

MÔNICA TEREZA MACHADO MASCARENHAS

**AVALIANDO A IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE NITERÓI, RJ:
Estudos de caso em Unidade Básica de Saúde
e Módulo do Programa Médico de Família**

**Tese apresentada ao Curso de Doutorado
em Saúde Pública, da Escola Nacional de
Saúde Pública da Fundação Oswaldo
Cruz, como requisito para obtenção do
Grau de Doutor. Área de Concentração:
Políticas Públicas e Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dr^a CÉLIA ALMEIDA

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a ZULMIRA MARIA DE ARAÚJO HARTZ

**Rio de Janeiro
Setembro/2003**

Aos Usuários da Atenção Básica em Saúde, de Santa Bárbara e Jurujuba, que acolheram o sonho e a luta por uma vida melhor.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Célia Almeida, pela orientação do presente trabalho.

À Prof^a Dr^a Zulmira Hartz, pela presença competente e carinhosa na co-orientação.

Ao Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Júnior, pela dedicação ao nosso ideal comum e o crédito dado ao nosso trabalho.

À Prof^a Dr^a Eva Mila Miranda Sá Rangel, mestre amiga, pelo exemplo profissional durante toda minha trajetória.

À Thaís Sayuri Yamamoto, companheira sempre presente nos momentos difíceis.

À Prof^a Dr^a Lilian Koifman pelas leituras atentas e comentários valiosos.

Aos Amigos João José Neves Marins e Gilson Saippa de Oliveira, pelo constante apoio no decorrer desta pesquisa.

À Amiga Angélica de Moraes Tavares, pelo importante apoio no trabalho de campo.

À Doutoranda Márcia Guimarães de Mello Alves pela contribuição com sua importante experiência na área de controle hipertensão arterial.

À Dr^a Maria Célia Vasconcellos, Vice-presidente de Atenção Coletiva e Ambulatorial da Família, da Fundação Municipal de Saúde do Município de Niterói.

À Equipe da Unidade Básica de Saúde de Santa Bárbara, especialmente aos doutores e profissionais de saúde: Gisela Motta de Miranda, Isabel Cristina Vieira do Nascimento, Andréa L. de Carvalho, Cláudia da Veiga Kalil, Maria Cristina A. de Souza, Janaína V. Mendes, Richardson V. Moreno, Nazareth Rodrigues de S. Gonçalves, José Armando dos S. Lopes, José Gerônimo L. Damaceno, João Augusto de C. Sampaio, Shirlei P. Coutinho, Edilza G. de Jesus.

À Equipe de Supervisores do Módulo do PMFN em Cascarejo, Jurujuba, especialmente os doutores e profissionais de saúde: Dr^a Maria de Lourdes Viana de Araújo, Patrícia Ribeiro da Silva Maia Ferreira, Leda Caetano Abraão, Lenise Lisboa

Lima, Sandra do Amaral Veneza, Carmen Colonese e à Coordenadora da Policlínica Comunitária de Jurujuba, Dra Maria Lúcia Nicolau.

À Equipe de Saúde do Módulo do PMFN, em Cascarejo, Jurujuba, doutores e profissionais de saúde: Bárbara Borges Brione, Márcia Valéria Lima Vieira, Sônia França Gomes, Lindomar Abreu Marques, Ana Cristina Gomes Caputo, Rita de Cássia de Oliveira Costa, Simone Silveira de Araújo, Janete Santiago Cordeiro, Genilce Lottf Ferreira, Sylvania da Conceição Marques Vieira.

Aos Profissionais de saúde Luiz Carlos Hubner Moreira, Marilza Lessa Pereira Gonçalves, Jorge C. Gorender, Maria Angélica D. Silva, Pedro Gilberto Alves de Lima, Leandro M. A. Hoffman, Verônica Alcoforado de Miranda, Jaqueline R. de Oliveira, pelo apoio e pela disponibilidade de importantes dados e informações.

À Equipe do Módulo do PMFN em Souza Soares, pela ajuda na realização do pré-teste.

Aos Usuários das unidades de saúde participantes neste estudo: UBS de Santa Bárbara e Módulo do PMFN em Cascarejo, Jurujuba.

Aos Pesquisadores e profissionais do Instituto de Saúde da Comunidade do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense, companheiros de trabalho, pela confiança, apoio e reflexões críticas, que estimularam nosso trabalho.

Aos Membros do Grupo de Estudo de Gerência e Ensino em Saúde (GEGES), pelo estímulo durante toda a pesquisa, ajuda na coleta de dados e discussões enriquecedoras, especialmente os pesquisadores Luiz Cláudio de Carvalho, Márcio Cerbazzi Tavares Cardoso, Iolanda Salles, Vanessa Schottz, Marcus Vinícius, Bárbara N. Caldas, Janaína Quintanilha dos Santos, Cíntia Pinto Erthal e Elaine Fernandes Viellas.

Às Profissionais Roberta Argento e Vera Lúcia Erthal Rocha.

À Edméa P. Rego Freitas, pela descoberta do meu talento.

Aos meus pais Públio Machado (*in memoriam*) e Gilda Christa Machado, pela vida e pelos exemplos.

À Patrick Motte Mascarenhas e aos nossos filhos Pedro, Marcos, Maurício e Gustavo por estarem ao meu lado incentivando em todas as etapas deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	6
LISTA DE QUADROS	9
LISTA DE FIGURAS E GRÁFICO	10
LISTA DE SIGLAS	11
RESUMO	14
ABSTRACT	15
RÉSUMÉ	16
RESUMEN	17
1. INTRODUÇÃO	18
2. MARCO TEÓRICO	21
2.1 – OS MODELOS DE ATENÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO.....	24
2.1.1 – Modelos assistenciais em saúde.....	24
2.1.2 – Processo de trabalho em saúde.....	30
2.3 – DIMENSÕES CONCEITUAIS.....	38
3. CONTEXTUALIZAÇÃO	54
3.1 – A HISTÓRIA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI.....	54
3.2 – CARACTERÍSTICAS DAS ÁREAS ESCOLHIDAS.....	72
3.2.1 – Contextualização do bairro de Jurujuba.....	73
3.2.2 – Contextualização do bairro de Santa Bárbara.....	79
4. METODOLOGIA	86
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	106
5.1 – DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E DO FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES.....	106
5.2 – GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS CONDIÇÕES TRAÇADORAS.....	112
5.2.1 – Implementação do programa de pré-natal.....	113
5.2.2 – Implementação do programa de controle da hipertensão arterial.....	120
5.3 – PROCESSO DE TRABALHO.....	137
5.3.1 – Acolhimento.....	137
5.3.2 – Vínculo/responsabilização.....	143
5.3.3 – Percepção dos usuários e dos profissionais sobre a qualidade da atenção.....	146
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	152
7. BIBLIOGRAFIA	157
8. APÊNDICES E ANEXOS	168

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	Implantação dos módulos do PMFN, Niterói/RJ, 1992-2000.....	65
TABELA 2 –	Cobertura do Programa Médico de Família de Niterói.....	65
TABELA 3 –	Distribuição da população coberta, segundo faixa etária (FMS/PMFN, 1999).....	66
TABELA 4 –	Mortalidade infantil por características selecionadas (Brasil, 1996).	90
TABELA 5 –	Dados de mortalidade por hipertensão, Niterói, 1996-1999.....	92
TABELA 6 –	Comparação entre captação das gestantes segundo idade gestacional na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	114
TABELA 7 –	Comparação entre abandono do pré-natal na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	114
TABELA 8 –	Comparação entre número de consultas médicas durante todo o período gestacional na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	115
TABELA 9 –	Vacinação anti-tetânica na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	116
TABELA 10 –	Comparação entre procedimentos realizados no pré-natal na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	117
TABELA 11 –	Comparação entre número de procedimentos realizados no pré-natal na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	117
TABELA 12 –	Comparação entre informações prestadas às gestantes no pré-natal na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	119
TABELA 13 –	Comparação entre número de informações prestadas na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	119
TABELA 14 –	Comparação entre escore global na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN/RJ, 2001.....	120
TABELA 15 –	Comparação entre distribuição dos hipertensos por sexo na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	121
TABELA 16 –	Comparação entre captação dos hipertensos na UBS de Santa	

Bárbara e no módulo do PMFN Niterói/RJ, 2001.....	122
TABELA 17 – Comparação entre frequência de consultas médicas para o acompanhamento dos hipertensos na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	122
TABELA 18 – Comparação entre frequência de consultas com auxiliar de enfermagem para acompanhamento da hipertensão na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	123
TABELA 19 – Comparação entre aferição da Pressão Arterial (PA) na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	123
TABELA 20 – Comparação da classificação da hipertensão arterial sistêmica na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001....	124
TABELA 21 – Comparação entre fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	125
TABELA 22 – Comparação dos exames complementares para investigação da hipertensão arterial na UBS e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	127
TABELA 23 – Comparação da terapêutica recomendada na hipertensão arterial sistêmica na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	127
TABELA 24 – Comparação entre quantidade de drogas no tratamento da hipertensão arterial na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	128
TABELA 25 – Comparação entre fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	129
TABELA 26 – Comparação entre a participação em grupos de hipertensos na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	130
TABELA 27 – Comparação entre participação em grupos de exercícios físicos e atividades anti-estresse na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	130
TABELA 28 – Comparação entre internações advindas de complicações da hipertensão arterial sistêmica na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	131
TABELA 29 – Comparação entre as medidas de controle dos índices metabólicos no hipertenso da UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	132

TABELA 30 – Comparação entre encaminhamentos a outros especialistas na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	132
TABELA 31 – Comparação entre os processos de referência e contra-referência dos pacientes encaminhados a especialistas na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001.....	133
TABELA 32 – Diferenciais observados para variáveis do escore global do pré-natal.....	134
TABELA 33 – Diferenciais observados para algumas variáveis das ações de controle da pressão arterial.....	135
TABELA 34 – Grau de implementação do pré-natal.....	136
TABELA 35 – Grau de implementação do pré-natal.....	136
TABELA 36 – Grau de implementação do programa de controle da hipertensão arterial.....	137
TABELA 37 – Processo de trabalho: acolhimento.....	143
TABELA 38 – Processo de trabalho: vínculo/responsabilização.....	146
TABELA 39 – Processo de trabalho: percepção sobre a qualidade da atenção.....	152

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Diferentes características das portas de entrada da Atenção Básica em Niterói/RJ.....	70
QUADRO 2 – Responsabilidades e ações estratégicas mínimas no pré-natal.....	95
QUADRO 3 – Responsabilidades e ações estratégicas mínimas, no controle da hipertensão arterial.....	96
QUADRO 4 – Objetivos específicos, coleta e análise de dados.....	104
QUADRO 5 – Quadro comparativo de avaliação gerencial (UBS/PMFN), sobre a estrutura e o funcionamento.....	107

