa-conduta”, medicalização e médico centrado. O funcionamento se dá por meio de pronto atendimento, sem agendamento prévio e na maioria das vezes sem qualquer interlocução com os demais profissionais, serviços e horários dos centros de saúde da família. Pôde-se constatar ainda que os prontuários não são utilizados, ficando o registro dos atendimentos apenas em boletins de produção ambulatorial. Em grande parte do funcionamento, os enfermeiros atuam como administradores e ouvidores do plantão,

demandando aos médicos o todo da demanda clínica que recorre ao serviço. Enquanto o planejado foi o funcionamento até às 21:00h, os centros de saúde adotaram o 3º Turno como uma oferta a mais de um serviço que funciona das 17:00h às 21:00h. Ressalta-se que as EqSF do turno tarde-noite atuam com agendamento prévio ou também com pronto-atendimento, a depender do contexto gerencial de cada unidade de saúde.

É intrigante observar o funcionamento das unidades de saúde neste horário. Destacadamente, em um mesmo centro de saúde da família coexistem a Estratégia Saúde da Família (com todas as particularidades já discutidas!) e o modelo clássico que tanto desejamos a superação. A primeira, das 08:00 às 17:00h e o segundo das 17:00 às 21:00h, sábados, domingos e eventualmente aos feriados. Heimann & Mendonça ¹¹ asseguram que *“a disponibilidade de serviços de vários tipos (...) particularmente nos aglomerados urbanos (...) traz desafios à concretização de políticas de adscrição de clientela com base no território e ao reordenamento da demanda”* (p.498). Assim, as diferentes abordagens disputam o reconhecimento dos usuários:

“(...) se você tiver vários médicos de 20h [veteranos] e um médico de família, esse um médico de família tem mais dificuldade de mudar a mentalidade. De olhar na perspectiva de Saúde da Família, que hoje em dia é o principal, né? É o olhar de Saúde da Família” (Médico).

Foi observado que o atendimento do 3º Turno é de mais fácil acesso, menor tempo de espera e prioriza as demandas agudas, porém questiona-se a sua resolubilidade e dificulta a vinculação dos indivíduos / famílias as EqSF. Certamente a população não compreende a seriedade da coexistência dos modelos e seguramente a gestão municipal terá grandes dificuldades para consolidar a ESF, uma vez que a própria gestão, mesmo que não intencionalmente, tenha fortalecido o modelo clássico: *“(...) o pessoal não entende muito o que é plantão. Às vezes o pessoal quer vir pro plantão com pano branco. A gente orienta, às vezes a gente marca: ‘Olha, sua situação é essa’ e ainda explica o que é o plantão” (Enfermeira).*

Assim, a coexistência de modelos de atenção, as variáveis nas discussões quanto à responsabilização sanitária, a realização inicial e parcial dos diagnósticos locais, a grande demanda espontânea e reprimida, o 3º Turno e o acolhimento por avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, são algumas das questões chaves que ora facilitam ora dificultam a organização da demanda na ESF de Fortaleza.

4.3.6 – Questões transversais: perfil profissional e educação permanente

A definição de responsabilidades sanitárias, a apropriação das realidades locais sejam elas sociais ou epidemiológicas, e a incorporação de novas estratégias para organização da demanda, temas discutidos neste estudo, embora venham sendo ostensivamente trabalhadas ao longo de dois anos, têm lidado com a parcial implementação das ações previstas e com uma gama de alternativas para que a coexistência (ainda) de dois modelos de atenção tão distintos possam agregar-se e consolidar a Estratégia Saúde da Família, visto que a cobertura populacional e interesse médico ainda são insuficientes na cidade.

Apesar do avanço crescente da Estratégia no país (e em Fortaleza) e conseqüentemente do surgimento de uma nova oferta de trabalho em saúde, principalmente para médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, persistem também as dificuldades relacionadas ao perfil dos profissionais. Ronzani & Silva²¹ afirmam que os profissionais das EqSF precisam se identificar com uma proposta de trabalho que demanda criatividade, iniciativa e vocação. Assim, atuar em ESF exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas, que deve começar pelos centros formadores⁴⁵. Ademais, implementar ESF numa metrópole perpassa por uma série de fatores inerentes ao contexto urbano e isto exige mais ainda destes profissionais, como se pode constatar através das falas abaixo:

“Eu acho que tem é que ampliar mais. Tem que dar mais condições de trabalho (...). Porque as pessoas acham que o trabalho do PSF é mole, mas não é mole não, viu? Você estar todo dia com aquela população... É como eu disse: os problemas são sempre os mesmos, além de você conviver às vezes com violência... Você acaba interagindo com os problemas da comunidade, então tudo isso é desgastante prá pessoa, não é todo mundo que agüenta não. Se você não tiver condições de trabalhar, se a violência tá chegando, tá difícil... Por que a gente não consegue se fechar nem se proteger totalmente, mas o quê você puder evitar, com certeza você vai evitar. Agora precisa de quê? Precisa de mais equipes (...)” (Médico).

Constatou ainda na fala do médico, que a baixa cobertura populacional sobrecarrega os profissionais e potencializa todas as demais dificuldades já apresentadas neste estudo.

O Ministério da Saúde revelou que a rápida expansão e cobertura populacional ocorrem quanto menor for o porte populacional municipal. Deixando, portanto uma lacuna no sucesso da implantação da SF nos grandes centros urbanos brasileiros. “A cobertura populacional do PSF nas regiões metropolitanas e nas cidades com mais de 500 mil habitantes vem alcançando percentuais inferiores às coberturas nacionais como um todo”²² (p. 1935). Em 1998, a cobertura do PSF no país alcançava 1,96% e, em 2003 chegou a 33,32%. No mesmo período, nas grandes cidades, estes valores passavam de 0,98% para 17,22%^{17, 18, 22}.

O estudo *Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos*²³, publicado pelo MS em 2002, revelou que “dificuldades verificadas na implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles” (p. 19). O fato é que devido aos altos índices de exclusão de acesso resultantes do movimento exacerbado de urbanização, perfil epidemiológico singular, modalidade médico-hegemônica persistente, oferta de serviços especializados insuficiente e mal organizada, inexistência de vínculo, entre outros agravantes prejudicam a implementação de uma mudança operacional nos moldes da Saúde da Família²³. Em Florianópolis a fala de um profissional revela a sensação de impotência sentida pelas equipes em grandes centros urbanos: “Hoje eu não posso dar uma atenção mais complexa porque eu não tenho tempo, e eu não posso dar uma atenção menos complexa porque não tenho referência funcionando”³ (p. 196).

Assim, não diferente do país, o interesse pela medicina de família e comunidade também se mostra insuficiente no município de Fortaleza:

“Eu não tô insatisfeito com o trabalho não. Eu até gosto do trabalho, mas eu vou ser sincero: eu passei noutros concursos (...). Eu passei prá perito do INSS e prá perito do Ministério Público da União. Então, no meu caso específico, eu tô aguardando. Se eu for chamado, provavelmente eu deixo o Programa de Saúde da Família. Agora se houvesse um atrativo melhor provavelmente eu ficava” (Médico).

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, para a efetivação das 300 equipes inicialmente planejadas, foram convocados 380 médicos, de um total de 460 aprovados no concurso. O restante, 80 profissionais, desistiram antes mesmo da convocação. Atualmente

apenas 220 estão atuando, 47,8% dos que concorreram ao concurso. Vale ressaltar que dos atuantes, um percentual está protegido com liminar judicial para cumprimento de somente parte da carga horária em detrimento do decurso simultâneo ao estágio probatório, de residências médicas nas especialidades tradicionais.

Desta forma, a organização da demanda dos serviços sofre uma grande perda quando a insuficiente quantidade de profissionais médicos ocorre, uma vez que os presentes têm que dar conta do total de serviços das unidades. Muito embora, por meio do AACR, as demais categorias profissionais venham sendo protagonizadas. Os problemas decorrentes do quantitativo insuficiente de recursos humanos podem ter dois viéses: um que de fato dificulta o processo e outro que motiva aos gestores e comunidade para a mudança da realidade, ou seja, ampliação e qualificação da rede ²⁰.

Ronzani e Silva ²¹ descreveram que entre 25% a 30% de uma amostra de usuários da ESF, em dois municípios de Minas Gerais, revelaram desconhecer os demais profissionais das EqSF, além do ACS. Os autores afirmam que “*um dos motivos disso é a alta rotatividade dos profissionais das equipes*” (p.27). Bezerra & Nascimento ²⁰ apontam que as formas de pagamento versus carga horária, formas de contratação (alheias ao perfil técnico), escassez de médicos etc., representaram entraves para implantação da SF em Feira de Santana. Em Mato Grosso, Florianópolis, Feira de Santana e São Paulo o fato comum que potencializou a dificuldade de acesso foi a escassez de profissionais e a política de recursos humanos ^{3, 20, 22, 46}. Em Fortaleza, a efetivação no serviço público municipal foi apontada como um dos pontos positivos na gestão da ESF e as falas dos entrevistados revelou a satisfação de gestores e profissionais quanto à efetivação:

“(...) existia um grande conflito: a questão dos cooperados. E a chegada dos profissionais concursados foi marcante prá mim. Marcante porque era uma briga intensa, eram questionamentos, eram greves constantes, paralisações na unidade de saúde por conta disso, pelo atraso de salário... essas coisas... Então isso aí prá mim foi uma questão marcante, a chegada desses profissionais” (Coordenadora).

“Concurso público [fato marcante]. Médico nenhum, do Brasil inteiro, trabalha sem concurso!” (Médico).

Dentre as demais questões que envolvem a satisfação e qualificação dos trabalhadores, a PNAB sinaliza a capacitação e a educação permanente como

dispositivos para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família no país. Quanto à formação, algumas universidades vêm atualmente se inserindo no contexto da saúde coletiva e da formação de um profissional capaz de atuar em equipe sob a luz do cuidado integral e familiar.

Para alguns autores registrados por Conill ³ quando avaliando a implementação da Saúde da Família no município de Florianópolis, está ocorrendo uma contaminação positiva do aparelho formador. No Ceará, as universidades de medicina, públicas e privadas, adaptaram seus currículos e têm trabalhado na formação de um médico de família, humanista e com visão integral, corroborando a idéia de que “*esta formação deve ser iniciada e trabalhada desde a graduação*” (p.3) ¹², como afirma Alexandre Holanda, médico de família e professor do curso de medicina da Universidade de Fortaleza. Contudo, há uma necessidade de “*investimento nos profissionais que já estão no mercado*” (p.3) ¹², afirma Goretti Frota, coordenadora do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará. De fato, entre estes existem aqueles que estão na rede desde o período anterior à implantação da SF e do próprio SUS.

O Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza - SMSE prioriza a atenção básica, propondo a qualificação e a desprecarização do trabalho por meio da educação significativa e contextualizada, aquela que faz sentido para o trabalhador e para o campo que atua ⁴⁷. Os resultados revelaram que o investimento do município em educação tem gerado satisfação e motivação nos profissionais:

“Um ponto positivo aqui, capacitação. A questão da capacitação que estimula o profissional. Por exemplo, na medicina tem a especialização, tem a residência (...). Acho que isso estimula muito o profissional, ele vê que estão investindo na formação dele. Quando ele se sente mais estimulado pode fornecer um serviço melhor. A gente vê isso aqui no posto claramente (...). Hoje em dia a maioria dos lugares que têm residência adora a residência médica. Por quê? Porque sentem que aquele profissional trabalha capacitado hoje em dia” (Médico).