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICO

FIGURA 1 – Integralidade.....	40
FIGURA 2 – Mapa da rede pública de serviços de saúde, Niterói/RJ (PMFN, 1999).	69
FIGURA 3 – Mapa de área de abrangência da UBS – Santa Bárbara.....	78
FIGURA 4 – Mapa de área de abrangência do módulo do PMFN – Jurujuba.....	85
FIGURA 5 – Modelo para análise de implementação da Atenção Básica em Saúde...	105
GRÁFICO 1 – População coberta pelo Programa Médico de Família de Niterói, Niterói/RJ, 1992-2000.....	66

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BCF	Batimento Cardíaco Fetal
BPA	Boletim de Pronto-Atendimento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Saúde Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COOBS	Coordenação do Observatório de Saúde
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DO RJ	Diário Oficial do Rio de Janeiro
EAS	Elementos Anormais e Sedimentoscopia
ECG	Eletrocardiograma
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
FAMNIT	Federação de Associação de Moradores de Niterói
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMSN	Fundação Municipal de Saúde de Niterói
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

FNS	Fundação Nacional de Saúde
FU	Fundo de Útero
GEGES	Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde
GERUS	Gerência de Unidade de Saúde
HIV	Hume Immunodeficiency
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social (extinto)
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NHS	National Health System (Inglaterra)
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAPES	Programa de pesquisa Estratégica
PMFN	Programa Médico de Família de Niterói
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Social
PSF	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	Programa de Reforço à Reorganização do SUS
SENAC	Serviço Nacional do Comércio
SESH	Secretaria Estadual de Saúde e Higiene

SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SMSPSN	Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social de Niterói
SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade de Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense

RESUMO

A implementação da atenção básica em saúde no município de Niterói/RJ foi avaliada através de estudos de caso de uma Unidade Básica de Saúde, no bairro de Santa Bárbara, e de um módulo do Programa Médico de Família, no bairro de Jurujuba. Para a medida do grau de implementação utilizaram-se, como condições traçadoras da atenção, os programas de pré-natal e o de controle da hipertensão arterial. Adotaram-se os seguintes pressupostos teóricos: a) o grau de implementação dessas ações (cobertura, integralidade e qualidade), nas unidades de saúde selecionadas, está associado aos processos de trabalho; b) os dois modelos assistenciais de atenção básica em saúde apresentam diferenças nos processos de trabalho relacionadas às dimensões de acolhimento e vínculo/responsabilização entre profissionais de saúde e população. A metodologia de pesquisa avaliativa baseou-se em revisão de literatura e pesquisa documental, checagem dos protocolos em coleta de dados de prontuários, roteiro para entrevista semi-estruturada, observação participante, gravações, depoimentos de amostra dos usuários e dos membros das equipes de saúde, incluindo avaliação da estrutura e funcionamento das unidades através de instrumento validado pelo Ministério da Saúde. Entre os resultados observados, destacou-se o grau de implementação mais adequado do programa de pré-natal e de algumas dimensões do controle da hipertensão arterial, no módulo do PMFN, em relação à situação da UBS; e, no processo de trabalho das duas unidades, verificou-se que o módulo do PMFN tem melhor desempenho, em termos de acolhimento e vínculo/responsabilização, do que na UBS. Embora os estudos de caso não permitam estabelecer relações de causa-efeito entre os dois modelos assistenciais, os diferenciais observados fortalecem o pressuposto das relações entre processo de trabalho e qualidade da Atenção Básica em Saúde, coerentes com a percepção referida pelos profissionais e usuários dos programas analisados.

Palavras-chave: Avaliação da Atenção Básica em Saúde; Programa Médico de Família; processo de trabalho em saúde; Acolhimento, Vínculo e responsabilização.

ABSTRACT

The implementation of basic health attention in the city of Niterói/RJ has been investigated by means of a study case from an Basic Health Care Unit (in the Santa Bárbara area) and from a unit from The Family Doctor Program (in the Jurujuba area). We have used the activities from the prenatal and the hypertension control programs as tracer conditions. Our support presuppositions are as follows: a) the level of implementation in which such actions (coverage, integrity and quality) are related to the labor process in the selected Health Care Units; b) both basic health care models present some differences in terms of the labor processes related to the following aspects: personalized care, social bonds/responsibilities among health care professionals and the assisted population. The methodology used in the assessment survey has been based on a literature review and document research, on the checking of protocols among the data collected from the medical registers, on the outline for a semi-structured interview, on recordings, on statements from a sample of users and of members from the health care staff, which included assessment of both structure and working by means of an instrument validated by the Health Ministry. more successfully implemented in the FDP unit Among the observed results, we could highlight: a) a more adequate implementation level concerning the prenatal program and some dimensions of hypertension control programs in the FDP unit when compared to the BHCU one; b) concerning the labor process from both units, we could observe that the FDP program presents a better performance in terms of personalized care and social bonds/responsibilities than the BHCU unit does. Although the case studies examined do not allow a cause-effect relation between the two assistance models to be established, the differentials observed support the presuppositions of the relations between the labor process and the quality of Basic Health Attention provided, which are coherent to the above mentioned perception from the part of health care professionals and the assisted population.

Key-words: Assessment of Basic Health Attention; The Family Doctor Program; Labor Process in Providing Health Care; Personalized Care, Social Bonds/Responsibilities.

RÉSUMÉ

La mise en place des Soins de Santé Primaires, dans la communauté de Niterói/RJ, a pu être évaluée grâce à des études de cas réalisées dans un Centre de Santé (« Unité de Santé de Base » - USB, dans le quartier de Santa Barbara) et dans un module du Programme de Médecin de Famille- PMFN (dans le quartier de Jurujuba). Pour cette évaluation nous avons utilisé comme des traceurs (*“tracer conditions”*) les programmes prénatals et le programme de contrôle de l’hypertension artérielle, en partant des théories suivantes: a) Le degré de mise en place de ces actions (couverture, intégralité et qualité) dans les Unités de Santé choisies, est lié aux processus de travail. b) Les deux modèles des Services de Santé présentent des différences dans les processus de travail (accueil et lien/prise en charge) entre les professionnels de la santé et la population. La méthodologie utilisée pour cette recherche évaluative est basée sur la révision de littérature, recherche documentaire, vérification des protocoles en matière de recueil de données sur des fiches, guide pour entretien semi-structuré, travail d’observation, enregistrements, des échantillons d’usagers et de membres du personnel de la santé, y compris l’évaluation de la structure et du fonctionnement au moyen d’instruments approuvés par le Ministère de la Santé. Parmi les résultats observés il faut souligner : - Le degré de mise en place du programme prénatal et de certaines dimensions du contrôle d’hypertension artérielle du module PMFN est plus adéquat que celui de l’USB. - En ce qui concerne le processus de travail des deux unités, il a été vérifié que le module du PMFN offre une meilleure qualité que celui de l’USB en ce qui concerne l’accueil et les liens/prise en charge. Bien que ces études ne permettent pas d’établir des relations de cause à effet entre les deux modèles, les différences observées renforcent la théorie des relations entre processus de travail et qualité des Services, en accord avec l’idée perçue par les professionnels et utilisateurs des programmes analysés.

Mots-clé : Evaluation des Soins de Santé Primaires; Programme des Médecins de Famille; Processus de travail en matière de Santé; Accueil et Prise en charge.

RESUMEN

La implementación de la atención básica en salud en el municipio de Niterói/RJ ha sido evaluada a través de los estudios de caso de una Unidad Básica de Salud (en el barrio de Santa Bárbara) y de un módulo del Programa Médico de Familia (en el barrio de Jurujuba). Para medir el grado de implementación se ha utilizado, como condiciones delineantes de la atención, los programas de prenatal y del control de la hipertensión arterial, teniendo como presupuestos teóricos: a) el grado de implementación de estas acciones (cobertura, integralidad y calidad), en las Unidades de Salud seleccionadas, están asociadas a los procesos de trabajo; b) los dos modelos asistenciales de atención básica en salud presentan diferencias en los procesos de trabajo relacionadas a las dimensiones: acogimiento y vínculo/responsabilización entre profesionales de la salud y población. La metodología de investigación de evaluación se ha basado en la revisión de literatura y investigación documental, chequeo de los protocolos en la recaudación de datos de prontuario, guión para entrevista semi-estructurada, observación participante, grabaciones, testimonios de muestras de los usuarios y de los miembros de las equipos de salud, incluyendo evaluación de la estructura y funcionamiento a través de instrumento validado por el Ministerio de la Salud. Entre los resultados observados se destacan: el grado de implementación más adecuado del programa de prenatal y de algunas dimensiones del control de la hipertensión arterial, en el módulo del PMFN, en relación a la situación de la UBS; en el proceso de trabajo de las dos unidades, se ha comprobado que el módulo del PMFN tiene mejor desempeño en términos de acogimiento y vínculo/responsabilización que en la UBS. Aunque los estudios de caso no permitan establecer relaciones de causa-efecto entre los dos modelos asistenciales, los diferenciales observados refuerzan los presupuestos de las relaciones entre proceso de trabajo y calidad de la Atención Básica en Salud, coherentes con la percepción referida por los profesionales y usuarios de los programas analizados.

Palabras-clave: Evaluación de la Atención Básica en Salud; Programa Médico de Familia; proceso de trabajo en salud; acogimiento, vínculo y responsabilización.

1. INTRODUÇÃO

O setor de saúde tem se destacado no processo de democratização da sociedade brasileira, uma vez que a Reforma Sanitária incluiu o acesso à saúde como direito de cidadania e dever do Estado, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) para implementá-lo.

O conceito de saúde, proposto pela Reforma, ratificado na Constituição de 1988, considera que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais que visem à superação das desigualdades, à melhoria das condições de vida, à redução do risco de doença e outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, foi colocado para os governos municipais o desafio de implementação do SUS como modelo de organização de serviços universal, equitativo, integral e democrático, materializando o direito à saúde como direito de cidadania. A implementação desse modelo de assistência pressupõe a preocupação com o atendimento das necessidades de saúde da população, seja em termos de atenção básica, seja em termos de atenção especializada ou de saúde pública ou por intermédia da implementação de modalidades de gerência participativa e de controle social no sistema de saúde.

Com a municipalização, todas essas questões se confrontam na definição do modelo de atenção em nível local, de acordo com os princípios da Reforma. No que concerne à atenção básica, esta é compreendida não só como porta de entrada no sistema, mas também como o acesso a um atendimento integral, de qualidade, que proporcione vínculo efetivo entre os profissionais e a população, o que implica a reformulação do processo de trabalho nos serviços de saúde.

Essa preocupação não é nova no sistema de saúde brasileiro. Pode-se dizer que várias experiências de Medicina Familiar ou de Saúde da Família, desenvolvidas em diferentes lugares, foram iniciativas representativas de estratégias de reorganização da

atenção básica em nível local. Entre essas se destacam, no Brasil: o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, desde 1982, que teve como referência o modelo inglês dos *GPs – General Practitioners*; o Programa Médico de Família de Niterói (PMFN), Rio de Janeiro, de 1992, que foi concebido segundo o modelo cubano; e o Programa de Saúde da Família de Curitiba, Paraná, também de 1992, inspirado no modelo canadense. Todas essas iniciativas têm enfoque voltado para a família (Aguiar, 1998).

A “Saúde da Família”, como proposta nacional para o SUS, surge inicialmente em 1993, sob a forma de mais um programa do Ministério da Saúde – o Programa de Saúde da Família (PSF). Torna-se, com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/1996), um recurso estratégico de política nacional para a mudança do modelo assistencial vigente no país. O PSF foi criado com características um pouco diferentes daquelas dos programas que o antecederam.

A estratégia de Saúde da Família ou da Medicina de Família tem como proposta a superação do modelo de assistência no que tange à facilitação do acesso aos serviços de saúde e ao atendimento personalizado, mais acolhedor. Mantém-se uma relação de vínculo direto com a clientela e estabelecem-se responsabilidades na proteção e manutenção da saúde da comunidade atendida.

Ao atuar, a equipe profissional do PSF procuraria observar os problemas de saúde trazidos pela população ou buscá-los ativamente na comunidade, procurando resolvê-los não só pela ótica biológica, mas também levando em consideração os aspectos psicológicos e sociais. Pretende-se assim, avaliar os indivíduos e a coletividade envolvida no Programa utilizando-se os conhecimentos clínicos, epidemiológicos e das ciências sociais. Advoga-se que a clínica pode ser ampliada em sua capacidade de escuta com elementos da psicanálise e da psicologia.

O Programa ofereceria ainda atenção integral, através de ações preventivas e promocionais no tratamento e recuperação da saúde. Buscaria ainda articular os diversos recursos e níveis de assistência existentes, integrando-os na atenção ao paciente, evitando a fragmentação do cuidado e a desorientação do paciente na busca dos recursos. Racionalizaria o uso das tecnologias, incorporando-as de forma crítica conforme a necessidade. Estimularia ainda a autonomia dos pacientes e o auto-cuidado.

Há carência de estudos que avaliem a efetividade dessa estratégia de Saúde da Família e avalizem sua escolha para a reestruturação do modelo de assistência à saúde brasileira.

Pretende-se, pois, analisar as mudanças processadas com a implementação de uma das primeiras experiências mencionadas, o PMFN, no modelo de atenção em nível local. O intuito é verificar especificamente as alterações no processo de trabalho das equipes que operam o Programa e as repercussões dessas alterações, visando a um atendimento integral, humanizado e satisfatório ao paciente.

Assim, o **objetivo geral** desta pesquisa é analisar a implementação da atenção básica à saúde em duas áreas do município de Niterói/RJ, ligadas a um módulo do Programa Médico de Família e a uma Unidade Básica de Saúde (tradicional). O foco está na infraestrutura, no processo de trabalho, na integralidade e qualidade da assistência, utilizando, como condições traçadoras, as ações dos programas de pré-natal e do controle da hipertensão arterial¹.

Como **objetivos específicos**, foram definidos: 1) descrever a estruturação das Unidades e funcionamento do trabalho das equipes em relação aos demais níveis de assistência, para assegurar a integralidade da atenção; 2) estimar o grau de implementação dos programas de pré-natal e controle de pressão arterial nas unidades selecionadas; 3) analisar o processo de trabalho em termos do acolhimento, de vínculo/responsabilização e da percepção do usuário sobre o atendimento recebido na atenção básica à saúde; 4) correlacionar as observações sobre o processo de trabalho e a qualidade de atenção nos dois diferentes contextos organizacionais da Atenção Básica de Saúde (ABS).

Para o alcance desses objetivos, o trabalho se apóia no seguinte pressuposto: a integridade das intervenções (ou grau de implantação ou implementação), compreendida como cobertura, integralidade e qualidade das ações de controle nas Unidades de Saúde selecionadas, está associada aos processos de trabalho (componente 1).

Os modelos assistenciais de Atenção Básica em Saúde (módulo do PMFN e UBS tradicional) apresentam diferenças nos processos de trabalho relacionadas, pelo menos, as seguintes dimensões: acolhimento e vínculo/responsabilização entre profissionais de saúde e população (componente 2).

¹ Na proposta de ampliação da Atenção Básica em Saúde, trazida pela NOAS 01/2001, que busca definir inequivocamente as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros

2. MARCO TEÓRICO

Nos anos 90 foram implementadas reformas importantes no Brasil, em várias áreas (habitação, saneamento básico, educação fundamental, assistência social e saúde), que alteraram o modelo centralizado previamente existente, *emergindo um novo desenho institucional para as políticas sociais* (Arretche, 2000:23). Na área de saúde, o processo de descentralização é o eixo central pelo qual a reforma e o SUS está sendo implementados. Neste processo o governo federal vem delegando aos estados e municípios grande parte das funções de gestão das políticas.

Para Arretche, *descentralização significa genericamente a institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais* (2000:16). No caso da saúde, esse processo tem sido implementado a partir de uma intensa normatização, que se inicia com a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), definindo as atribuições de cada esfera de governo no que diz respeito à gestão e competência. A Lei nº 8.142/1990, que complementa a anterior, estabelece as formas de participação comunitária e as condições e tipo de transferência de recursos entre as esferas do governo. As Normas Operacionais Básicas (NOBS 1991, 1992, 1993, 1996) têm sido os principais instrumentos para impulsionar a descentralização do SUS, buscando a sua definição estrutural e organizacional, como também um específico direcionamento do sistema de serviços de saúde.

A implantação do PSF, tal como formulado pelo nível federal, vincula-se à forma específica como a descentralização do SUS vem sendo implementada. Através das NOBs, têm se reestruturado tanto a alocação de recursos quanto a arena decisória setorial. A partir da NOB/1996, juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, o PSF transformou-se numa das dimensões importantes da estratégia nacional de ampliação e priorização da cobertura básica em nível local. Essa estratégia institucionalizou o Piso de Atenção Básica (PAB), que é o repasse de recursos *per capita* para estruturação local desse nível de atenção; estabeleceu mecanismos institucionais para estímulo à adesão por parte dos municípios e novos incentivos financeiros para o PSF e o PACS, observando-se o rápido

devem desenvolver estão o controle da tuberculose, da hanseníase, do diabetes *melitus*, ações de saúde

crescimento do número de habilitações na gestão básica do sistema, principalmente partir de 1998, quando a NOB 96 foi operacionalizada. Essa nova estratégia significou, provavelmente, melhor distribuição de recursos financeiros, mas também trouxe o risco de induzir uma inflexão importante na reforma sanitária brasileira, em relação aos seus princípios originais, favorecendo perspectivas focalizadoras, em vez de impulsionar uma reorganização significativa nos sistemas locais de saúde, como na proposta original (Almeida *et al.*, 1998; 1999).

Em janeiro de 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) ampliou as responsabilidades dos municípios no que concerne à atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência e criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Para tal, procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios e manteve as disposições que estabelecem o PAB, ampliando, entretanto, o seu escopo. Os diferentes estágios de habilitação foram revistos, outorgando-se especial atenção ao desenvolvimento da atenção básica em nível local, como pré-requisito fundamental para a regionalização.

Nesse contexto ganha importância a reestruturação dos sistemas locais de saúde, espaço privilegiado de concretização dos princípios da reforma e de inovações. Estes tanto podem ser restritivas ou facilitadoras de mudanças estruturais importantes dos sistemas de saúde em nível local.

Entretanto, a proposta de reordenação da atenção básica e do modelo assistencial a partir de “Saúde da Família” tem diferentes leituras, segundo distintos autores.

Franco e Merhy (2000) destacam que *o PSF é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor, mas não tem mecanismos efetivos para reverter a configuração do modelo médico hegemônico* (2000:6). Segundo esses autores, a implementação do PSF é o reconhecimento de que o problema do atual modelo assistencial está no processo de trabalho (2000:8). Afirmam que, para remodelar a assistência à saúde, o PSF deveria alterar a perspectiva centrada no médico. Isso dependeria de conseguir redimensionar a forma de produzir o cuidado em saúde e os diversos modos de agir dos profissionais em relação a si e aos usuários. Sendo assim, a implantação do PSF somente não significaria mudança do modelo assistencial.

Existem também preocupações quanto ao PSF tratar-se de um modelo de atenção voltado para os pobres e legitimador das propostas de focalização patrocinadas

pelo Banco Mundial para a região latino-americana (Paim, 1996:19). Tais propostas estariam muito aquém das formulações que marcaram o processo de Reforma Sanitária brasileira e que configuram o SUS.

Por outro lado, Vianna e Dal Poz (1998:18) argumentam que o PSF traz para a discussão de política social uma série de questões, como a possibilidade de se ter em práticas focalizadas dentro do universalismo e, ao mesmo tempo, de se instituírem instrumentos de (re)organização de políticas, com a introdução de novos tipos de parcerias, novas formas de contratação de recursos humanos, entre outros. Também consideram o PSF um programa inovador, porque introduz outros tipos de profissionais e outros tipos de atividades na assistência à saúde, promovendo ainda novas formas de relacionamento com a comunidade (1998:45).

Segundo Aguiar (1998):

Os limites e as possibilidades do PSF, no que diz respeito à revisão do modelo assistencial, estariam vinculados à forma de sua inserção nos sistemas locais de saúde, que tanto podem servir às tendências simplificadoras, como também às motivações de mudança para gerar resultados. Como estratégia de mudança, corre os riscos das racionalizações muito próximas da atenção primária seletiva, renovada nos termos do Banco Mundial. (1998:109).

Para essa autora, como mais uma proposta de organização da atenção primária em saúde, o PSF não parece introduzir inovações significativas, salvo a inserção do profissional médico neste nível de atenção, o que não tem sido uma tradição nos países menos desenvolvidos. Como projeto de extensão de cobertura da assistência médica, alinha-se a outras propostas, como Medicina Comunitária e a Medicina Familiar, procurando superar o caráter fragmentário do ato médico, conter os custos e melhorar o desempenho dos serviços de saúde face às necessidades sociais, passando, assim, a ser considerado uma estratégia para conferir maior eficiência e efetividade no SUS (Aguiar, 1998:111). O PSF representaria inovação importante justamente em relação a prioridades para alocação de recursos, tal como definido na NOB 96, oferecendo alternativa ao modelo dominante, centrado na lógica de financiamento voltada para a oferta, sobretudo de assistência hospitalar, que estimula a produção de serviços para a doença em detrimento da promoção e da prevenção da saúde.

Em síntese, alguns autores criticam o excessivo centramento no profissional médico nesse nível de atenção como prejudicial e impeditivo da sua plena potencialidade para reorientar o sistema de saúde em nível local. Outros, entretanto, enfatizam o protagonismo desse profissional no PSF como uma inovação importante,

sinalizando ainda a possibilidade de reversão do modelo centrado na assistência hospitalar.

Assim, torna-se importante investigar propostas de intervenção que têm como meta transformar os princípios constitucionais do SUS em realidade, analisando os processos de trabalho em saúde que objetivam novas modelagens desses processos e redefinições das relações de compromisso entre dirigentes, equipe de saúde e população usuária.