É fato que modelos de atenção e recursos humanos não podem ser discutidos separadamente ⁴, tais estratégias certamente têm contribuído sobremaneira para o desenvolvimento da Estratégia na capital do Ceará. Ao adentrar nos CSF pode-se encontrar trabalhadores e gestores alunos de uma mesma turma de especialização,

agentes comunitários de saúde em formação técnica, preceptores e alunos da residência de medicina de família e comunidade, estagiários e preceptores de território, todos cursos ofertados pelo próprio município. Há ainda o estímulo à participação em eventos como seminários e congressos, e outros cursos de pós-graduação como mestrados e doutorados ²⁴:

“E eu gosto muito também quando algum profissional mostra algum trabalho que está sendo feito no posto lá fora, em algum seminário. Eu fico muito feliz também. Isso a residência faz com muita frequência. A chegada de estagiários na unidade, eu gosto muito, sabe?” (Coordenadora).

O SMSE – Fortaleza além de qualificar a atenção, protagoniza o papel dos trabalhadores e fomenta a gestão colegiada dos serviços de saúde municipais ⁴⁷.

4.4 – Prática do cuidado familiar

“Família é a unidade social básica por excelência, conformada por um grupo de pessoas unidas por laços consangüíneos, geográficos e/ ou sociais que compartilham um palco comum de vida” ⁴⁸ (p. 15). Dissertando sobre as relações da instituição familiar com as políticas públicas, Carvalho ¹⁶, aponta que várias são as dimensões entre família e políticas públicas. Entre elas, a de que ambas têm como exercício vital dar conta da reprodução e da proteção social dos grupos que estão sob sua tutela. *“Se nas comunidades tradicionais, a família se ocupava quase exclusivamente dessas funções, nas comunidades contemporâneas elas são compartilhadas com o Estado pela via das políticas públicas”* (p. 267).

Ainda segundo Carvalho ¹⁶ a oferta de bens e serviços proporcionados pela efetivação das políticas públicas, nos países capitalistas desde o pós-guerra, vem privilegiando o indivíduo-cidadão, descartando a instituição familiar. No entanto, nas décadas mais recentes, a família volta a ser pensada como co-responsável pelo desenvolvimento dos cidadãos.

“Nos últimos anos podemos observar – tanto no desempenho da política de saúde quanto na de assistência social, ambas políticas de seguridade – uma clara ênfase estratégica em compor com a família projetos e processo mais efetivos na proteção social” ¹⁶ (p. 269).

Na Estratégia Saúde da Família,

*“A família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade da intervenção de maior impacto e significação social”*²⁸ (p. 444).

Embora a prática do cuidado familiar seja uma das diretrizes apontadas pela Portaria em estudo para a implementação da ESF, o que se percebe no cotidiano das EqSF é uma centralização nos domicílios. O direcionamento das atividades segue a lógica geográfica e a delimitação espacial de pessoas reunidas em uma mesma residência.

Observou-se em Fortaleza que a abordagem familiar não ocorre de forma sistemática e varia dependendo das categorias profissionais envolvidas. Os agentes comunitários de saúde relataram abordar as famílias do território, contudo constatou-se que o foco prioritário das ações é a doença e/ou a atividade a ser realizada no domicílio. A ACS descreve visitar *“família por família”*, quando na verdade visita domicílio por domicílio. Ademais, sua fala revela uma abordagem que desconsidera o papel ativo e transformador da instituição familiar descrita na literatura.

“(...) eu visito de família em família. Onde tem hipertenso, tem diabético, eu faço a família completa. Aí lá, dependendo da situação que a gente encontrar, a gente aborda a família. Se for uma família que precisa mais de orientação sobre higiene, aí eu abordo mais a higiene e dou as orientações de acordo com a família. Oriento a vacina das crianças, oriento sobre alimentação, sobre os cuidados que a mãe tem que ter, o afeto, a maneira afetiva, né?... Que a criança não precisa só de comida, tem que ter o lado afetivo. E com os idosos também, os cuidados: cuidados com alimentação, a parte da saúde, em relação à saúde bucal deles, à medicação que eles têm que tomar...que os hipertensos...a família não trata muito bem, né? Aí eles têm sempre dificuldade, tomam remédio errado... Aí a gente dá uma orientação geral sobre a família” (**Agente comunitária de saúde**).

Seclen-Palacin⁴⁸, afirma que a família é o palco social de maior relevância para o indivíduo, e que sua conformação, movimento e valores dependem de condutas relacionadas, sendo uma delas a saúde. Decisões, mudanças, práticas de saúde, hábitos,

construção de história de vida, ocorrem em virtude de um movimento singular e intrínseco de cada família. Ratificando esta afirmativa, políticas ou estratégias de saúde que foquem a instituição familiar, estarão positivamente voltadas para o sucesso. Pois, registra o autor, em discussão sobre a contribuição da saúde da família para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio, que a família como “nicho ideal” de intervenções terapêuticas possibilita ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; o enfoque familiar, não vislumbra, portanto apenas a cura do indivíduo.

Enquanto a ACS afirma realizar abordagem familiar - embora equivocada -, as demais categorias profissionais – médicos e enfermeiros - relatam dificuldades no manejo familiar, apontam incertezas quanto à possibilidade de realização, uma vez que consideram que a grande procura dos usuários por atendimento justifica a falta de tempo dos profissionais para a prática sugerida no consenso da Estratégia Saúde da Família, e não diferente da ACS, descrevem uma atuação unilateral e autoritária:

“O enfoque, ele é mais no indivíduo. Infelizmente, devido à sobrecarga de trabalho, à quantidade de pessoas que a gente atende, muitas vezes não dá pra fazer o enfoque familiar. Quando a gente tem tempo, quando tá tranquilo, a gente tenta orientar, dar uma orientação mais geral, mais global. Mas no dia-a-dia mesmo, o enfoque acaba sendo individual”
(Médico).

Enquanto os gestores ressaltam a intervenção junto às famílias como o maior benefício proporcionado à população pela ESF ²¹, os profissionais – médicos e enfermeiros – distanciam-se da prática quando culpabilizam os usuários por estes privilegiarem as consultas individuais:

“Eu acho que sim, né? Pelo menos deve ser tentado, né? [abordagem familiar] de que aconteça. Agora, prá isso, eu acho que ainda vai demorar um pouco mais, porque as pessoas estão muito voltadas pro atendimento em si. Elas acham, muitas vezes a própria clientela... ela não entende, não entende, por exemplo, de uma palestra, uma coisa... Ela quer é o atendimento. E muitas vezes você acaba lutando contra a correnteza e acaba dando esse enfoque mesmo, que parece que é o que eles querem, que eles acham que é o mais vantajoso, que é esse atendimento...” **(Médico).**

Alcançar a saúde à parceria, não é o bastante, “é preciso produzir saúde para e com a família” (p. X), afirma Carvalho ¹⁶. Reconhecendo esse papel ativo das

famílias e comunidades nos seus modos de vida e conseqüentemente na produção de saúde, consideramos que o empoderamento fortalece a qualidade dos serviços, uma vez que está diretamente relacionado com a sensibilização – conscientização de seu papel no auto cuidado. E, se esta família ou comunidade tem um papel ativo, os serviços de saúde devem estar preparados para esta resposta de participação, consolidando a co-responsabilização familiar e comunitária, corrobora Seclen-Palacin ⁴⁸: “*O foco de ação dos serviços não é unicamente o indivíduo, mas também a família e suas redes sociais*”, consolidando a legitimidade social.

Os profissionais das EqSF de Fortaleza estão tendo dificuldades em reconhecer que os modos de vida e os determinantes sociais vivenciados pelas famílias podem ser as ferramentas pelas quais estas famílias ou estes profissionais busquem estratégias para a promoção da saúde. Relataram dificuldades em prosseguir quando se deparam com demandas que ultrapassam a dimensão da saúde e sentem-se impotentes diante do acúmulo de demandas:

“Atualmente eu acho que a gente tem tantos problemas individuais que no momento eu acho que é uma coisa [abordagem familiar] a médio e longo prazo. O que nós temos são problemas que estão nas nossas mãos, mas que não estão também, que são problemas sociais. A minha área tem um problema social que eu fico assim... ‘Meu Deus, quando é que isso vai acabar?’ É uma coisa que eu não consigo ver uma solução, que é um problema social, econômico, um problema que eu não consigo enxergar onde é que a gente pode atuar, que é uma coisa que tá além da nossa capacidade de resolução. E esse atendimento à família, essa parte familiar, é muito isso... é muito mais um problema social que prá gente causa até uma certa angústia... no profissional... porque a gente faz o nosso trabalho, mas fica aquém porque a gente não pode solucionar algumas coisas. É muito complicado” (Enfermeira).

Apesar de afirmarem que a instituição familiar é pouco trabalhada, as visitas domiciliares e os grupos terapêuticos montados pelas equipes, especificamente aqueles que tratam da nutrição e da saúde mental, são apontados como espaços em que esta prática de certa forma acontece, todavia ainda com aparente baixo empoderamento familiar:

“No grupo de obesidade infantil o atendimento é familiar. Sempre tem o quê? A criança e os pais. Então, na verdade, o pai é trabalhado, a mãe e a

criança ao mesmo tempo, porque a gente sabe que se a gente trabalhar só a criança os pais não vão mudar a dieta dela. Então a gente tá tendo uma visão familiar. Por exemplo, no nosso trabalho com os cuidadores, a gente tá fazendo atendimento prá família da pessoa doente. A gente reúne os cuidadores prá troca de experiência... O quê que um fez, o quê que o outro não faz... conversa mais ou menos quais são as dificuldades. A gente tá com aquela família, mas não tá vendo só aquele doente, né?” (Médico)

“Dentro das visitas... existem algumas visitas nossas que são visitas a familiares. (...) Tem vários casos aqui que são pessoas que têm síndrome do pânico, por exemplo. A gente foi à casa dela, pra fazer uma anamnese familiar (...)” (Médico).

Um caso que nos chamou a atenção foi a citação da ferramenta Anamnese Familiar. A utilização desta ferramenta vislumbra o entendimento do processo saúde-doença no seio familiar, com vistas para a promoção da saúde por meio do reconhecimento do papel ativo da família para o auto cuidado. Enfim, podemos perceber uma mistura de conceitos entre os profissionais das EqSF.

Parece necessário que esta temática seja trabalhada pela gestão municipal para que os profissionais sejam motivados e consigam visualizar as frentes de intervenção como: a prática do cuidado interdisciplinar, a clínica ampliada, elaboração de políticas intersetoriais, participação popular etc. Uma das coordenadoras entrevistadas levanta esta questão:

“Na questão de atenção à família eu posso te dizer que pouquíssima coisa pode ser feita, talvez quase nada (...).Eu fiz uma especialização em família, como abordagem sistêmica. E o que eu percebo é a questão da desinformação. Não acho que seja desinteresse não, mas desinformação dos profissionais de saúde em relação a isso. Eles já chegam, trabalham a questão clínica (...). Eles podem trabalhar a questão de grupo pela questão de promoção, mas quanto a trabalhar a família, a instituição, eu vejo que existe uma grande desinformação, um despreparo dos profissionais em relação a isso” (Coordenadora).

4.5 – Trabalho interdisciplinar e em equipe

O tema da interdisciplinaridade está intrinsecamente relacionado a um dos princípios norteadores do SUS, a integralidade, defendida como uma visão totalizadora

do indivíduo ou família. Dentre vários outros sentidos relacionados pela literatura, destacamos que a interdisciplinaridade não implica negação da especialidade de cada um, mas na integração dos vários saberes profissionais de forma a favorecer a abordagem global do indivíduo ¹³. No entanto, o que se percebe no dia-a-dia dos serviços de saúde, independentemente da rede de atenção, é a compartimentalização de saberes resultando na fragmentação do indivíduo em sistemas e órgãos, numa atenção focada na doença. Afirma Mattos ⁴⁹ que:

“Um paciente não se reduz a uma lesão que nesse momento lhe provoca sofrimento. Tampouco não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra. Tampouco se reduz a conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos” (p. 14).