2.1 OS MODELOS DE ATENÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO

2.1.1 Modelos assistenciais em saúde

O modelo médico hegemônico, adotado pelo sistema de saúde brasileiro, tem sua efetividade questionada por vários autores, como Mendes (1994), Silva Júnior (1998), Merhy (1997) e Campos (1991, 1992), entre outros. As principais críticas apontadas são que a atenção médica é desumanizada e impessoal, valoriza aspectos biológicos do adoecer, medicaliza todas as questões e diminui a autonomia dos pacientes, submetendo-os à vontade do profissional. É um modelo que não se articula com outras práticas de saúde nem com outros setores, e está centrado no conhecimento clínico do médico que, por sua vez, abusa de exames complementares. Além disso, por inúmeros outros fatores, o acesso aos serviços de saúde é dificultado e a atenção não é integralizada. Em geral, os serviços atendem à demanda de quem os procura e não avalia sistematicamente seus resultados.

Alguns autores contribuíram para a reconstrução do conceito de modelo de atenção à saúde. Menendez (1985) adaptou ao campo das práticas sanitárias as noções de modelo hegemônico e de modelos alternativos de organização de ações de saúde. Mendes-Gonçalves (1994) elaborou o conceito de modelos tecnológicos para designar determinada composição de tecnologias incorporadas em programas específicos.

Para Campos (1997):

O atual modelo de organização das práticas é inadequado. Corruptela latinizada do modo norte-americano de atenção: especialização crescente, resolutividade cada vez menor de cada serviço ou de cada

agente, desvalorização da clínica e da saúde pública e hipervalorização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem consideração por todo o processo de cuidados, centralidade do hospital que funciona tanto como porta de entrada quanto linha de saída. Ou seja, sem modificação do modelo de atenção seria realmente utópico pensar-se na universalização. A prevalecer a lógica médica tradicional de atenção à saúde não haveria dinheiro que cobrisse o número crescente de intervenções de atendimentos especializados etc. A universalização pressupõe alteração do modelo (1997:115).

No Brasil, com a municipalização, surgiram inúmeras experiências alternativas de construção e operacionalização de políticas de saúde. Cada uma destas experiências reelaborou aspectos do pensamento, do saber e das práticas tradicionais. Entretanto, estes projetos de mudança enfrentaram a prática médica, as escolas de medicina, enfermagem, odontologia e outros cursos universitários da área de saúde, além de aspectos da regulamentação corporativa e da lógica de mercado, tão presentes no exercício profissional.

Diante dessas limitações, Menendez (1985) sugeriu agregar à dupla polaridade saúde-doença, com que usualmente se trabalha, um terceiro fator – os mecanismos de cuidado. Propõe com isso que não fosse esquecida, ao analisar estes processos, a interferência permanente e deliberada da sociedade e dos serviços de saúde nessa dinâmica.

Na discussão atual de modelos assistenciais, encontramos algumas definições e a demarcação de campos de debate, onde se configuram as mudanças necessárias para o ideário de Reforma Sanitária.

Modelos Assistenciais, para Paim (1993, 1998, 1999b), são combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Não são, portanto, simplesmente uma forma de organização de serviços de saúde, tampouco um modo de administrar um sistema de saúde. Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são:

Formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (Paim, 1993:457).

Merhy (1998) defende que:

...ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados

agrupamentos sociais. (...) Deste modo, os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulando a determinadas forças e disputas sociais, [preferindo-se, portanto] a denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político (Merhy et al., 1991 apud Silva Júnior, 1998:32).

Teixeira (2001) propõe uma concepção ampliada de modelo de atenção, incluindo três dimensões: gerencial, organizativa e tecnoassistencial. A dimensão gerencial concerne aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; a dimensão organizativa diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; a dimensão tecnoassistencial, refere-se às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho em saúde, em vários planos: promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação e reabilitação.

Teixeira (2001:6) destaca também que as reformas são necessárias, porém não suficientes para a transformação propriamente dita do modelo de atenção. Afirma que essa transformação exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades quanto a seus elementos estruturais, isto é, o objeto de trabalho, o perfil dos sujeitos e as relações estabelecidas entre eles e a população de usuários dos serviços. Quanto às finalidades ou propósitos da atenção à saúde, trata-se de superar o modelo centrado na atenção à demanda espontânea, de atendimento a doentes, com a inclusão de ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além das unidades de saúde, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços. Quanto ao objeto de trabalho, este se desloca do eixo de recuperação da saúde dos indivíduos doentes para o de prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde das pessoas e dos grupos populacionais. Tomam-se como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando-se a atenção, que inclui não apenas as ações e serviços atinentes aos efeitos dos problemas, mas as ações e serviços que incidem sobre as causas, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais.

Assim, a redefinição do objeto de trabalho exige a utilização de saberes e tecnologias apropriadas, o que se reflete na necessidade de mudança no perfil dos sujeitos do processo de trabalho. A mudança envolve tanto o plano individual, de cada

profissional e trabalhador de saúde, quanto o perfil do sujeito coletivo, a equipe multiprofissional responsável pelas ações de saúde em cada território.

Na década de 90, acumularam-se experiências de base municipalistas que introduziram inovações no que tange a mudanças da prática de saúde. A implementação de ações intersetoriais de promoção de saúde, atividades de educação e comunicação social voltadas para o fortalecimento da consciência acerca dos direitos sanitários, das formas de proteção da saúde e prevenção de riscos, assim como da reorganização da oferta de ações básicas numa perspectiva epidemiológica, foram exemplos dessas inovações. Algumas iniciativas tratam especificamente de ir além dos aspectos técnicos e organizacionais da prestação de serviços, introduzindo mudanças nas relações de trabalho e na formação e capacitação dos sujeitos da prática.

Do ponto de vista organizacional e programático, Schraiber *et al.* (1990, 1993, 1995, 1996) contribuem com estudos em programação em saúde, propondo sua refuncionalização como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, com base na identificação das necessidades sociais de saúde da população, que demandam os serviços das unidades básicas. A definição de ações programáticas se baseia no conhecimento dos problemas e necessidades dos indivíduos e dos grupos da população em situações concretas, em um processo que resgata as dimensões técnico-científica e ética do trabalho em saúde. A ação programática em saúde (Nemes, 1996:48) *é uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, inspirado em tecnologias de base epidemiológica.* Para a autora, compreender as práticas em saúde pela dimensão de trabalho permite-nos entender suas ações como processos de intervenção técnica e social na realidade de saúde. Assim, as ações de saúde são vistas enquanto processo de trabalho.

Destacamos as propostas que visam problematizar a “(des)humanização” do atendimento decorrente da tecnificação do cuidado à saúde. Merhy (1994, 1997), Cecílio (1994), Carvalho e Campos (1997) apresentam a organização do acolhimento e o estabelecimento de vínculos e responsabilizações como estratégias de reorientação do cuidado, deslocando o eixo procedimento-centrado para usuário-centrado. Faz-se uma releitura das necessidades de saúde socialmente demandadas pela população e constroem-se tecnologias que ampliam o potencial clínico e terapêutico das equipes na relação com os usuários, desenvolvendo a autonomia destes em relação à produção cotidiana de saúde.

Segundo Schraiber (1990:11) a programação vem ocupando cada vez mais o centro de um debate que se trava atualmente sobre a forma mais adequada de se

organizar os serviços de saúde no Brasil, *indo além das articulações institucionais entre as diversas redes de assistência médica ou sanitária, e da própria dimensão técnica das práticas em saúde na organização social da produção dos serviços, a que se tem designado por modelo assistencial*. A autora destaca que somente nos últimos anos tem-se assistido à formação de correntes de pensamento em torno da noção de programação, as quais objetivam projetar modelos assistenciais alternativos, ao construírem diferentes concepções sobre as práticas de intervenção nos doentes e nas condições relativas à promoção da saúde da população. Afirmar que a ação programática em saúde não é uma mera burocratização, mas, na medida em que consiste em esforço integrado de múltiplas instituições para alcançar um único elenco de finalidades, necessita do desenvolvimento de inúmeras e complexas atividades-meio.

Sem estas atividades não funciona, sob pena do risco, inerente à forma de organização social, de induzir o desenvolvimento desse fenômeno social improdutivo, que é a burocratização.

A ação programática em saúde deve ser um dispositivo de organização tecnológica do trabalho dotado de caráter crítico e de grande flexibilidade técnica e política. A ação programática em saúde é considerado um modelo. Como modelo de organização do trabalho, a ação programática em saúde expressa o projeto histórico da Saúde Coletiva (Mendes-Gonçalves, 1988).

Compreender as práticas em saúde por sua dimensão de trabalho permite entender suas ações como processos de intervenção técnica e social na realidade de saúde. Para Mendes-Gonçalves, esta aproximação dos aspectos da prática de saúde baseia-se no conceito de modelo de organização tecnológica do trabalho. Parte-se de uma postura crítica diante da concepção geral de tecnologia e dedica-se à análise de uma forma particular de existência da mesma, constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não- materiais na produção de serviços médicos.

Segundo Schraiber (1990), busca-se com esse conceito:

Primeiro a dimensão em que a prática da saúde articula-se com as demais práticas sociais e a partir do que estrutura-se de modo a responder aos requerimentos advindos dessa articulação; e a dimensão em que a prática de saúde, dadas as particularidades de seu objeto, estrutura-se como prática de características peculiares e próprias, delimitando, a partir de sua finalidade socialmente dada, um determinado processo técnico de trabalho com particularíssimas conexões entre o objeto, os agentes e os instrumentos de trabalho,

segundo a conexão entre o saber e a técnica na construção dos modelos operatórios do trabalho em saúde (1990:66).

No debate sobre organização de serviços de saúde, tem sido freqüente situar-se a programação de modo polar: num dos pólos, o modelo programático operando como modelo burocratizante, compartimentalizado e impeditivo para uma efetiva incorporação de assistência médica individual nas unidades de saúde (resolutividade da rede pública); no outro pólo, a questão da construção de um modelo organizacional de bases epidemiológicas capaz de modificar efetivamente as condições de saúde. Esta contribuição de Schraiber (1990:110), que faz uma releitura do movimento da programação em saúde, guiada pelo conceito de modelo de organização tecnológica do trabalho, desloca, assim, esses dois pólos.

Nemes (1996:54) complementa que a base do conceito de programa está em articular instrumentos de trabalho dirigidos a indivíduos, entre eles a assistência médica individual, a instrumentos diretamente dirigidos a coletivos, objetivando potencializar a efetividade epidemiológica de todos os instrumentos.

Na avaliação de programas de saúde, segundo Sala (1990):

O primeiro passo é de reconhecer de que forma se estruturam as ações programáticas, sendo necessário compreender o cuidado em saúde como prática que se estrutura a partir de necessidades sociais e aí realiza sua intervenção; é necessário compreender a dimensão técnica desta prática e compreender as estruturas de saber envolvidas que orientam a técnica e que servem de base para a construção do modelo operatório dessa prática. É necessário tomá-la a partir do processo de trabalho e, portanto, abordá-la segundo seu objeto de intervenção, seus instrumentos e técnicas de intervenção e, ainda, segundo o saber que orienta a constituição do seu objeto e a intervenção sobre ele (1990:122).