No Caso Fortaleza, observa-se que há um baixo entendimento por parte dos profissionais em praticar a interdisciplinaridade: ora por que acreditam ser necessária estrutura física, ora por que desconhecem as possibilidades de atuação de seus colegas de trabalho das demais categorias profissionais: *“(...) é difícil ela [cirurgiã dentista] trabalhar junto com a gente pela carência mesmo de locais que ofereçam estrutura para uma intervenção”* (**Enfermeira**) ou ora por que pensam que atuar interdisciplinarmente é ‘atender junto’: *“Então é mais através de comunicação não é muito o atendimento conjunto, mas é uma discussão caso a caso”* (**Médico**).

No Caso acima, a enfermeira demonstra desconhecer o campo de atuação do cirurgião dentista, uma vez que assinala a estrutura física como obstáculo para a atuação em equipe.

De fato, há de se considerar que os principais multiplicadores do (des) conhecimento ou da variedade de juízos são os próprios profissionais de saúde. No entanto, este estudo defende que estes também são vítimas de um sistema hierarquizado, verticalizado e capitalista, em que o saber e os sujeitos são objetos de trabalho, matérias primas para o poder e o ganho financeiro:

“Talvez parte do reducionismo que contrasta com muitos dos sentidos de integralidade que defendemos resulte de uma certa incapacidade (...) Há profissionais que, impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas das doenças. Lidam com os sujeitos como se eles fossem apenas portadores de

doenças, e não como portadores de desejos, de aspirações, de sonhos” ⁴⁹
(p.15).

A fala do médico retrata a afirmativa do autor e chama a atenção para a focalização da doença – no caso o agravo: febre – e a partir deste agravo é que surge a necessidade de recorrer aos demais colegas de equipe:

“(...) a gente tá junto na visita, junto no posto, mas não existe aquele dia que a gente se reúne, porque não tem nem espaço nem tempo prá isso, prá se reunir. Eu acho isso até importante. Por exemplo, outro dia eu ouvi numa roda que teve à tarde falar sobre a febre... que as pessoas acham que a pessoa estar com febre... aquilo é uma urgência, não entendem a evolução de um quadro febril, de uma virose, aí querem que a gente atenda. E depois que eu falei isso uma vez aí eu senti a necessidade dos agentes de saúde, já que muitas vezes eles passam informações erradas prá população, que acha que se a pessoa tá com febre ela tem que correr pro posto (...). (...) E a gente vê, às vezes, muito despreparo em relação a isso. Acho que se tivesse mais tempo prá se conversar mais sobre isso, afinar o discurso... porque muitas vezes um profissional acaba jogando a população contra o outro devido a alguma informação errada que não é... E se tivesse sido um pouco mais orientado, se evitaria muito problema” (Médico).

A ESF, não é a única estratégia capaz de promover a recuperação de um valor perdido, valor este que também pode (e deve) ser renascido ainda no ambiente universitário, mas certamente é a estratégia que busca a renovação da prática por meio da protagonização e horizontalização dos diversos saberes.

As EqSF de Fortaleza são compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, agentes comunitários de saúde, auxiliares de consultório dentários e de enfermagem. Algumas pontuais apresentam em suas composições, assistentes sociais que foram inseridos no ano 2005 nas áreas de risco mais importantes da cidade ². Como já discutido neste capítulo, vários centros de saúde da família apresentam os profissionais veteranos da rede de atenção básica, sendo cardiologistas, dermatologistas, clínicos gerais, gineco-obstetras, pediatras e enfermeiros. Contêm também os profissionais responsáveis pelos serviços administrativos e demais categorias responsáveis pela área gerencial das unidades.

Dentre este grupo de trabalhadores da ESF, os cirurgiões dentistas destacam-se como aqueles com mais baixa integração, enquanto que os que manifestam maior integração são os médicos e enfermeiros das EqSF. “A Odontologia é que brigou muito prá conseguir a inclusão deles no PSF, mas ainda deixa um pouquinho a desejar. Trabalha mais forte a questão da enfermagem com a medicina, entendeu?” (Coordenadora de CSF); “Nós temos uma dificuldade que é encaixar a Odontologia na nossa rotina” (Enfermeira); “(...) Então, equipe, equipe mesmo, só eu e o médico e o agente de saúde. Por que com o auxiliar eu não posso contar, e o dentista, por questões de estrutura, também não pode intervir muito” (Enfermeira).

O assistente social inserido nas equipes é apontado como um dos sujeitos atuantes da abordagem interdisciplinar em Fortaleza. Este profissional consegue, embora que aparentemente, com um esforço individual maior do que o coletivo, impulsionar algumas ações e/ou atitudes interdisciplinares:

“A interdisciplinaridade aqui é através de abertura de canais de comunicação (...), principalmente com a assistente social que foi talvez quem mais hoje em dia faz parte da nossa equipe multiprofissional (...). Por exemplo, uma pessoa que estava precisando de cadeira de rodas, aí ela já falava pra gente: ‘Olha, essa pessoa tá precisando de uma cadeira de rodas, ela tá doente, a família não tá cuidando’, a gente já fazia visita lá...” (Médico).

Constata-se que a interdisciplinaridade neste município dar-se-á mais relacionada aos aspectos gerenciais e administrativos das unidades. Quanto à clínica, esta abordagem é deixada a desejar, uma vez que é pouco compreendida pelos profissionais. As Rodas de Gestão denominadas “Pedagógicas” representam a tentativa de inclusão da interdisciplinaridade na prática clínica dos centros de saúde da família:

“Aqui a gente tem três tipos de Rodas: existe uma Roda Pedagógica... a última quem fez, inclusive, fui eu, normalmente os médicos comandam mais porque tem a questão clínica. Às vezes não, às vezes é a assistente social ou a enfermeira, normalmente tem um profissional que fica responsável pela Roda Pedagógica. Tem a Roda Administrativa (...) discussão da gestão, passar informes e tal... e tem a Roda que a gente chama de Terapêutica que é a Roda que tem o objetivo de buscar uma harmonia maior entre os membros da equipe, (...) parece brincadeiras, mas tem uma visão mais de

integrar a equipe porque a gente ganha mais intimidade com o outro e facilita o trabalho em grupo” (Médico).

Pode-se inclusive perceber que a existência da gestão colegiada, por meio das Rodas de Gestão, é a atividade que apresenta maior caráter interdisciplinar, uma vez que os múltiplos conhecimentos dos trabalhadores, sejam dos níveis elementar, médio ou superior, são ouvidos, falados e somados um ao outro:

“É um processo democrático de gestão. Ninguém impõe aqui, a gente faz... Tanto é que as Rodas Terapêuticas agora, com auto-estima... tem gente que não gosta... se você não quiser você não participa, mas vai fazer o seu trabalho na unidade. Se você quiser, você participa, vai ter. Então, não é uma coisa imposta. E outras coisas mesmo... Toda a questão do agendamento é colocada pra equipe, as situações, o quê que pode melhorar, o quê que não pode... Até numa sala, o nome a equipe vai ter que escolher...uma votação. É bem aberto” (Enfermeira).

Há ainda a compreensão de que a simples comunicação e bom relacionamento de trabalho consistem em movimento interdisciplinar. “*Não tem essa, digamos assim, hierarquia de conhecimento, não tem” (Médico).* Segundo Pedrosa & Teles ⁴⁵, quando membros da equipe têm bom relacionamento, o contato com as famílias e o desenvolvimento das ações preventivas torna-se mais fácil, uma vez que a integração é valorizada pela comunidade, que a ratifica participando da assistência. Oliveira & Spiri ⁵⁰ sinalizam que promover o diálogo entre as pessoas, fortalece – melhora a convivência e promove a integração da equipe e qualidade da assistência. Contudo a co-responsabilização e o planejamento compartilhado pelo diálogo sugeridos por Crevelim & Peduzzi ⁵¹, não garantem a construção de um projeto comum, sobretudo na dimensão clínica da atenção à saúde.

“(...) aqui na nossa unidade as coisas são bem discutidas, acho que até às vezes demais, sabe? Tem uma hora que tem que ser assim e acabou, né? Mas, é bem democrático, a gente tem na coordenação uma pessoa que procura opiniões, discussões. Ela, extra-roda, também procura conversar com a equipe. As decisões que são tomadas, é conversada pelo menos entre equipe e coordenação. São decisões que são compartilhadas, não são impostas. E geralmente existem discussões mesmo, assim... acaloradas... durante a Roda, prá tratar a respeito de rotinas mesmo de atendimento, de

funcionamento de equipe... As decisões que nós tomamos sempre são de alguma forma compartilhadas (...)” (Enfermeira).

Incide ainda a atenção formatada em programas de saúde que corroboram para a potencialização das dificuldades: “*A equipe, o que eu tenho visto aqui em campanhas de vacinação, geralmente o médico nunca é solicitado, geralmente vai a enfermeira, os agentes de saúde, né?*” (Médico).

A saúde pública brasileira embora contextualizada nos princípios norteadores do SUS ainda busca garantir a cobertura das necessidades da população por meio de programas pré-montados. Conforme Mattos⁴⁹, as necessidades de assistência de uma população não se reduzem ao atendimento oportuno de seus sofrimentos como também não se reduzem à realização de intervenções que evitariam um sofrimento futuro.

Ainda na Residência de Medicina de Família e Comunidade observa-se a dificuldade em ultrapassar as dimensões da prática médica, não diferente do todo de profissionais da rede de Saúde da Família. Mesmo contribuindo sobremaneira para a qualificação e consolidação da ESF em Fortaleza, a preceptoria encontra dificuldades em integrar às demais categorias, sobretudo aos enfermeiros: “*(...) é muito mais o preceptor e os residentes porque eles são diferenciados. É muito mais preceptor e residente, porque o preceptor é o médico que fica com eles nas consultas. Eu acho que ainda falta isso (...)*” (Enfermeira). Registra Mattos⁴⁹ que “*(...) as necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica*” (p.14).

A Especialização em Saúde da Família, também ofertada pelo município, é multiprofissional, e é mais uma das estratégias municipais para construir um sistema municipal de saúde integral. Todavia, “*desenvolver um bom trabalho em equipes multiprofissionais tem sido uma das maiores dificuldades das equipes de Saúde da Família, (...), contudo exige humildade, respeito mútuo e espírito científico entre os vários componentes das equipes*”, afirma Andrade¹³ (p.93)

4.6 – Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais

A Lei 8.080⁸ de 1990, Artigo 3º, das Disposições Gerais, registra:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (p.10).

Assim, uma vez inseridas nas comunidades, as equipes de Saúde da Família convivem com todas as demandas comunitárias. Estas acabam por impactar na dimensão da saúde justificando, portanto a prática intersetorial sinalizada pela Política Nacional da Atenção Básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família.

O contexto urbano vivenciado em Fortaleza faz com que os profissionais sintam-se impotentes diante das necessidades sociais em que as famílias estão submetidas, porque percebem que todos estes problemas sociais que acompanham o setor saúde não podem ser resolvidos por eles mesmos⁵²:

“Agora o que dificulta realmente... no meu caso, eu acho que é a demanda, que é muito grande, e a pobreza em si... de todos os aspectos, né (...) que por mais que você trabalhe, mais aquela demanda aumenta porque a gente sabe que não depende só da saúde, depende da educação, depende de... se tivesse uma rede de esgoto lá... Então você às vezes acaba achando que muitas vezes o seu trabalho não rende frutos e isso acaba às vezes te deixando... tira o incentivo de trabalhar, né? Eu vejo muito nesse sentido. Você perde o pique” (Médico).