O autor investiga a utilização de tecnologias simplificadas e mais eficientes, partindo da conceituação de tecnologia enquanto saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática numa totalidade social. Desta elaboração teórica resulta a produção e análise de dados no campo da saúde coletiva, utilizando-se a pesquisa qualitativa, e as representações de sujeitos, agentes de trabalho médico-sanitário da rede institucional. Essas representações foram desdobradas em três níveis: o primeiro diz respeito às características do objeto de trabalho, o segundo concerne à elaboração das finalidades do trabalho e, por último, o terceiro, referente aos processos

de articulação de instrumentos e ações do trabalho sobre o objeto, conduzindo à objetivação das finalidades.

2.1.2 Processo de trabalho em saúde

A literatura setorial brasileira destaca Mendes-Gonçalves² como autor pioneiro. É grande sua contribuição no estudo da tecnologia em saúde, relacionando-a com o processo de trabalho no setor, gerando debates e vários estudos posteriores sobre o tema (Sala, 1990; Nemes; Schraiber, 1990, 1996; Merhy, 1994, 1997; Campos, 1992).

De acordo com Nemes (1996), *ao olharmos o trabalho em saúde num tempo mais próximo de nós, a modernidade, observa-se que, em um mesmo modo geral de organização das práticas, existe diversidade, polarização e contradição* (1996:52). O processo de trabalho tradicional em saúde possui a mesma estrutura essencial do trabalho humano, que, em geral, foi organizado, historicamente, em dois eixos polares por referência a seu objeto. Um que se dirige ao corpo individual e outro que toma como seu objeto a população: a prática clínica e a prática sanitária. O primeiro, relacionado à particularidade individual do adoecimento, recorta o seu objeto de trabalho pela idéia de doença no corpo anátomo-fisiológico individual e é representado pelo saber clínico. O segundo, relativo ao espaço público da saúde, recorta o seu objeto de trabalho pela idéia de doença no coletivo, logo representado pelo saber sanitário (Mendes-Gonçalves, 1986).

Esse autor afirma que o trabalho em saúde foi organizado em dois eixos polares, a prática clínica e a prática sanitária. Esta última corresponde à Epidemiologia, que, a partir da segunda metade do século XIX, se estrutura em um saber cientificamente fundado sobre a saúde e a doença em sua dimensão coletiva (Mendes-Gonçalves, 1986).

A prática clínica

² No seu percurso de pesquisador produziu a dissertação de mestrado “Medicina e História: raízes sociais do trabalho” (1979) e a tese de doutoramento “Tecnologia e organização social das práticas de saúde; características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual dos centros de saúde de São Paulo” (1986).

O primeiro pólo corresponde ao desenvolvimento da clínica, que se tornou dominante no conjunto das práticas de saúde. Estruturada a partir do início do século XIX, a clínica corresponde a uma reformulação do entendimento da doença:

Que deixa de ser vista como uma entidade ontológica como era até então concebida pela medicina das espécies - para ser conceituada no espaço do corpo; uma reorganização epistemológica da doença e do doente na sociedade são correlatos a uma nova forma de visibilidade da doença. O processo patológico é reconhecido, com a clínica, ao nível dos tecidos e dos órgãos; determinando a localização, etiologia e uma ação no sentido do retorno a normalidade, através da supressão da causa e dos efeitos (Sala, 1990:123).

Para Mendes-Gonçalves (1986), a clínica deve ser percebida como fruto de generalizações conscientes e estruturadas, obtidas a partir da prática, que expressam a sua materialidade tanto nos instrumentos como nos discursos, sob formas diversas. Tal concepção permite compreender que aquela apreensão do objeto de trabalho médico não se identifica com um processo meramente intelectual, especulativo ou científico, mas se desdobra em técnicas materiais que encontram no saber o seu fio condutor.

O trabalho médico pode ser reconhecido a partir da necessidade, que se coloca tanto no plano da individualidade do indivíduo que se sente doente, como também no plano coletivo, em que esta percepção da doença não é somente uma percepção individual, mas a expressão de uma noção coletiva do normal e da doença (Sala, 1990:123).

De acordo com o autor, a finalidade do trabalho médico é o retorno a uma situação de normalidade socialmente definida, normalidade que ganha aparência de ser, antes, cientificamente definida pela prática médica.

O objeto do trabalho na medicina clínica é o portador da necessidade, o indivíduo que se sente doente. Para Mendes-Gonçalves (1979), a apreensão intelectual que se faz do objeto, transformando-o de um objeto natural em algo que vai efetivamente se constituir no objeto de trabalho, produz uma modificação importante. Ao ser assim tomado para o processo de trabalho, o objeto sofre mais uma modificação.

Se se conceituar aqui muito provisoriamente 'o corpo humano doente' como objeto do trabalho médico, [...], tem-se que há uma modificação necessária na passagem do 'corpo humano doente do doente' para o 'corpo humano doente do médico', com a condição de que os elementos de toda a natureza que caracterizam a necessidade inscrita no primeiro reapareçam no segundo, já trabalhados: nessa medida aparecem então como objeto do trabalho médico (Mendes, 1979:22).

Assim, o objeto de trabalho, em termos do saber clínico que o instrumentaliza, é o corpo anatomofisiológico, e não mais o indivíduo doente. Mas o social está presente no trabalho médico de forma imediata, ainda que as formas históricas dessa invasão variem (Donnangelo, 1979):

Esse social de que a prática médica se dá conta e com o qual opera, mesmo quando não o conceptualiza, será objeto de formas específicas de conceptualização e tratamento que permitirão, de outra parte, que o domínio do saber biológico que compõe a medicina e as práticas tecnológicas que ela sucessivamente incorporou, sigam liberados de uma permanente intrusão histórica do social, diversamente conceptualizado, no campo da prática médica (1979:72).

Ao nível da prática, segundo Sala (1990:125), o profissional, *ao manipular corpos que ocupam posições na estrutura social, e são determinados por esta, manipula também a própria estrutura social, sem necessariamente conceptualizá-la.* O autor considera que os instrumentos de trabalho podem ser reconhecidos em três grupos. Ao primeiro correspondem os instrumentos de apropriação do objeto de trabalho, que são a dimensão mais intelectual do trabalho médico, o saber que se define baseado nas concepções do corpo anatomofisiológico e da doença e os instrumentos que constituem o processo de diagnóstico (anamnese, exame físico etc.). No segundo grupo situam-se os instrumentos de trabalho que vão efetivamente realizar a transformação do objeto, sendo esta uma dimensão mais manual do trabalho (técnicas de terapêutica farmacológica, cirúrgica etc.). E, por último, o terceiro grupo de instrumentos, que é constituído pelas condições materiais para a realização do trabalho.

Contudo, a clínica passou a ser questionada na segunda metade do século XX: a assistência médica individual à doença foi considerada *um instrumento, dentre vários, às vezes o melhor e mais poderoso, outras vezes pior e mais oneroso, para obter efeitos, associados à capacidade de previsão da técnica epidemiológica, no sentido de controlar para melhor o estado presente e futuro da população* (Mendes-Gonçalves, 1986:23). Esse quadro permitiu a revalorização do pólo epidemiológico de saberes e práticas na organização do trabalho em saúde, constituindo a base do conceito de programa, que é articular instrumentos de trabalho dirigidos a indivíduos, entre eles a assistência médica individual, a instrumentos diretamente dirigidos a coletivos, objetivando potencializar a efetividade epidemiológica de todos os instrumentos.

A prática sanitária

Apesar de a Clínica e a Epidemiologia terem tido uma mesma origem conceitual sobre a doença, a segunda se desenvolveu como saber técnico específico.

Segundo Mendes-Gonçalves (1986), foi estruturada a partir de um modo autônomo de abordar as relações entre o adoecer individual e o coletivo:

Escondido sobre essas 'circunstâncias' está um conceito original, de estrutura inteiramente epidemiológica, o conceito de 'processo saúde-doença', que aponta exatamente para fenômenos anteriores à doença como interessando, pelo menos a nível de processo, desde antes e desde fora, à realidade da doença. Diferença radical em relação a Virchow a doença e a saúde não são mais fenômenos essencialmente sociais, mas são fenômenos biológicos cujas probabilidades de ocorrência são – também mas não apenas, e não necessariamente – socialmente determinadas (Mendes-Gonçalves, 1986:108).

Para o autor, o saber médico, que tomou a saúde e a doença em sua dimensão individual, invadiu o saber de estrutura coletiva. A convivência destes saberes anátomo-clínico e epidemiológico, e de suas práticas correspondentes, caracterizou-se pela complementaridade de funções.

Considerando o trabalho em saúde organizado nos dois eixos polares, a prática clínica e a prática sanitária, Mendes-Gonçalves (1986:104) aponta quatro características deste novo saber. Primeiramente, conformação da epidemiologia enquanto disciplina científica, realizando investigação sobre a dimensão coletiva da saúde e da doença nos modelos método científico inspirado no positivismo. A segunda característica é a constituição da disciplina como método exclusivo capaz de explicar o objeto, a realidade; enfoques alternativos não são aceitos, considerados não científicos. A terceira característica, epidemiologia, passa a se referir às delimitações das doenças realizadas no interior da clínica, no espaço do corpo anatomofisiológico; a epidemiologia se encarrega do estudo das circunstâncias em nível coletivo, do aparecimento da doença definida pela clínica, que é tomada como elemento invariante. Finalmente, a quarta característica assume a doença como invariante, apreende a realidade sob a forma de variáveis atributivas dos mesmos indivíduos (fatores), o que leva a tomar esta realidade de modo fragmentado. Ao se descrever a doença segundo fatores, estabelece relações estatísticas; ao fatorar seu objeto, a ação se dará sobre fatores de risco, o que permite um certo grau de previsibilidade dos efeitos decorrentes dessas ações.

De acordo com Mendes-Gonçalves (1986):

A execução propriamente dita do trabalho, à medida que se concebe sobre o coletivo, deve necessariamente implicar mecanismos de controle e supervisão voltados para o coletivo, tais como os conjuntos de técnicas que compõem a vigilância epidemiológica, os critérios racionalizados e

burocratizados de controle das atividades, o acompanhamento do trabalho durante sua execução por exemplo (1986:135).

No plano das práticas sociais, a clínica tem-se mostrado hegemônica, na medida em que permite fazer crer que uma dada necessidade social de controle de doenças no plano coletivo pode ser resolvida apenas com um somatório de ações dirigidas ao plano individual. Essas questões se expressam na definição de um novo modelo assistencial em saúde, diante de embates entre as diferentes forças sociais em aprofundar o modelo de atenção médica individual ou resgatar a “integração sanitária”. Esta integração traz a questão do planejamento e da programação em saúde, cujo elemento nuclear seria o estabelecimento de um objeto situado em termos coletivos ou que desenvolva ações que efetuem intervenções sobre a saúde e a doença.