Questões como segurança, educação, renda, habitação, lazer, violência entre outras, são diariamente vivenciadas pelas equipes que relatam dificuldades em manejar a promoção da saúde diante das carências percebidas. E a freqüente comparação vem à tona: a comparação com a implementação da ESF em cidades de pequeno porte:

“Tinha pobreza do interior, mas uma pobreza diferente, né? No interior. E não tem essa violência que tem aqui. Então as pessoas, elas têm... elas criam a galinha, elas têm aquela cultura,... alguma coisa... Então, às vezes com um salário mínimo no interior dá prá pessoa viver muito melhor do que aqui...

que ela tem que pagar transporte, ela tem uma série de coisas. Então é diferente. A pobreza aqui na cidade, ela é mais complicada por isso, porque envolve mais coisas... e a violência é maior, né? A violência... a educação... a gente pega criança aqui que tá na escola há cinco, seis anos e não sabe ler. Quer dizer... Eu sempre pergunto... às vezes chega aqui... ‘Tá estudando?’ Tá! Seis, sete anos... ‘Tá em que série?’ Segundo ano, ou tá na sexta série e às vezes não sabe ler. Quer dizer, que tipo de educação é essa, não é? É complicado. É multifatorial, né?’ (Médico)

Dentre as falas dos profissionais entrevistados, não se constatou a existência de alguma política intersetorial concreta, contudo algumas ações intersetoriais ocorrem localmente, e foram relatadas pelos sujeitos da pesquisa. Ressalva-se que estas ações apontadas, são de iniciativas locais e pontuais e não de um planejamento municipal.

Contudo, a observação e a pesquisa documental nos possibilitaram a constatação de duas tentativas municipais de atuar intersetorialmente, estas tentativas também se destacaram na fala dos sujeitos: a contratação de assistentes sociais pelo setor saúde e a realização de ações coletivas em saúde bucal nas escolas públicas municipais. Os assistentes sociais foram contratados para compor as EqSF da áreas de risco 1 mais carentes da cidade ². Todavia, estes profissionais são servidores exclusivos do setor saúde e recorrem aos colegas de categoria, lotados em outros setores da gestão pública municipal, para solucionar os problemas surgidos no seio das EqSF. Portanto, não se tratando de uma política municipal com planejamento de recursos e direcionamento de objetivos comuns, pois enquanto o setor saúde busca a promoção da saúde, o setor da assistência social busca inclusão social e cidadania – o que não deixa de ser um dos eixos para a promoção da saúde, todavia, não há um projeto municipal comum.

As EqSF deslocam-se às escolas para aplicação tópica de flúor, buchecho fluoretado, etc. ²⁴. Entretanto, não há articulação entre os setores saúde e educação no nível municipal. Os profissionais relatam dificuldades para o agendamento das atividades junto às direções escolares. A pauta da promoção da saúde, especificamente da saúde bucal, não compõe o cotidiano escolar e notadamente ambos os setores não traçaram objetivos comuns para que pudéssemos visualizar uma política de fato intersetorial:

“O nosso trabalho intersetorial é mais com a educação. A gente faz, procura fazer a parte de educação em saúde nas escolas. A nossa equipe em particular... a gente trabalha... eu trabalho... procuro conversar com as professoras da nossa área, mas nós temos dificuldades com isso porque até prá ceder o espaço tem uma certa resistência nas escolas” (Enfermeira).

“Quem geralmente desenvolve esse trabalho nas escolas é o pessoal da odontologia, com aplicações de flúor, né? (...)” (Médico).

As demais atividades realizadas pelas EqSF extra-setor saúde são equivocadamente entendidas como política intersetorial. E mesmo estas têm ocorrido esporadicamente, voltando-se para situações ocasionais e emergenciais. Atendimentos de urgência que vitimizam os alunos, campanhas de vacinação e divulgação de eventos no ambiente escolar foram manifestadas como práticas intersetoriais:

“A gente sempre recebe aqui é, às vezes, um acidente, uma coisa... eles recorrem à gente (...)” (Médico).

“Bem esporádico, bem esporádico (...) são ações pontuais. Por exemplo, dia... vacinação, então a gente vai nas escolas prá divulgar. Educação em DST, prevenção de DST, então a gente vai, conversa, faz uma oficina, faz uma palestra, mas é muito esporádico, muito esporádico mesmo. E agora tá...de um ano prá cá tá praticamente impossível a gente fazer (...)” (Enfermeira).

Ocorre ainda: a desconexão entre as atividades desenvolvidas pelos membros das EqSF; o surgimento de demandas escolares ou de outras áreas inclusive do setor privado que fazem com que os Centros de saúde da família vejam-se sujeitos a atender, mas sem um planejamento prévio ou direcionamento de objetivos, surgindo um contexto de demandas que não dialogam entre si:

“As ações intersetoriais, elas são agora... eu posso dizer... são esporádicas. Elas não acontecem com muita permanência não. Eu estou sempre trabalhando com a questão da odontologia, porque eu volto a dizer: eles brigaram muito prá odontologia... eu acompanhei esse processo da inclusão da odontologia dentro do grupo do PSF. Mas eles entraram e a gente sente um pouco de desânimo. Então eles fazem muito separado. Mas a gente tá reforçando prá que isso aconteça com mais permanência. Não só com a odontologia, mas com os demais (...). (...) O que nós temos também de intersetorial, quando é solicitado algum extra-muro, alguma empresa,

alguma coisa assim. Mas, fora isso, é mais a odontologia que trabalha”
(Coordenadora).

Conforme Heimann & Mendonça ¹¹, “*para intervir nas desigualdades entre os grupos humanos, os serviços básicos de saúde devem perseguir uma atenção integral e interagir com outros setores sociais, respeitando as características de cada um*” (p. 484). Mas há de convir também que a ESF não é capaz de responder sozinha às demandas comunitárias. Portanto, a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes cidades - onde os problemas sociais são agravados - deve ser discutida como uma estratégia nacional de reorganização social. Quem sabe futuramente não teremos equipes multisetoriais? Ou que pelo menos as demais áreas públicas governamentais dominem a discussão da ESF e passem a adotá-la como um dos eixos para a tomada de decisão do planejamento urbano.

Mas é preciso também uma avaliação crítica destes profissionais - parece existir um certo desânimo. Não estarão eles reféns da demanda clínica que recorre aos consultórios? A dimensão humana, o trabalho humano exigido na atenção básica à saúde é insuperável e requer perfil profissional, do contrário a sensação de impotência será alimentada e a desmotivação superará qualquer bom vínculo empregatício ou bons salários.

4.7 – Valorização de diversos saberes e práticas

Conforme a política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS, a valorização dos diversos saberes e práticas está relacionado com a busca da integralidade da atenção, por meio da valorização da singularidade dos indivíduos em suas diversas dimensões entre elas a social e a cultural. Esta prática fortalece a aproximação às comunidades e favorece a co-responsabilização dos indivíduos com o auto-cuidado ⁵³.

A Portaria em estudo sugere a ‘valorização dos diversos saberes e práticas’, já o estudo revelou que embora estas práticas, inclusive as populares, sejam respeitadas pelos profissionais, a prática em si não ocorre na dimensão da equipe. Tendo inclusive sido pouco relatada pelos sujeitos da pesquisa. Contudo, por meio de análise documental constatou-se que a gestão municipal da saúde tem investido na incorporação de atividades integrativas, como: terapia comunitária, resgate de auto-estima, terapia do riso, massoterapia e arte terapia entre outras ^{2, 24}.

Os dois CSF estudados demonstraram que ainda há uma baixa integração desses novos serviços com as equipes propriamente ditas. Ocorrendo na verdade, a oferta de um serviço a mais no Centro de saúde ainda desconecta da prescrição dos cuidados oferecidos:

“Em relação aos saberes e práticas populares, essa gestão agora, ela se preocupa muito mais do que as outras. É uma coisa nova que tá sendo incorporada agora no PSF. No caso da nossa unidade, nós ainda estamos engatinhando em relação a isso. Nós tínhamos muito trabalho com a Pastoral da Criança que trazia alguma coisa. A massoterapia... nós temos uma profissional que trabalha com a massoterapia na unidade. Hoje ela está nas segundas à noite” (Coordenadora de CSF).

As sessões de resgate de auto-estima foram as que demonstram mais resultados, no ponto de vista de médicos, enfermeiros e coordenadores, resultando inclusive na redução da prescrição de medicamentos para ansiedade junto aos participantes do grupo existente:

“Eu acho que tá dando resultado porque o pessoal tá vindo. Mesmo que às vezes eu possa não aceitar, mas todo o mundo é um pouco preconceituoso com essas coisas, certo? Então pra mim... às vezes o pessoal acha que é questão de religião. Eu posso não aceitar, mas prá muita gente tá fazendo bem. Eu acho que aqui tem sido positivo, pelo menos pelo exemplo que o pessoal tem dado... tem diminuído medicamento, tem diminuído ansiedade, tem procurado menos a unidade de saúde. Eu acho que é bem positivo. Tem um resultado positivo” (Enfermeira).

Contudo, mesmo reconhecendo as melhorias na qualidade de vida dos participantes do grupo de resgate de auto-estima, alguns profissionais manifestaram resistência, inclusive relacionando com questões religiosas. Quanto às práticas populares, como rezadeiras, uso de chás, etc., todos os profissionais e coordenadores entrevistados, inclusive a agente comunitária de saúde, relataram respeitar as práticas, contudo preferem não opinar quanto à utilização quando são questionados pelos usuários, atribuindo aos mesmos a opção ou não pelo uso.

4.8 – Promoção e estímulo à participação popular

Já a participação popular é um dos eixos diretivos para o planejamento da cidade. A gestão municipal adotou o Orçamento Participativo - OP como ferramenta e

espaço deliberativo para o planejamento das ações municipais na perspectiva de estimular a participação da comunidade nas políticas públicas. Todos os setores da prefeitura conhecem o mecanismo e enfocam a importância da participação popular no compartilhar das decisões para o cuidado com a cidade. Em 1989, o OP surgiu em Porto Alegre, tendo sido implantado com sucesso em várias cidades, do Brasil e do mundo, como Belém, Recife e São Paulo este Rosário (Argentina), Sevilha (Espanha) e Saint Denis (França) ²⁴. Gohn (2003) apud Crevelim ⁵¹ observa que o OP é uma nova forma de participação institucionalizada e é um marco nas relações governo-sociedade. Em Fortaleza, foi iniciado em 2005 e em seu primeiro ano participaram de 35 assembléias, 8 mil pessoas, resultando em 637 propostas, sendo 332 aprovadas, sendo o eixo temático da saúde o que resultou em maior número de demandas. Dentre estas, a construção de 25 novos centros de saúde da família ²⁴.