Sabemos que se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, representado como doença – não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. Temos como desafios efetivos a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre os trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico, e da construção de um trabalhador coletivo na área da saúde (Merhy, 1997:126).

Para tanto, o autor afirma ser necessário procurar construir um novo tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, não só do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado. Os trabalhadores têm que se responsabilizar por uma boa parte da qualidade da assistência que ofertam, pois, sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato dependente, podem eles colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procederes eficazes a serviço do usuário e de seu problema.

Assim, cabe aos trabalhadores de saúde, no cotidiano dos trabalhos e no processo coletivo de gestão dos serviços, a fim de resolver os problemas identificados no dia-a-dia, a construção de um outro proceder em saúde, que se oriente pela constituição de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores do setor, na busca por uma resolutividade que se oriente por ganhos de autonomia dos usuários perante os seus “modos de andar na vida”. Considera-se necessário, neste caminhar, um conjunto dos serviços de saúde, que, pelo menos, garanta o acesso dos usuários às ações de

saúde, ofertando múltiplas opções tecnológicas para enfrentar seus distintos problemas. Um conjunto de serviços de saúde que acolha os usuários em todos os momentos, dê a máxima resolutividade às ações de saúde, procurando impactar os quadros de morbimortalidade a partir da associação mais ampla de todas as ações de saúde individual e coletiva, tecnologicamente disponíveis.

No que concerne especificamente ao processo de trabalho, Campos (1992) destaca que a redução do paciente à condição de objeto de investigação clínica é um aspecto da atenção individual que tem grandes repercussões sobre a eficácia dos serviços de saúde. Assim, a relação profissional-cliente é fator decisivo, por ser desigual e pressupor a passividade do usuário frente ao poder profissional. Desta forma:

Ao assumir uma perspectiva estritamente positivista, biologicista e mecanicista, o saber clínico impõe uma camisa-de-força à abordagem do seu objeto de trabalho, excluindo as dimensões do social e do subjetivo e desconhecendo sua influência decisiva na história da doença. Ignora que a vontade da cura, ou de adoecer e até de morrer, varia de paciente para paciente e que são elementos essenciais para a instituição de processos de diagnóstico e de terapêutica eficazes (Campos, 1992:183).

A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população, segundo Vaitsman (1995:8). A autora ressalta que:

o indivíduo como objeto de qualquer ação interventora – por exemplo, a educação ou a medicina – deve ser reconhecido enquanto locus de singularidade que produz e define necessidades específicas que devem ser ouvidas e respeitadas. Essa autora destaca ainda que a heterogeneidade e fragmentação social contemporâneas, fizeram com que os modelos abrangentes e universais que orientam as práticas e discursos, em diferentes campos, tenham se tornado insuficientes para dar respostas aos problemas surgidos.

Considera as diferenças como pluralidade e defende que seria preciso incorporar à prática a diversidade da experiência de diferentes grupos e indivíduos e dar espaço para que os excluídos, com suas identidades diferenciadas, falem por suas próprias vozes e constituam-se como sujeitos de suas próprias vidas.

Assim, para Vaitsman (1995) e outros autores (Campos, 1992; Peduzzi e Da Palma, 1996; L'abbate, 1997; Merhy, 1998; Schraiber *et al.*, 1999; Favoreto, 2002), trata-se de construir caminhos práticos, teóricos e institucionais que insistam na diferença como *locus* de subjetividade e de construção de identidades coletivas e individuais.

Campos (1992) advoga a necessidade de ampliar a capacidade de escuta do profissional de saúde, incorporando instrumental oriundo da psicanálise para reestruturar a clínica num sentido mais humanizado, acolhedor dos sofrimentos individuais, traduzindo-a em dimensões físicas, psíquicas e sociais. Possibilitam-se assim intervenções mais integradoras dessas dimensões. E Merhy (1998) aponta para:

Possibilidades de mudanças à medida que se aprofunde o entendimento conceitual sobre o trabalho em saúde, embasando a construção uma nova maneira de produzir saúde na rede de serviços públicos, que leve em consideração o acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde, a construção de um agir “cumpliciado” do trabalhador em saúde com a vida individual e coletiva, a mudança de um modelo de atenção corporativo centrado no profissional para outro centrado no usuário. Os usuários de modo geral não reclamam da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos serviços e dos profissionais, sentindo-se assim inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados (1998:104).

Para L’Abbate (1997:274), o trabalho possui dimensão claramente educativa, que vai além do saber fazer, da competência. Não é suficiente considerar apenas a dupla dimensão técnica e política, devendo-se acrescentar a ética, como mediadora dessas duas dimensões. Assim, ao profissional de saúde não basta saber, é preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso, com a percepção do dever para acionar mecanismos de transformação nos serviços de saúde.

Campos (1992) indica algumas diretrizes orientadoras de reformas das práticas clínicas e de saúde pública. Destaca-se a importância de se estimular mudanças nos indivíduos, nos comportamentos das pessoas, com intercâmbios de saberes sobre a história da doença e da saúde. Eticamente é um direito do paciente o acesso a qualquer informação sobre seu corpo, mente, doença e alternativas terapêuticas, ademais esse autoconhecimento amplia a eficácia da cura. Torna-se tarefa indispensável dos profissionais a transmissão de tais conhecimentos.

Porém não é suficiente um serviço com bom acolhimento, são necessários profissionais comprometidos, envolvidos, que usem todo o saber da clínica a serviço do usuário-paciente, recuperando a capacidade cuidadora. Também é preciso que esse serviço não seja um “território” isolado da rede de serviços locais de saúde. Malta *et al.* (1998) consideram que:

A diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos, não pode se resumir às unidades de saúde, mas deve permear todo o

sistema, modelando os demais níveis de assistência (especialidades, urgências, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva (1998:141).

Para Rios:

Só se pode falar em compromisso profissional, se mencionar a adesão, a partir de uma escolha do sujeito, a uma certa maneira de agir, a um certo caminho para a ação. Para que essa adesão seja significativa devem se conjugar a consciência, o saber, a vontade, que de nada valem sem a explicitação do dever e a presença do poder (1993:58).

O poder aqui é entendido não no sentido de dominação, mas de consenso, construído a partir de limites e possibilidades, visando à competência técnica e política, intermediadas pela ética.

A capacitação profissional requerida não é somente de conteúdos relativos à doenças, mas sobretudo de poder ouvir a população e decodificar seus problemas individuais e coletivos, enfatizando uma atuação interdisciplinar na resolução dos problemas. A autonomia e consciência sanitária dos usuários deve ser estimulada em um processo de construção de sujeitos e conquista de cidadania.

De acordo com Schraiber *et al.* (1999), as mudanças na composição da equipe não dizem respeito apenas a novos agentes incorporados, antes, tratam das alterações no processo de trabalho, decorrentes das mudanças do modo de organização dos serviços. A complexidade da equipe multiprofissional refere-se sobretudo à articulação desses diferentes processos de trabalho. Segundo os autores, faz-se necessário construir a possibilidade de superação da fragmentação dos saberes, com a interação entre sujeitos, entre os profissionais e destes com os usuários. Assim constituída, a equipe multiprofissional inicia o projeto, o plano de trabalho, que pode ser ligado à construção de novos saberes, apropriados às necessidades do trabalho em saúde, e mediante à criação de novas práticas. *E nesse modo de organização do trabalho ganha relevo a supervisão como a possibilidade de acompanhamento do cotidiano do trabalho, em que estamos atentos ao dia-a-dia do trabalho da equipe implica privilegiar a reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde (Schraiber, 1996:248).*

2.3 DIMENSÕES CONCEITUAIS

São inúmeras as dificuldades de um processo de avaliação de programas com essas características. Qualquer forma de aferimento envolve necessariamente um julgamento, isto é, avaliar é atribuir valor, portanto, torna-se necessário estabelecer critérios sobre os quais se determina o valor e os objetivos que serão valorizados (Hartz, 1997). Além disso, a complexidade do objeto de avaliação – organização do trabalho em saúde, relação usuário-profissional e efetividade dessa atuação – não pode prescindir de aproximações sucessivas, por meio de abordagens quantitativas e qualitativas, em que estas últimas são especialmente trabalhadas. A avaliação do PMFN é uma tarefa complexa; ainda não se dispõem de indicadores suficientes para medir a efetividade na construção de novos processos de trabalho e os resultados sobre a saúde da população. O esforço desta avaliação é de se aproximar do núcleo qualitativo, que garantiria as mudanças desejadas na atenção à saúde.

Tomou-se como ponto de partida uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, fundada na integralidade como conceito abrangente, que instiga a organização de novos serviços de saúde, e na revisão das práticas sanitárias e seus processos de trabalho: *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais* (Brasil, 1988, art. 198).

Visando refletir criticamente, Mattos (2001) sugere organizar o princípio da integralidade em três grandes conjuntos de sentidos. O primeiro refere-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde; nele a integralidade é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção do profissional. A integralidade não é vista apenas como um atributo da boa prática de biomedicina, mas um atributo que deveria permear a prática de todos os profissionais de saúde, independente de ela se dar no âmbito público ou privado.

O segundo conjunto diz respeito à característica da organização dos serviços, na qual critica-se a dissociação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. Os serviços de saúde organizados exclusivamente para dar conta de doenças de uma população tornaram-se inaceitáveis, eles deveriam estar aptos a realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população atendida. Assim, *a integralidade emerge como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que*

se caracterizaria pela busca também continua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (Mattos, 2001:57).

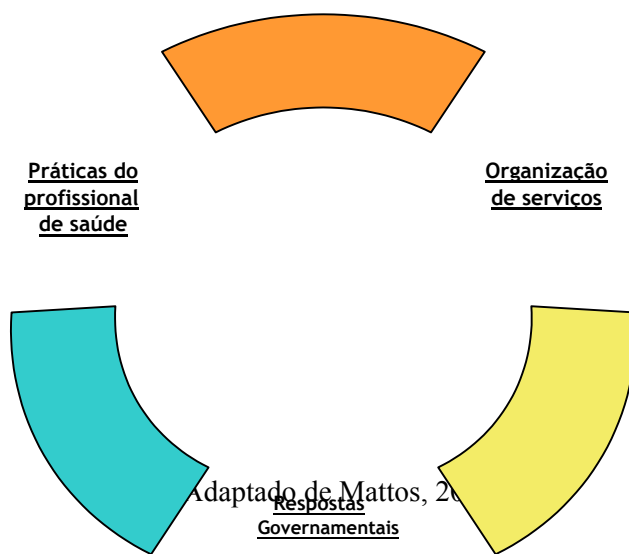
O terceiro conjunto de sentidos da integralidade aplica-se às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos. Neste sentido, a integralidade é representada pela recusa dos formuladores de políticas públicas em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais tais políticas irão incidir. Por outro lado, se expressa na convicção de que a resposta do governo a certos problemas de saúde pública deve incorporar as possibilidades de promoção, de prevenção de doenças, cura e reabilitação.