Mendes & Donato ³⁴, sinalizam que sendo o território *“construído no processo histórico e historicamente determinado, pertence a uma dada sociedade, de um dado local, que articula as forças sociais de uma determinada maneira”* (p.40). Deste modo, a participação popular reforça o processo democrático quando inclui os indivíduos, famílias ou comunidades na (re) construção de seus territórios, de modo que singulariza as necessidades e desejos sentidos. Enfocando o fenômeno da saúde, os autores afirmam ainda que esta deve ser concebida *“enquanto expressão de um fenômeno coletivo e este não mais entendido como um todo homogêneo. (...) Os indivíduos vivem, adoecem e morrem diferentemente segundo sua inserção nas classes e frações de classes sociais.”* (p.42) , contudo sendo coletivo se faz necessária a participação. Porém estes indivíduos precisam ser permanentemente instigados para a participação. Matumoto (2003) apud Crevelim ⁵¹ observa a ausência do usuário como protagonista da produção do seu cuidado, visto que trabalhadores e equipe colocam a população fora do âmbito das decisões que lhes dizem respeito. Esta situação também foi percebida neste estudo, vejamos a fala da agente comunitária de saúde:

“Aí, eu tô lá tentando de toda forma... fazendo esses grupos... é um pessoal acomodado que é assim... “tu faz isso, eu espero cair do céu, né? Então eu tô tentando ver se mudo essa visão delas, botar as pessoas prá procurar sua própria saúde, seus meios de buscar sua saúde. Porque não é só ficar esperando o agente de saúde. O agente de saúde orienta, mas a mãe também tem que se sensibilizar. Então eu tô procurando... Tem um projeto lá, muito bom, Cultura em Crescimento. Aí eu pedi uma sala lá, aí eu vou começar a promover essas ações prá sacolejar mais a comunidade. A minha área, em

termos de saúde, ela é muito acomodada porque elas conhecem os direitos delas, mas não sabem reivindicar, elas não sabem buscar. Elas acham que, se tem uma liderança lá, a liderança tem que fazer tudo. Não é assim. Eu digo sempre prá elas: ‘gente, o que faz uma comunidade crescer é o povo, não é um presidente, uma diretoria duma Associação que faz... Como é que ela vai falar de vocês se ela não tem vocês prá apresentar? Vocês têm que se engajar nisso!’. (...) Então eu acho que eu, como agente de saúde, eu tenho que mudar essa visão deles” (Agente comunitária de saúde).

Na gestão da saúde do município ora apresentado, houve também o fortalecimento do controle social por meio da revitalização dos Conselhos Locais de Saúde dos centros de saúde da família:

“O controle social também foi reforçado nessa gestão e nós conseguimos implantar o nosso Conselho Local de Saúde. Nosso Conselho é muito atuante, nós temos a presença de usuários na unidade de saúde. É um momento que a gente dá ouvidos, é um momento de escuta qualificada dos usuários através do Conselho Local de Saúde. E nós temos conseguido muita coisa através desse Conselho. Agora recentemente nós passamos por uma eleição do Conselho, então estamos refazendo o nosso. E o Conselho sempre foi muito bem visto. Nessa gestão é muito atuante” (Coordenadora).

Segundo a coordenadora, diferentemente da equipe gestora anterior, a gestão atual estimula a participação comunitária, mudança que consegue uma vez que também atuou na anterior gestão.

Porém, embora existentes, os conselhos locais de saúde têm suas atuações questionadas pelos profissionais das EqSF. Crevelim & Peduzzi ⁵¹ notam que aos olhos dos trabalhadores, o controle social possui “forte conotação de fiscalização” (p.328). Conforme os autores, os conselheiros apontam os erros e buscam privilégios gerando tensão nos ambientes de trabalho, fato semelhante ao encontrado em Fortaleza:

“Olha, o controle social é a participação da comunidade, teoricamente, ela é muito importante, mas na nossa prática ela mais atrapalha do que ajuda (...). Ela [comunidade] não quer saber se a equipe foi prá uma reunião, foi prá uma atualização, (...) está numa reunião prá tentar traçar alguma estratégia prá melhorar o atendimento, prá melhorar o funcionamento da equipe na comunidade. Eles querem saber de consulta. (...) Eles cobram o

atendimento, cobram a consulta, e às vezes a equipe quer reunir a comunidade prá fazer uma reunião e eles acham que não, (...) que mais importante é o médico estar dentro do consultório. Então assim, culturalmente, ainda tá muito complicado essa participação social no funcionamento do PSF. Eu acho que a equipe precisa trabalhar mais isso, essa conscientização junto à comunidade, mas já foram feitas tentativas e dá assim um certo desânimo na gente” (Enfermeira).

Enquanto médicos e enfermeiros mostram-se queixosos em relação à atuação dos CLS, os gestores (coordenadores dos CSF) ressaltam os CLS como companheiros no processo de planejamento das ações e melhoria dos serviços:

“Falando ainda da questão do controle social, eu vejo de suma importância porque um gestor, ele não pode trabalhar sozinho, ele não pensa de forma sozinho, ele não pode trabalhar só. Ele precisa de outras pessoas que estão dentro do nosso território, que são os nossos usuários, que são nossas rezadeiras, que são nossos umbandistas... todas as religiões, todas essas pessoas sem... problema cultural... a gente precisa das opiniões dessas pessoas prá gente trabalhar em cima do nosso processo de trabalho. Então ele eu vejo como de suma importância. Não tem como trabalhar só” (Coordenadora).

Médicos e enfermeiros alegam ainda a (i) maturidade dos conselheiros na discussão dos temas. Contudo, consideramos que estes profissionais percebendo o pouco embasamento ou fragilidade no entendimento da dinâmica do serviço, poderiam os mesmos promover a participação, envolvendo e sensibilizando a comunidade e esclarecendo-a das rotinas, ombreando-se no planejamento e avaliação das atividades.

Apesar de existirem representantes dos trabalhadores, dentre estes, profissionais de nível superior, na composição dos CLS, os demais pouco se envolvem nas discussões, inclusive não demonstram interesse em participar das reuniões. Contudo, existe um canal aberto para a participação comunitária nas Rodas de Gestão das unidades, em que as pautas discutidas no âmbito dos CLS são levadas por um representante ou pelo coordenador do CSF aos demais funcionários. Assim como as pautas das unidades são também levadas ao CLS e comunitários.

“(...) nós temos um representante aqui no posto. Tem o representante e tem a pessoa que substitui quando ele não pode ir. Mas as reuniões do Conselho (...) as decisões, o que foi discutido, sempre é passado na Roda, sempre, as

discussões, as decisões, os problemas que o Conselho passa prá esse profissional ele sempre repassa prá gente” (Enfermeira).

A tentativa de mobilizar a comunidade e envolvê-la é mais presente nos agentes comunitários de saúde:

“Como eu lhe disse, eu tô começando a fazer coletivo prá ver se elas aprendem a se organizar, a participar... que o problema do povo é não participar. A comunidade, ela tem que participar de alguma coisa. A pessoa não pode viver igual a um poste, só naquele lugar não. Ela tem que se movimentar. Então assim... até hoje eu tô dando mais... familiar, família por família. Mas agora eu já tô começando, já tô vendo que já tenho mais chance, mais credibilidade de reunir, né?... que essa credibilidade, minha filha, você sua prá conseguir” (Agente comunitária de saúde).

Apesar do favorecimento da participação popular e do envolvimento da gestão municipal com as comunidades, as equipes de Saúde da Família apresentam um sentimento de defesa, de ressentimento e na verdade, percebe-se o pouco interesse destas em relação à função do CLS. Uma das falas dos sujeitos nos chamou a atenção quando enfaticamente a enfermeira afirmou que a comunidade não participa das atividades extra-consultas, mais uma vez atribuindo à comunidade a responsabilidade pelo sucesso ou não das ações ofertadas:

“Se marca uma reunião, a população não vai, a comunidade não participa, e ainda fica reclamando que a gente devia era estar atendendo. Acho que é uma questão cultural também” (Enfermeira).

Segundo Ronzani & Silva ²¹, a justificativa para não participação da comunidade é que as atividades “*não correspondem às suas necessidades*” (p.27). Crevelim & Peduzzi ⁵¹ registram que o campo do planejamento e da construção do cuidado deve envolver profissionais e usuários, assim do contrário: “reproduz-se o modelo de ‘pensar por’, ‘planejar por’, ‘decidir por’, ao invés de ‘pensar com’, ‘planejar com’, ‘decidir com’ o usuário e a população” (p.330).

Contudo, mesmo que seja por meio dos CLS que a ESF assegura o princípio constitucional da participação popular regulamentada nas Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, a participação popular não deve se dar necessariamente somente por meio dos CLS. Porém, as entrevistas e observações realizadas revelaram a baixa interação EqSF – usuários, ocorrendo apenas quando na resposta de problemas levantados e na realização

de atividades que demandam a presença comunitária. Faz-se necessário o fortalecimento das discussões no nível local, enfocando o território “(...) *como ator e não como palco, um espaço que dinamiza as relações, que integra culturalmente e se converte em um lugar de respostas possíveis aos propósitos sociais, econômicos, políticos e culturais de nossa época*”⁵⁴.

4.9 – Acompanhamento e avaliação das ações

A Portaria nº 648 / 2006 aprova que o acompanhamento e avaliação sistemática das ações devem ocorrer “*visando à readequação do processo de trabalho*” (p.26).

Devido às questões já discutidas - como ausência de agentes comunitários de saúde e as diversidades no processo de territorialização das equipes e dos centros de saúde da família - o acompanhamento das ações tem sido prejudicado, e vem ocorrendo embasado, na maioria das vezes, em avaliações qualitativas:

“Apesar de a gente não estar expondo esse material, mas não deixa de ser, porque existe uma necessidade em determinada área então a gente tem que trabalhar mais em cima daquilo ali, daquele ponto, né? Como a gente teve o exemplo da dengue. A gente viu... a dengue, a gente ainda conseguiu expor, a gente fez a sala de situação da dengue. Mas é em cima disso aí que a gente organiza o nosso processo de trabalho. E cada equipe também tem a diferenciação, então cada equipe trabalha em cima do que eles estão vendo, em cima dos dados, das informações, do que realmente tem mais necessidade” (Coordenadora).

“Nós temos nossa reuniões de gestão, (...) no final... sempre tem entrega do SIAB, das equipes reunirem. Mas também eu como gestora, posso dizer que isso está acontecimento de forma muito falha. Nós estamos pensando em fazer nossa sala de situação prá gente acompanhar de forma mais eficaz esse ponto, mas é o que eu volto a dizer: como nós estamos ainda com problema na territorialização, eu acho que tudo isso atrapalha. Por que como é que a gente vai trabalhar a sala de situação se a gente não trabalhou, não organizou o território?” (Coordenadora).

Constatou-se que a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, um dos princípios do SUS, é pouco (ou não) utilizada no nível local de saúde, a menos que as equipes sejam motivadas pelos técnicos das SERs e em escala

pelos coordenadores dos CSF. Vale ressaltar que esta motivação geralmente ocorre pontual, esporádica e compartimentalizada em temas:

“(...) Eu não vejo nenhum tipo de acompanhamento, nem nunca foi solicitado nenhum tipo de acompanhamento externo em relação a isso, em relação à qualidade nem quantidade nem em relação a nada. (...) O que a gente vê, às vezes, da cobertura vacinal, é a cobrança em relação à cobertura, em relação... Mas assim, você usar no dia a dia, pegar aquele parâmetro e trabalhar em cima daquilo, não” (Médico).