Para o autor:

É possível reconhecer alguns traços de semelhança, algumas analogias, alguns fios de ligação que articulam todos esses sentidos. Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (Mattos, 2001:61).

Dada a polissemia do termo “Integralidade” resolve-se tomá-lo como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização de serviço, tal como se depreende na Figura 1 a seguir:

FIGURA 1 – Integralidade



Entende-se que alguns outros conceitos articulados traduzem a integralidade nos sentidos adotados: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

Acolhimento, segundo definição encontrada no Dicionário da Língua Portuguesa, de autoria de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (1985), *é o ato ou efeito de acolher; recepção; atenção, consideração (...). Acolher é definido como dar acolhida a; hospedar; atender; receber; tomar em consideração* (1985:7).

Acolhimento é definido por Silva Júnior (2001) como:

Tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizado (2001:91).

Segundo Merhy (1997), uma das traduções de acolhimento é *a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde* (1997:138).

Para Malta *et al.* (1998), *é uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde a partir de um efetivo trabalho em equipe* (1998:139).

Para estes autores, acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde. Significa a retomada da reflexão sobre a universalidade do acesso e sobre a dimensão de governabilidade das equipes locais diante das práticas de saúde; representa o resgate do conhecimento técnico das equipes e ainda a reflexão sobre a humanização das relações em serviço, bem como o resgate do espaço de trabalho em termos de lugar de sujeitos.

O acolhimento consiste na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, restabelecendo no cotidiano o princípio da universalidade, assumindo nos serviços uma postura capaz de acolher, escutar e dar resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e população; reorganizar o processo de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário. O fluxo de

entrada não se processa mais de forma unidirecional, agendando-se para o médico todos os pacientes que chegam; toda a equipe participa da assistência direta ao usuário e são encaminhados para a consulta médica apenas aqueles que dela necessitam. Assim toda a equipe participa da resolução do problema, colocando em prática outros saberes existentes, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção (1998:128).

Torna-se necessário mudar toda a postura da equipe, de forma que ocorra acolhimento em todos os locais e momentos da Unidade. Observa-se, então, o reconhecimento da importância e da necessidade da atuação de toda a equipe na resposta assistencial, valorizando-se o conjunto da equipe no fazer saúde. Para tal, é preciso estruturar a capacitação técnica e reciclar os profissionais envolvidos.

Malta *et al.* destacam que:

O acolhimento permite ainda no cotidiano, a vigilância da saúde (...); o discurso da inclusão social, que vai da reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até a construção de um processo de mudanças estruturais na forma de gestão da unidade, permitindo a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão, por ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas (1998:138).

O acolhimento pode ser, então, entendido como um mecanismo:

Que interroga processos intercessores que constroem as ‘relações clínicas’ das práticas de saúde e que permite escutar ‘ruídos’ do modo como trabalho vivo é capturado conforme certos modelos de assistência, em todo lugar que há ‘relações clínicas’ em saúde; além de expor a rede de petição e compromisso que há entre etapas de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando centralmente as relações de acessibilidade (Franco e Merhy, 1999:4).

A identificação desses “ruídos” no sistema permite a reformulação de políticas de saúde e a otimização tecnológica que, de fato, causam impacto no processo de saúde e doença.

Assim, podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços.

Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários. A postura receptiva solidariza-se com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário, abrindo perspectivas de diálogo e de escuta às suas

demandas. A dimensão acolhimento, como postura, abrange ainda as relações intra-equipe e equipe-usuário.

A discussão sobre o acolhimento nas unidades e, mais especificamente, sobre a qualidade do acesso e a recepção aos usuários nos serviços mostra, segundo Teixeira (2003:92), uma migração do foco de tensionamento para dentro do serviço ou, mais exatamente, para a relação com o outro que aí se estabelece. A relação médico-paciente é o caso mais emblemático, de acordo com o autor, que sinaliza haver uma ampliação da questão devido à existência de outros profissionais e de outras interações que também se dão no cotidiano dos serviços, o que vale falar em relação trabalhador – usuário. Daí a preocupação inovadora de Teixeira em analisar o acolhimento no serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.

Escuta, no campo da psicanálise, ocupa lugar de destaque, por ser algo relacionado às palavras ditas ou silenciadas. Nesse contexto, a escuta não limita seu campo de entendimento apenas ao que é falado, mas também às lacunas do discurso, que são fios de significados a serem trabalhados. Segundo Leitão (1995):

São a essas lacunas que o analista dirige sua atenção, e escuta a trama dos movimentos imaginários que tentam se disfarçar e fantasiar. Essa trama quando escutada se desvanece e algo diferente se torna presente, revelando uma lógica até então encoberta; daí a importância em se ter uma escuta mais acolhedora e minuciosa nos serviços de saúde (1995:47).

Escutar se refere imediatamente à fala, e a sua raiz latina vincula o escutado ao ato de ouvir e de montar guarda; situação em que o escutado, cumprindo o ofício de sentinela, vigia os sons provenientes de um campo diferente do seu próprio. Para escutar é necessário estar atento, mas, primeiramente, torna-se imprescindível conhecer quem se escuta, quem está falando, como e sobre o que se fala. Enfim, exige-se do profissional de saúde uma reflexão sobre o usuário-paciente, enquanto sujeito portador de individualidade, para quem os serviços de saúde são oferecidos. Usuário, segundo definição extraída do dicionário Aurélio, *trata-se do sujeito portador de uma individualidade, que tem a posse, o gozo de alguma coisa pelo direito de uso coletivo (1985).*

A postura de acolhimento e escuta também é pensada na relação dos profissionais de equipe de saúde entre si e entre os níveis de hierarquia da gestão do serviço. Relações democráticas e que estimulam participação, autonomia e decisão coletiva produzem sujeitos de novas práticas sanitárias.

Os trabalhadores de saúde incorporam a escuta e a conversa com o usuário como importantes instrumentos de trabalho, e não como tempo e conversas desperdiçados. Segundo Peduzzi e Palma (1996), esses trabalhadores *defrontam-se com a necessidade de manter esta dimensão educativa e comunicacional como parte nobre da técnica, complementar a esfera clínica e de redobrar a qualidade do registro do paciente* (1996:247). Merhy *et al.* (2000) distinguem *ato de escuta de ato de bondade; o ato de escuta é um momento de construção de transferência* (2000:25). Assim, o acolhimento requer que o trabalhador utilize seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários.

O acolhimento como técnica instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados.

O acolhimento (Merhy *et al.*, 2000) representa:

O resgate e a potenciação do conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais da saúde na assistência. Torna possível ainda, a reflexão sobre a humanização das relações em serviço e parte da lógica de poder contida no processo, contribuindo assim para uma mudança na concepção da saúde como direito (2000:22).

Quanto ao trabalho de equipe, as mudanças da composição desta não dizem respeito apenas aos novos agentes incorporados, nem aos dados quantitativos desta incorporação. Peduzzi e Palma (1996) afirmam que:

Tratam de alterações no processo de trabalho, decorrentes das mudanças do modo de organização dos serviços. Assim, com estas mudanças alteram-se os atributos técnicos requeridos dos trabalhadores, as suas relações com os demais elementos dos processos de trabalho (o objeto e os instrumentos e as próprias atividades), e as relações entre os diferentes profissionais que passam a lidar com novas formas de articulação dos respectivos e peculiares trabalhos (1996:239).

A complexidade da equipe multiprofissional refere-se à articulação destes diferentes processos de trabalho. Supera-se a fragmentação de saberes e a organização de serviços, o que as autoras destacam como justaposição alienada de trabalhos, em que cada parcela apresenta-se como exercício autônomo e independente. Na busca de superação da fragmentação, a interdisciplinaridade vem contribuir para a construção de

novos saberes apropriados às necessidades do trabalho em saúde, mediante criação de novas práticas. Portanto, os mesmos autores dizem que:

Os serviços necessitam dispor de meios que propiciem a integração dos novos agentes ao projeto institucional e do conjunto dos agentes a novos projetos. Espaços dialógicos, interculturais, que permitam a distinção e a recomposição dos trabalhos parcelares em totalidades nas quais cada trabalhador possa reconhecer-se, simultaneamente, como agente do trabalho e sujeito histórico-social (1996:241).

A equipe de acolhimento tem, então, como objetivos (Merhy, 1993; Carvalho, 1997 e Franco, 1997) ampliar o acesso dos usuários, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho das equipes locais.

O acolhimento como reformulador do processo de trabalho ou da diretriz de serviço pontua problemas e oferece soluções e respostas. Identificam-se as demandas dos usuários e, com isso, rearticula-se o serviço.

Como a organização de serviços, o acolhimento detém uma proposta, um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos e as características operacionais da supervisão e da avaliação de pessoal. Nesse contexto tem destaque a supervisão, considerada como importante no modo de organização de serviços no acompanhamento do cotidiano do trabalho, com atenção ao dia-a-dia do trabalho. Esse quadro implica a reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde. Para Peduzzi e Palma (1996):

O objeto, os instrumentos, a finalidade e os agentes passam a ser questões de fundamental importância a serem arguidas e debatidas nos vários espaços de discussão/participação. Portanto, sendo um espaço de articulação da teoria e da prática dos vários elementos do processo de trabalho e das várias dimensões que o modelo tecnológico integra (1996:248).

Opta-se por incorporar a idéia de acessibilidade organizacional para complementar a dimensão acolhimento. **Acesso**, segundo definição encontrada no Dicionário Aurélio, “ingresso; passagem”, é *a liberdade ou capacidade de obter ou fazer uso de alguma coisa* (1985:6). No campo da saúde, acesso pode ser definido por

aquelas dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de um dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde. A acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos. É a possibilidade de obter serviços necessários em quantidade suficiente, sem obstáculos físicos e financeiros.

Donabedian (1980) denomina acessibilidade ao conjunto de fatores que intervêm na capacidade de produzir serviços e na produção de fato ou consumo de serviços. O acesso é um fator que intervém sobre o uso de serviços: acessibilidade social e organizacional, envolvendo políticas de admissão, e acessibilidade geográfica.

Numa compreensão ampliada, acessibilidade pode ser definida como *o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e às da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Este enfoque de grau de ajuste permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e obtenção desta assistência* (Fekete, 1995:180).

A dimensão organizacional é representada pelos obstáculos, na entrada ou no interior da unidade de saúde, que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Na entrada da unidade de saúde, são relativos aos aspectos que caracterizam o contato inicial com a unidade, como o tempo para obter a consulta, tipo de marcação de horário e turnos de funcionamento. No interior da unidade, são relativos à assistência ao usuário, como a espera para ser atendido pelo médico e para fazer exames laboratoriais. E ainda devem ser considerados os obstáculos que surgem com a continuidade da assistência, como os mecanismos de referência e contra-referência e o grau de hierarquização da rede.

Vínculo, segundo definição encontrada no Dicionário Aurélio, é *tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; relação. O ato de vincular significa ligar ou prender com vínculo, ligar ou prender moralmente, unir, perpetuar uma relação* (Ferreira, 1996:1777).