Contudo, ocorre que mesmo os técnicos regionais têm dificuldades em delimitar metas e coberturas locais uma vez que os limites geográficos não estão pactuados por completo, restando assim numa busca de metas regionais e não locais. As dúvidas em relação ao território parecem deixar as equipes “às cegas”; como se trabalhassem sem rumo, “sem caminho de ida, sem caminho de volta”:

“A gente só sabe isso quando vem algum desses indicadores via Regional.”
(Coordenadora)

Em virtude da chegada parcial dos ACS, as avaliações em equipe e especificamente da produção destes profissionais, têm sinalizado uma iniciação. Anterior à chegada dos poucos ACS, as equipes viam-se duvidosas em como alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, gerando uma alimentação burocrática e obrigatória, e não questionadora ou vinculada a um processo de acompanhamento / avaliação para readequação do processo de trabalho. É o SIAB, embora com muitas inconsistências, ainda o responsável por promover o espaço / tempo para a visualização das produções. Percebe-se ainda que tem sido um espaço solitário cuja responsabilidade recai exclusivamente sobre os enfermeiros e não a toda a equipe. Não se percebe por parte das EqSF o interesse em conhecer a realidade epidemiológica, recaindo sobre os agentes de saúde e a territorialização a responsabilidade desta situação.

“Eu falo muito que existe antes dos ACS e depois do ACS, (...) eu passei mais de um ano sem gente de saúde. Existe as avaliações que a gente tem que mandar. Como é que eu vou dar conta de quantas mulheres tiveram menino, quem está dando de mamar, quem não está dando sem agente de saúde? Às vezes eu falava com os médicos: ‘Mas eu tenho que mandar

alguma coisa, porque vão exigir!’ E agora a gente tá começando do zero: quantos diabéticos, quantos hipertensos realmente tem....” (Enfermeira).

Contudo, nas equipes compostas por residentes de medicina de família e comunidade, esta temática já tem sido mais discutida, uma vez que alguns dos indicadores de saúde não necessariamente exigem a fiel adscrição de território. A exemplo disto podemos citar a regulação dos encaminhamentos para as especialidades médicas, que pode ser extraída do Sistema Informatizado – Cartão SUS, e a mortalidade geral, mortalidade infantil, gravidez na adolescência etc., que podem ser extraídas por bairro dos sistemas de informação como SIM e SINASC.

Outra ferramenta para fortalecimento da prática de avaliação tem sido a especialização em saúde da família, os profissionais-alunos estão sendo motivados e despertados para a importância de “olhar-se”.

Sem dúvida as Rodas de Gestão também são espaços de acompanhamento e avaliação das práticas em relação às questões de rotina dos CSF, como: horários dos serviços, criação de novas ofertas, redefinição de fluxos, demanda sazonais, planejamento de mudanças em geral. As denominadas Rodas Pedagógicas ainda que pontualmente realizadas, destacam-se como espaços para a discussão dos indicadores locais de saúde:

“Essas Rodas Pedagógicas que a gente tá fazendo aqui... aquela a gente já fez de questões de indicadores, não sei se é esse o nome certo... , acompanhamento de tuberculose e hanseníase, a gente fez agora do pré-natal, é uma coisa que a gente tá até desenvolvendo, essa parte... saber quantos estão, quem é que tem... A gente descobriu que não tem muita adolescente grávida, vamos trabalhar com outra coisa. A gente descobriu que a vacina estava super atrasada, a gente tá trabalhando em cima das vacinas (...)” (Enfermeira).

Não se pretende aqui fomentar a produtividade, mas sim a epidemiologia, que merece destaque singular e somatória na iniciação da implementação destas equipes de Saúde da Família de Fortaleza. Ademais, quando avaliados os indicadores de saúde não se aspira apenas a contar procedimentos, mas mensurar também a resposta da qualidade dos serviços prestados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família em Fortaleza está em fase de implantação. Os dois anos de implementação após a expansão foram intensos e perseguiram fortemente o atendimento à Portaria N° 648 / 2006, contudo ainda são necessários muitos passos para que de fato a ESF se consolide na cidade e atenda à diretriz nacional.

População, trabalhadores e gestores mostram-se confusos, uma vez que ora defendem a nova Estratégia ora fortalecem o modelo clássico. A prática curativa está fortemente presente no cotidiano e na mente destes três sujeitos, fato que pode ser constatado pela baixa realização de atividades extra-consultas; quase que inexistente formação de grupos para a promoção da saúde; participação popular focada para a exigência da presença médica e na oferta de pronto atendimento noturno nos centros de saúde da família.

A escassez de médicos de família, a violência urbana e ainda a baixa cobertura populacional, assim como em inúmeras outras metrópoles, também ocorrem em Fortaleza e são três questões que merecem ser discutidas em nível nacional. Como lidar com a violência urbana que assola as cidades e gera o medo no ambiente das EqSF? A aproximação com as comunidades e o dia-a-dia nos territórios levanta esta questão que também pode ser solucionada uma vez consolidados o vínculo e a participação popular. O tempo dirá.

A organização da demanda, utilizando a ferramenta do acolhimento por avaliação e classificação de risco, destaca-se como marco do processo de humanização da atenção à saúde na cidade, pois possibilitou uma iniciação na integração entre veteranos e profissionais das EqSF e na incorporação dos demais profissionais da rede de AB; a discussão quanto à responsabilidade sanitária e o atendimento à demanda espontânea. Porém, também necessita de acompanhamento, uma vez que o atendimento à demanda espontânea foi tão incorporado que corre o risco de transformar as EqSF em equipes de pronto atendimento.

Marcante é também a baixa integração dos profissionais veteranos à Estratégia Saúde da Família, confundindo principalmente os usuários. Esta questão merece atenção da gestão municipal e mostra-se um bom objeto para novas pesquisas.

Uma aparente culpabilização parece permear o cotidiano das EqSF, estas demandam a competência do sucesso ou não da ESF à gestão, aos usuários ou à cidade,

referindo-se à realidade de Fortaleza – **“urbana, populosa, violenta”**, como a principal dificultadora. A desmotivação já é aparente e conformismo com o modelo está se fortalecendo no seio das EqSF, que se não passarem por uma forte dinamização diária, estarão sujeitos a serem tragados pelo modelo clássico.

Os conceitos teóricos para consolidação da Estratégia no município são bem percebidos no nível macro da Secretaria Municipal de Saúde, contudo estes conceitos parecem se fragmentar quando percorrem o caminho até à real execução, que seria por meio das EqSF. Parece existir uma fragilidade na gestão dos processos, seja devido ao sistema regionalizado de Fortaleza, seja à capacidade e qualidade de gestão da Atenção Básica do município, envolvendo as equipes técnicas das regionais e coordenadores dos centros de saúde da família. Não é fácil mudar, implantar novas concepções, sobretudo no urbano, onde perpassam inúmeros fatores que sobrecarregam os usuários, trabalhadores e gestão pública municipal. Por isso, as equipes gestoras merecem maior preparo técnico para que possam saber lidar com as situações em que se depararem no processo.

A democratização da gestão é uma forte alavanca na execução da ESF na cidade. Por meio das Rodas de Gestão, as equipes têm verbalizado seus interesses e sugerido mudanças, percebe-se um agradável ambiente de trabalho. Mas para esta democratização, os gestores e trabalhadores precisam sentir-se cada vez mais preparados para ouvir, calar e consensuar interesses, desejos e negações.

A criação do Sistema Municipal de Saúde Escola é o marco desta fase por que passa o município, é o reconhecimento da importância da educação permanente como principal eixo para a mudança das concepções persistentes.

Não há culpados e não há vítimas. Acredita-se que este seja um processo natural em que passa o Sistema Único de Saúde nas grandes cidades. As soluções não dependem de ações isoladas de usuários, trabalhadores ou gestores, tampouco da ação pontual de um setor ou outro do sistema municipal de saúde. São estas soluções que desejamos encontrar, mas não serão mágicas e sim interdependentes dos diversos setores públicos e da sociedade.

Por fim, constam aqui algumas estratégias sugeridas para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza. Serão apresentadas em nove tópicos e relacionadas a cada item da Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006. É oportuno informar que consistem em estratégias interdependentes e transversais, voltadas para gestores e trabalhadores da Rede de Atenção Básica / ESF da cidade.

Através destas estratégias, perpassam diversos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e em especial os objetivos a serem alcançados pela Portaria em estudo. Não se trata de ações pontuais, porém visam ao melhor cumprimento dos itens apresentados e em especial o fortalecimento da gestão da ESF em nível Regional, já que Fortaleza executa as ações de forma regionalizada.

Evidente que a ampliação da cobertura populacional se apresenta como uma estratégia singular para o fortalecimento da ESF em Fortaleza. Contudo, em sua maioria, as que ora são apresentadas tratam de ações qualitativas e destinam-se à atual cobertura populacional da ESF do município.

1 – Cadastro familiar e uso dos dados

a) Realizar cadastramento dos indivíduos / famílias de todas as microáreas que têm ACS, estabelecendo prazo para conclusão. O prazo é necessário para que seja dada visibilidade à ação e viabilize a homogeneidade da situação entre as Secretarias Executivas Regionais. Esta estratégia pode ser realizada por meio de oficinas junto às EqSF acompanhando sistematicamente a produção dos agentes comunitários de saúde, calculando inclusive percentuais de cobertura do cadastramento.

b) Ativar SIAB-Regional (nas Regionais) para imediata digitação das Fichas A. Para isso é necessária uma equipe técnica exclusiva, com no mínimo um digitador (seis horas diárias de digitação) e um enfermeiro (oito horas diárias de trabalho). Devendo este enfermeiro ter experiência prévia em Estratégia Saúde da Família, manejo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e noções mínimas de epidemiologia. O enfermeiro será responsável pelo gerenciamento do sistema de informação, monitorando, avaliando e retroalimentando as informações, entre: SIAB / técnicos da Atenção Básica Regional e SIAB / CSF - EqSF, buscando ainda a qualidade dos dados digitados, revisando ficha-a-ficha e fazendo a interlocução com as EqSF quando se fizer necessário, ou seja, no caso de dúvidas ou inconsistências dos dados enviados.

c) Elaborar calendário mensal para que os enfermeiros das EqSF acompanhados dos respectivos ACS desloquem-se à Regional para atualização dos dados dos indivíduos / famílias, junto à equipe SIAB-Regional.

d) Instalar SIAB-Local (nos centros de saúde da família) para realização das estratégias supra-sugeridas. Porém, apenas depois de realizado todo o cadastramento e estabelecido um ritmo no gerenciamento do Sistema.

e) Integrar o cadastro do sistema informatizado – Sistema Cartão-SUS ao cadastro realizado em território - Fichas A (Reformulação do Sistema).

f) Abrir prontuário no Sistema Cartão-SUS de todos os indivíduos / famílias cadastradas em Ficha A. Adotar esta atividade com manutenção permanente e de responsabilidade dos agentes comunitários de saúde e recepcionistas dos CSF.

g) Reorganizar os cadastros existentes no Sistema Cartão-SUS, transferindo aqueles das áreas de abrangência de outros centros de saúde da família. Adotar esta atividade com manutenção permanente e de responsabilidade dos agentes comunitários de saúde e recepcionistas dos CSF.

h) Elaborar Semana-padrão (cronograma das EqSF) contemplando um momento semanal ou quinzenal para avaliação da produção dos ACS e demais dados de saúde da EqSF.

i) Efetivar todos os ACS das microáreas cobertas por EqSF.

j) Fortalecer a importância do cadastramento e uso dos dados, em todos os espaços e momentos disponíveis, como: Sistema Municipal de Saúde Escola, Rodas de Gestão e CLS.

2 – Adscrição de território

a) Realizar territorialização em massa e com prazo para conclusão - o prazo é necessário para que seja dada visibilidade à ação e viabilize a homogeneidade da situação entre as Secretarias Executivas Regionais.

- Contar com equipe do nível central calibrada para a realização e monitoramento do processo junto às Regionais - a calibração é importante para que seja alcançado um padrão municipal.

- Ordenar o cumprimento do critério de risco adotado pelo município e se necessário deslocar EqSF de áreas pré-adscritas para isso.

- Definir claramente os limites geográficos entre as EqSF, CSF e SERs, utilizando como referência as microáreas já mapeadas pelo município.

- Contar com participação comunitária.

b) Adequar o dimensionamento de habitantes por EqSF de acordo com a diretriz nacional.

c) Confeccionar mapas para exposição nos CSF, contendo: microáreas, classificação de risco, EqSF e limites geográficos entre EqSF / CSF / SER. A exposição deve favorecer a visualização por todos os trabalhadores, usuários e visitantes dos CSF.

d) Integrar as Células Regionais de Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica no processo de apropriação do território.

e) Efetivar todos os ACS das microáreas cobertas por EqSF.

f) Envolver os profissionais veteranos da rede de Atenção Básica.

g) Fortalecer a discussão do território, em todos os espaços e momentos disponíveis, como: Sistema Municipal de Saúde Escola, Rodas de Gestão e CLS.

3 – Planejamento segundo critérios de risco / Organização da demanda

a) Promover a integração dos profissionais veteranos da Atenção Básica e EqSF por meio de ações de nível municipal, regional e local.

b) Estabelecer um conceito teórico padrão nas discussões e definições de responsabilidade sanitária.

c) Redefinir as gratificações aos profissionais veteranos, excluindo aquelas que fomentam a produção quantitativa e incluindo a produção qualitativa da atenção, embasada na Epidemiologia.

d) Contratar médicos para as equipes desfalcadas.

e) Monitorar semana-padrão (cronograma) das EqSF, sugerir mudanças como a inclusão de atividades em território, grupos, visitas domiciliares. Sendo estabelecida uma quantidade mínima destas atividades por EqSF.

f) Elaborar semana-padrão dos profissionais veteranos da Atenção Básica inseridos nos CSF, podendo ser integradas as das EqSF ou não.

g) Monitorar implementação do AACR e política de humanização da atenção como um todo, discutindo de forma transversal e permanente.

h) Utilizar a Epidemiologia para visualização da realidade, organização e priorização das atividades nos CSF.

i) Padronizar o funcionamento do 3º Turno: equipe mínima, serviços ofertados, atribuições dos membros das equipes, utilização dos prontuários, agendamento, AACR, interlocução com os demais horários de funcionamento e equipes, etc.

j) Discutir ações mínimas para padronização dos CSF no que diz respeito aos horários, equipes e estratégias de atendimento (serviços e agendamentos), dada a mistura de contextos do município.

k) Agilizar a implementação dos NASF em todas as Regionais.

l) Massificar a idéia dos CSF como centros de saúde-escola, possibilitando assim o fortalecimento da medicina de família e comunidade.

m) Pautar permanentemente o tema no SMSE, Rodas de Gestão e CLS.

4 – Prática do cuidado familiar

a) Reformular o Sistema Cartão-SUS, facilitando seu uso e constituindo um prontuário familiar.

b) Promover capacitações voltadas às EqSF e veteranos envolvendo o tema Família.

c) Adicionar o profissional assistente social nas EqSF.

d) Definir ações às famílias, mínimas por EqSF, assegurando a realização destas por meio da inclusão na semana-padrão das EqSF. A estratégia sugerida é para deslançar um início homogêneo desta prática.

e) Pautar permanentemente o tema no SMSE, Rodas de Gestão e CLS.

5 – Trabalho interdisciplinar e em equipe

a) Integrar o prontuário do Sistema Cartão-SUS ao prontuário de saúde bucal do mesmo sistema.

b) Adicionar o profissional assistente social nas EqSF.

c) Monitorar semana-padrão (cronograma) das EqSF, sugerindo a inclusão de atividades interdisciplinares, incluindo a participação dos profissionais veteranos.

d) Revitalizar as Rodas de Gestão, em especial as Rodas Pedagógicas e Terapêuticas, favorecendo respectivamente a prática interdisciplinar na clínica e o trabalho em equipe.

f) Estimular a participação dos cirurgiões dentistas em todos os momentos e atividades possíveis.

g) Pautar permanentemente o tema no SMSE, Rodas de Gestão e CLS.

h)

6 – Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais

a) Multiplicar a filosofia da ESF entre as diversas áreas governamentais e da sociedade civil.

b) Definir ações intersetoriais mínimas por EqSF, assegurando a realização destas por meio da inclusão na semana-padrão das EqSF. A atuação intersetorial deve se desenvolver de forma transversal, no entanto a estratégia sugerida é para deslançar um início homogêneo desta prática.

c) Pautar permanentemente o tema no SMSE, Rodas de Gestão e CLS.

7 – Valorização de diversos saberes e práticas

a) Envolver profissionais de nível superior e representantes das comunidades nos cursos de formação de práticas integrativas e complementares oferecidos pelo município.

b) Promover um gerenciamento e acompanhamento técnico junto aos grupos e facilitadores atuais de modo a levantar entraves e sucessos.

c) Realizar fóruns de debate das práticas integrativas, complementares e populares que atualmente estão em andamento ou presentes no município.

d) Desenvolver estratégias para sensibilização das EqSF e demais trabalhadores para a incorporação destas práticas nos cuidados prescritos.

e) Pautar permanentemente o tema no SMSE, Rodas de Gestão e CLS.

8 – Promoção e estímulo à participação popular

a) Atender às demandas aprovadas no Orçamento Participativo, visando à credibilidade da ferramenta municipal.

b) Realizar fóruns populares locais em quantidade mínima ao ano assegurando a realização destas por meio da inclusão nas atividades de todos os profissionais dos CSF.

c) Acompanhar o calendário das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde dos CSF, assegurando a participação de todos os profissionais. Se necessário, incluindo as reuniões dos CLS como Rodas de Gestão, de forma a proporcionar a participação de todos os trabalhadores.

d) Manter a revitalização dos CLS.

e) Pautar permanentemente o tema no SMSE, Rodas de Gestão e CLS.

9 – Acompanhamento e avaliação sistemática das ações

a) Incluir a Epidemiologia na prática do acompanhamento e avaliação das ações.

b) Monitorar semana-padrão das EqSF, sugerindo a inclusão de momento para avaliação das atividades em equipe e manutenção do SIAB.

c) Revitalizar as Rodas de Gestão, em especial as Rodas Pedagógicas, tornando-as momentos de avaliação dos serviços prestados, incluindo todos os trabalhadores das unidades.

d) Praticar as estratégias sugeridas no item sobre adscrição de território, em especial a integração das Células Regionais de Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica.

e) Retroalimentar as EqSF e CSF, realizando seminários de discussão dos indicadores regionais e locais.

f) Pactuar metas locais para o alcance de metas regionais.

g) Redefinir as gratificações aos profissionais veteranos, excluindo aquelas que fomentam a produção quantitativa e incluindo a produção qualitativa da atenção, embasada na Epidemiologia.

h) Promover capacitações em Epidemiologia básica voltadas às EqSF, veteranos e coordenadores dos CSF, constando temas como: manuseio dos sistemas de informação, definição / elaboração de metas, avaliação de coberturas etc.

i) Estabelecer a elaboração de relatórios de atividades semestrais e anuais.

j) Pautar permanentemente o tema no SMSE, Rodas de Gestão e CLS.

6. BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

1. IBGE. **Estatísticas Vitais e Dados Demográficos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>, acesso em 28 mar. 2007.
2. FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – 2005**. Fortaleza, 2006. Disponível em: www.saudefortaleza.ce.gov.br
3. CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 191-202, 2002.
4. GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (2), p. 490-498, mar. /abr. 2005.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa nacional registra a evolução do saúde da família e sua relação com indicadores de saúde. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, n 32, ano VII, nov-dez, 2005.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia saúde da família – abrangência município de Fortaleza**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> . Acesso em: 20 de setembro de 2007.
7. CORDEIRO, H. **O instituto de medicina social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS**. Physis, vol. 14, nº 2, p. 343 – 362, jul, 2004.
8. BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. In:

- Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2ª edição. Brasília: Editora MS, 2006.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. 34p.
 10. VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M. R. A reforma de saúde no Brasil e o programa saúde da família. **Revista de Saúde Coletiva**, 8, p. 11 – 48, 1998.
 11. HEIMANN, L.S.; MENDONÇA, M.H. A trajetória da Atenção Básica em saúde e Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, M.J. organizadores. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Parte III (15), p. 481-512, 2005.
 12. Formação é o desafio após 12 anos – saúde da família. **Jornal Diário do Nordeste 2006, Fortaleza**, 22 de out. de 2006.
 13. ANDRADE, O. M. et al. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap.7, p. 88 – 100.
 14. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, MS, 2006.
 15. CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
 16. CARVALHO, M. C. B. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org) **Família: redes, laços e políticas públicas**. 2ª edição. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP, 2005. Parte III, p. 267 – 274.

17. BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> . Acesso em: 14 de set. de 2007.
18. BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família avança na atenção à saúde da população idosa**. (Correio eletrônico do departamento de Atenção Básica). Recebido em: 18 de set. de 2007.
19. BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores são melhores onde há Saúde da Família**. (Correio eletrônico do departamento de Atenção Básica). Recebido em: 12 de agosto de 2008.
20. BEZERRA, N. O.; NASCIMENTO, M. Â. A. implantação do programa saúde da família (PSF) em Feira de Santana-BA no ano 2000 como experiência piloto: vontade política ou “interesses políticos”? **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 175-188, jul./dez. 2005.
21. RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (1), p. 23-34, 2008.
22. BOUSQUAT, A.; COHN, A.; ELIAS, P. Implantação do programa saúde da família e exclusão sócio-espacial no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (9), p. 1935-1943, set. 2006.
23. BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**, Brasília, DF, 2002.
24. FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – 2006**. Fortaleza, 2007. Disponível em: www.saudefortaleza.ce.gov.br
25. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, em atuação – competência julho 2007**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 20 de setembro de 2007.

26. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia saúde da família – abrangência estado do Ceará.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> Acesso em: 20 de setembro de 2007.
27. BLANK, V. L.; RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2), p. 438–446, mar-abr,2004.
28. VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2), p. 443 – 453, 2007.
29. DESLANDES, S.F; GOMES, R. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – Notas teóricas.** In: BOSI, M. L. M.; MERCADO F. J. (org.). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. 1 ed. Petrópolis: Vozes. 2004.
30. MINAYO, M.C.S. **Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta.** In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. (org.). Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade, 25ª ed. Revista e atualizada, Petrópolis, RJ : Vozes, 2007.
31. GOMES, R. **Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa.** In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. (org.). Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade, 25ª ed. Revista e atualizada, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
32. CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Manual do curso técnico de agente comunitário de saúde – Etapa formativa I.** Ceará: Escola de Saúde Pública do Ceará e Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral, 136 p., 2007.

33. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3), p.898-906, mai-jun, 2005.
34. MENDES, R.; DONATO, A.F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. **SANARE**, ano IV(1), p. 39-42, jan-fev-mar, 2003.
35. BRASIL. Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências.
36. FORTALEZA. Secretária Municipal de Saúde. **Mapeamento das microáreas de risco de Fortaleza**. Fortaleza, SMS, 2005. Disponível em www.saudefortaleza.ce.gov.br
37. CARNEIRO Jr., N; SIVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão / inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6), p.1827-1835, nov-dez, 2003.
38. FORTALEZA. Lei 9.070 de 27 de dezembro de 2005. Institui a gratificação de incentivo para os servidores em exercício profissional junto à Saúde da Família e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**. Fortaleza, ano LIII, n. 13.236, 30 dez. 2005.
39. VIANA, A.L.D.; ROCHA, J.S.Y.; ELIAS, P.E.; IBAÑEZ, N.; NOVAES, M.H.D. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11 (3), p. 577-606, 2006.
40. FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Mapa das microáreas de risco de Fortaleza**. Fortaleza, SMS, 2005. Disponível em www.saudefortaleza.ce.gov.br
41. FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do curso de imersão em saúde da Família**. Fortaleza, SMS, 21 p., 2006. Mimeografado

42. FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco nas redes de Atenção Básica e Saúde Mental de Fortaleza.** Fortaleza, SMS, 25 p., 2006. Mimeografado.
43. FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15 (2), p. 345-353, abr-jun, 1999.
44. FORTALEZA. Gabinete da Prefeita. **Programa de Governo: 2005 – 2008.** Fortaleza, 2004. Mimeografado.
45. RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S. Identidade e formação profissional dos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 27 (3), p. 229 – 236, 2003.
46. CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (9), p. 1881-1892, set. 2006.
47. BARRETO, I.C.; ANDRADE, O.M.; LOIOLA, F.; PAULA, J.B.; MIRANDA, A.S.; GOYA, N. **Educação Permanente e a construção de sistemas municipais de saúde escola: o caso de Fortaleza – Ceará – Brasil.** Fortaleza, SMS - Sistema Municipal de Saúde Escola, 24p., 2006. Disponível em www.saudefortaleza.ce.gov.br
48. SECLÉN-PALACIN, J. A. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Cap. I, p.15-35.
49. MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** p.1-16. Mimeografado.

50. OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, 40 (4), p. 727-733, 2006.
51. CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (2), p. 323-331, 2005.
52. TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.I.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53, p. 193-206, 2000.
53. BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília, MS, 1º ed., 2006.
54. FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Território**. Célula de Atenção Básica, Fortaleza, p. 1, 2005. Mimeografado.

7. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1. ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
2. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa / Portugal: Edições 70, 2007.
3. BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema Único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recurso financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2º edição. Brasília: Editora MS, 2006.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da família chega aos grandes centros urbanos: concurso Saúde da Família amplia e melhora saúde dos cearenses. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, n. 8, ano VI, p. 20-21, dez. 2005.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cobertura populacional da estratégia saúde da família no Brasil**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> . Acesso em: 20 de setembro de 2007.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Mortalidade Infantil caiu 13% em seis anos**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> . Publicado em: 12 de set. de 2007.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução dos municípios com saúde da família implantado**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> . Acesso em: 20 de setembro de 2007.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia saúde da família – abrangência**

- nacional**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> . Acesso em: 20 de setembro de 2007.
10. CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2), p. 399–407, fev., 2007.
 11. FILHA, Z. S. S. **Programa Saúde da Família: como ele é idealizado e como de fato funciona**. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2000.
 12. FONSECA, M. I. F. **Programa Saúde da Família de Beberibe – CE**. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1997.
 13. FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde / Sistema Municipal de Saúde Escola. **Manual do curso de especialização em saúde da família e comunidade**. Fortaleza, SMS, 31p., 2008. Mimeografado.
 14. PEDROSA J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, 35, p. 727-733, 2006.
 15. GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6), p. 1171-1172, jun. 2006.
 16. GOMES, R. **Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. (org.). Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade, 25ª ed. Revista e atualizada, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
 17. LAKATOS, E.M.L.; MARCONI, M.A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

18. MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

19. OLIVEIRA, Jorge Leite. **Texto Acadêmico: técnicas de redação e de pesquisa científica**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

20. PANIZZI, M.; FRANCO, T.B. A implantação do Acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: **Acolher Chapecó – uma mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. P. 79 – 109.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **Amanda Cavalcante Frota**. Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP / FIOCRUZ). Estou realizando uma pesquisa, sob orientação da Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares, intitulada como: **O Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família – O Caso Fortaleza**. A metodologia da pesquisa prevê entrevistas gravadas sobre este assunto, com os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família. Cada entrevista tem duração prevista de 40 minutos. Você, foi selecionado para ser um dos nossos entrevistados e sua participação tem valor muito importante para que a pesquisa tenha valor científico. Para isto, convido-o a participar.

Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma; que também serão mantidos em segredo os nomes de pessoas que, por acaso, você faça referência durante a entrevista; que as perguntas não se referem a aspectos morais sobre a sua intimidade; que suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Sua participação não é obrigatória de nenhuma forma, sendo inteiramente voluntária. Participar ou não da pesquisa não acarretará em nenhum benefício indevido, nem vai prejudicá-lo de nenhum modo. Você não precisa responder às perguntas que não quiser e pode desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisa está sendo realizada após ter sido aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e Célula de Atenção Básica das regionais IV, VI de Fortaleza.

Se após sua participação, em algum momento, você quiser saber sobre o andamento da pesquisa, ou esclarecer alguma dúvida, poderá me telefonar, ligando para (085) 8690.8653. Outras informações que você necessitar podem ser obtidas no endereço: Av. Antônio Justa, 3161 – Meireles – Fortaleza (CE) – Cep: 60.165-090, Coordenação do Mestrado em Vigilância em Saúde e / ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola nacional de Saúde Pública, Rua: Leopoldo Bulhões, 1840, sala 314, Rio de Janeiro, telefone (21) 2598.2863 / cep@ensp.fiocruz.br.

Amanda Cavalcante Frota
RG nº 95.002.535.102 – SSP/CE

Declaro que li o texto acima, esclareci as dúvidas com a pesquisadora, entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e, livremente, aceitei participar. Ficou claro também que, caso não aceite participar, não terei qualquer prejuízo, nem haverá qualquer tipo de constrangimento. Estou ciente também que meu nome não será divulgado e que a pesquisadora estará disponível no endereço anteriormente citado.

Data: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Número da entrevista: _____

DATA ----/----/----

Centro de Saúde da Família: _____ SER : _____

INFORMANTE (característica principal que o distingue, visando sua referência)

DADOS CONCRETOS

1. Identificação

- 1.1. Sexo
- 1.2. Idade
- 1.3. Ano da formatura
- 1.4. Escola de graduação / formação

2. Formação Profissional

- 2.1. Residência / Especialização / Estágios / Cursos
 - 2.1.1. Área
 - 2.1.2. Local
 - 2.1.3. Anos / Duração
- 2.2. Formação Específica para o Atual Posto de Trabalho

3. Vida Profissional

- 3.1. Postos
- 3.2. Natureza do Empregador
- 3.3. Carga Horária

4. Trabalho no CSF

- 4.1. Início
- 4.2. Funções Formais

5. Descrição das Atividades de Rotina em uma Semana Normal

- 5.1. Conteúdo
- 5.2. Local
- 5.3. Modo de Realização
- 5.4. Horários
- 5.5. Finalidades

6. Descrição das Atividades Ocasionais / Eventuais mais Significativas

- 6.1. Conteúdo
- 6.2. Local
- 6.3. Modo de Realização
- 6.4. Horários
- 6.5. Finalidades

PERGUNTAS SEMI-ESTRUTURADAS

A. Itens da Portaria 648 / GM de 28/03/2006

ITEM I – Clientela adscrita

7. Como se dá o cadastramento da clientela do território de abrangência de sua equipe / centro de saúde da família?

8. Os dados do cadastramento da clientela são atualizados e utilizados de forma sistemática para análise da situação de saúde?

9. Descreva a clientela adscrita de sua equipe / centro de saúde da família.

ITEM II – Território Adscrito

10. Existe definição precisa do território de abrangência da equipe / centro de saúde da família?

11. Descreva o território adscrito de sua equipe / centro de saúde da família.

ITEM III – Organização da demanda

12. Como foi realizado o diagnóstico de saúde da clientela adscrita?

13. Como o diagnóstico de saúde da clientela adscrita é utilizado para organização da demanda de atividades da equipe / centro de saúde da família?

14. Como se dá a organização da demanda de atividades da equipe / centro de saúde da família e com que frequência ocorrem? (Relacionar com Atividades em território (Visitas domiciliares, grupos, espaços sociais), Consultas individuais (demanda agendada e demanda espontânea), Atividades no centro de saúde da família (grupos, rodas de gestão, educação permanente)

15. Na existência de práticas de acolhimento para atendimento à demanda espontânea, como são desenvolvidas?

ITEM IV – Cuidado familiar

16. Que ações são efetuadas por você / equipe / centro de saúde da família para o enfoque da atenção à saúde da família?

17. Você considera que o enfoque dado por você / equipe / centro de saúde da família tem um maior enfoque familiar ou individual? Comente.

18. O quê pensa sobre enfoque familiar, é possível?

ITEM V – Trabalho interdisciplinar

19. O processo de trabalho de sua equipe / centro de saúde da família ocorre de forma interdisciplinar?

20. Quais os momentos ou espaços de discussão coletiva na equipe / centro de saúde da família?

21. Estes momentos / espaços têm que tipo de enfoque (relacionar com Administrativo, Clínico, Pedagógico). 24. Qual o que ocorre com maior frequência?

22. No centro de saúde da família ocorre gestão compartilhada do processo de trabalho?

ITEM VI – Intersetorialidade

23. Fale sobre as ações intersetoriais desenvolvidas pela equipe / centro de saúde da família. Elas são Esporádicas ou Permanentes?

24. A iniciativa para desenvolvimento destas ações parte de quem? (relacionar com Equipe, Comunidade, Coordenador, SER, SMS, outros)

ITEM VII – Saberes e práticas populares

25. O quê pensa sobre a incorporação de saberes e práticas populares na oferta de serviços da equipe / centro de saúde da família?

26. Em sua equipe / centro de saúde da família esta incorporação ocorre? Caso negativo, justifique.

27. Quais são?

ITEM VIII – Controle social

28. O quê pensa sobre controle social na implementação da ESF?

29. Como se dá o controle social em seu território?

30. Existe conselho local de saúde em seu território / centro de saúde da família? Você participa dos encontros?.

31. Qual sua opinião sobre a atuação do conselho local de saúde de sua área / centro de saúde da família?

ITEM IX – Acompanhamento e avaliação das ações.

32. De quê forma ocorre o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas?

33. São utilizados dados e indicadores de saúde para avaliação das ações? Quais?

34. O processo de trabalho é realizado com base no acompanhamento das ações desenvolvidas?

Percepções:

35. Na sua opinião, quais elementos que exercem ou exerceram influência determinante no processo de trabalho da SF? (relacionar com Estratégias, Momentos marcantes Fatores, Conflitos)

36. O que você pensa sobre a implementação da ESF em Fortaleza?

Obrigada!

DIÁRIO DE CAMPO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Nome da pesquisa: *O processo de trabalho da estratégia saúde da família – O Caso Fortaleza*

Nome do observador: *Amanda Cavalcante Frota*

Tipo de observação:

Assunto observado:

Nº. da observação:

Local:

Dia:

Mês:

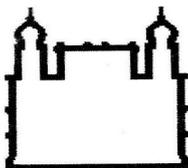
Ano:

Hora:

Duração:

Data da realização do comentário crítico:

OBS. As páginas seguintes conterão o registro das observações e o comentário crítico sobre as mesmas.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 20 de junho de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 05/08
CAAE: 0009.0.031.000-08

Título do Projeto: “O processo de trabalho da estratégia saúde da família - O caso Fortaleza”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Amanda Cavalcante Frota Marinho

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

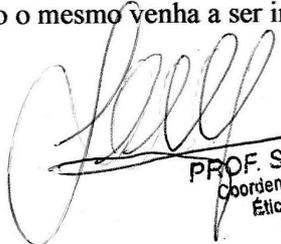
Data de recebimento no CEP-ENSP: 18 / 02 / 2008

Data de apreciação: 05 / 03 / 2008

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SERGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEP/ENSP