Vínculo, por sua vez, é conceituado por Chakkour (2001), a partir de Pichon-Rivière (1982), como *o desenvolvimento de circularidade de afetos entre trabalhador e usuários, construindo a interação entre duas pessoas criando uma maneira particular de se relacionarem, a cada caso e a cada momento* (2001:6). Criar vínculos, na visão de Merhy (1993, 1997), é ter relações tão próximas e tão claras que a equipe possa se

sensibilizar com o sofrimento ou demanda dos usuários ou da população adscrita. Ou, ainda, *é o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário* (Merhy, 1993:138).

Assim, podemos pensar no vínculo em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. Na primeira dimensão, Kloetzel (1999) aponta que o médico deve gostar da sua profissão e interessar-se pela pessoa do paciente, construindo, assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna um valioso instrumento de trabalho.

A idéia de vínculo como uma relação terapêutica, que:

Prende-se tanto à busca de maior eficácia (aumento do percentual de curas), como à noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes. Ou seja, para que haja vínculo entre dois sujeitos, exige-se a assunção do paciente à condição de sujeito que fala, deseja e julga, sem o que não se estabelecerão relações profissional-paciente adequadas (Campos, 1994:53).

A palavra **terapêutica** apresenta um sentido específico, relacionado com o ato de dar atenção. Logo, uma nova forma de cuidado, que, de acordo com Boff:

Se revele numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; não numa atitude de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de com-vivência, não de intervenção, mas de interação (1999:33).

O autor destaca que *cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro* (Boff, 1999:34).

Para que ocorra seu fortalecimento, esta relação deve, a princípio, constituir-se num processo de terapêutica, ou seja, por si só, já ser considerado um instrumento de terapia. Uma relação satisfatória deve levar em consideração questões como a escuta, a divisão de responsabilidades, o auto-conhecimento (ou conhecimento do outro, por parte do profissional) e os elementos de transferência e contra-transferência. A partir da proposta de se estabelecer uma relação efetiva e resolutiva quanto às demandas do paciente, é importante considerar a singularidade e a subjetividade de cada

relacionamento entre profissional e paciente, o que pressupõe integração dinâmica de contextos diversificados, características pessoais e expectativas, conscientes ou não, de ambas as partes. Por meio da escuta atenta, da aceitação incondicional em relação à pessoa do doente e da empatia, que é uma capacidade da esfera afetiva, de se colocar no lugar do outro, o profissional de saúde preenche grande parte das expectativas do doente.

Em relação ao vínculo, algumas questões que envolvem a relação terapêutica devem ser destacadas, segundo Smith e Hoppe (1991): o contexto biopsicosocial do paciente, considerado como fundamento para estabelecer um relacionamento médico-paciente mais efetivo; a comunicação e linguagem como fundamento da medicina humanitária; e ainda a definição de diferentes posturas ou modos de conduzir a relação médico-paciente. A atenção centrada no paciente se caracteriza pelo seguinte aspecto: liberdade de expressão do paciente sobre sua queixa, com espaço para seu posicionamento quanto ao significado da doença, bem como para aspectos de sua vida pessoal, social e profissional. Por parte do profissional, deve ser demonstrado interesse sobre aspectos emocionais e sociais. A atenção centrada no paciente pode ser associada à participação e responsabilização deste no processo de prevenção, cura e tratamento. Outra questão é a maior autonomia do paciente na escolha do tratamento como elemento facilitador para estabelecer “rapport” - relacionamento harmônico, com base em abertura, compreensão e confiança.

Para Stewart *et al.* (2000), os princípios da atenção centrada no paciente são: exploração pelo profissional das características da enfermidade, bem como da dimensão da experiência do paciente em relação à mesma (sentimentos, idéias, impacto sobre sua vida pessoal e social, expectativas sobre sua evolução); compreensão do paciente (personalidade, sistemas de valores e crenças) pelo profissional de saúde; comum acordo entre profissional e paciente sobre a administração do tratamento, além do entendimento sobre o processo do adoecer; atuação do profissional como agente de prevenção de doença e promoção de saúde; fortalecimento do relacionamento profissional-paciente (formação de vínculo); e, enfim, a atenção centrada no paciente como prática vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde. Para que ocorram situações favoráveis ao vínculo, é preciso que tanto pacientes como profissionais saibam que têm uma relação mútua (Starfield, 1998:3), que geralmente vai desde o preenchimento do formulário de inscrição, do reconhecimento da Unidade de Saúde e do Programa até a regularidade de uso de serviço.

Kloetzel (1999) considera que o *vínculo médico-paciente consiste de uma parceria que, além do componente puramente técnico, é acompanhado por uma boa dose de envolvimento emocional* (1999:55).

O método clínico de atenção centrada no paciente, segundo Weston e Brown (2000), é composto por elementos que interagem em processo dinâmico. Dentre eles está o fortalecimento da relação médico-paciente e o processo de continuidade como itens fundamentais na formação do vínculo. O que, por sua vez, permite a continuidade da atenção médica, se destacando como um instrumento de trabalho para o conhecimento das necessidades do paciente e para o estabelecimento de grau satisfatório de adesão ao tratamento. *Adesão*, tal como se apresenta no Dicionário Aurélio, tem o sentido de *ato de aderir; aderência; assentimento; aprovação; concordância; manifestação de solidariedade; apoio* (1985:10). Para haver a continuidade, é necessário que a adesão esteja fortalecida e vice-versa.

A relação profissional-paciente pode se caracterizar como um instrumento facilitador para a compreensão dos problemas apresentados, além de um meio potencialmente eficaz para atingir objetivos como cura, prevenção e promoção de saúde. Tendo em vista seu potencial facilitador, a relação profissional-paciente é capaz de se utilizar da comunicação e da linguagem, de sensibilizar e motivar o paciente a contribuir para o alcance de objetivos, em continuidade.

Vínculo, portanto, implica responsabilização, que é o profissional assumir a responsabilidade pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal. O profissional assume a indicação e garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema, não cabendo a transferência burocrática para outra instância decisória ou nível de atenção (Merhy, 1997:138). É, assim, sem dúvida, uma mudança de paradigma, pois, ao implementar mudanças que resultem num novo processo de trabalho, tendo como foco o sujeito, a tendência é o resgate do espaço de trabalho como lugar de sujeitos.

É necessária, portanto, a combinação de diferentes abordagens que permitam a análise do vínculo e da responsabilização entre quem presta o serviço e quem recebe. Ambos são cidadãos potencialmente capazes de compartilhar um conjunto de valores éticos.

Rollo (1997:324) considera essas questões como centrais, a serem enfrentadas na reconstrução das práticas assistenciais em saúde. Recorre a Campos (1991) para abordar a questão da alienação dos profissionais de saúde em relação a seu trabalho, o que contribui para o baixo grau de responsabilização e criação de vínculo entre os

profissionais e os usuários, revelando desapego em relação às condições de trabalho. Um outro aspecto da alienação citado é a separação entre os membros da equipe de trabalho, em que cada um se ocupa de suas tarefas, havendo pouca integração entre as atividades, imperando, assim, a lógica da subordinação, ao invés da complementaridade na equipe multiprofissional.

No que concerne à **qualidade da atenção**, Donabedian é o autor que há mais de vinte anos desenvolve estudos e pesquisa sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde e que serve de paradigma nesta área (Campos, 1999; Vuori, 1991). Segundo Donabedian (1968), qualidade da atenção define-se como o tratamento que é capaz de alcançar melhor equilíbrio entre os benefícios de saúde e os riscos. Fatores como custos monetários, assim como expectativas e valores do paciente, são considerados como facilitadores ou obstáculos para alcançar o padrão de qualidade. Por outro lado, quatro componentes ou atributos da atenção prestada influenciam na qualidade: acesso, continuidade, coordenação e satisfação do paciente.

Para Donabedian, a qualidade da atenção médica baseia-se na conduta do médico e na relação paciente-profissional de saúde. A conduta do médico refere-se, no processo saúde-doença, aos cuidados técnicos (adequação do diagnóstico e da terapêutica), sócio-ambientais (atenção aos fatores de risco sociais e ambientais, da família e do trabalho) e psicológicos. Tais cuidados são integrais com a coordenação e em continuidade.

A relação paciente-profissional engloba a congruência de expectativas entre o médico e o paciente, a adaptação e a flexibilidade, o trato eqüitativo e a manutenção máxima possível da autonomia do paciente, bem como a participação ativa do mesmo.

Qualidade de atenção à saúde, para Starfield, significa *quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde* (2002:419).

O termo **qualidade** também tem sido empregado em sentido amplo envolvendo a satisfação dos usuários com os serviços, os custos de atenção, a qualificação do pessoal, a segurança e a aparência agradável das Unidades de Saúde, bem como a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação de serviços.

Starfield também observa que a qualidade da atenção pode ser vista em duas perspectivas: clínica e populacional. Na perspectiva clínica, a preocupação está centrada no impacto das ações dos profissionais de saúde, individualmente ou em grupo, sobre a

saúde do usuário. Do ponto de vista da população, o que é avaliado é o acesso aos serviços, a disponibilidade da atenção e a capacidade de resolver ou contribuir para solução de um amplo espectro de problemas, numa perspectiva integral da saúde.

Donabedian (1980) leva em conta que, para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pode-se tomar todos ou alguns dos componentes que conformam um programa: a estrutura, o processo e os resultados.

A estrutura corresponde àquilo que é relativamente estável no sistema, isto é, corresponde a todos os atributos – materiais e organizacionais – que permitem que uma unidade proporcione atenção: disponibilidade de instalações, equipamentos, recursos humanos. São, deste modo, classificados como estruturais todos os elementos relativos ao desenho institucional, à organização do sistema, ao elenco de ações ofertadas e à disponibilidade de recursos. O processo refere-se ao conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos, ou seja, à produção do profissional de saúde. Verifica-se o contato da população com os trabalhadores de saúde, o cuidado dos trabalhadores de saúde com o doente, desde a identificação de um problema, a formulação de um diagnóstico, o tratamento e o posterior controle para verificação se o problema foi resolvido. À população competiria a utilização do serviço, sua aceitação, adesão ao tratamento e participação. Os resultados são vistos como aqueles da atenção prestada, em particular, às mudanças produzidas no estado de saúde dos indivíduos atendidos ou às mudanças de comportamento, conhecimento ou satisfação dos usuários dos serviços, ou seja, o impacto sobre o estado de saúde da população (Donabedian, 1979; 1984; 1990; Lasso, 1987; Hartz, 1997; Starfield, 1992; Sala, 1990).

Não há consenso sobre qual o melhor componente a ser analisado numa avaliação da qualidade dos serviços de saúde. A escolha de um ou outro componente resultaria da especificidade do problema a ser avaliado, optando-se, de modo mais freqüente, como nesta pesquisa, por investigar os processos de atenção. A análise apenas da estrutura é considerada como insuficiente para monitorar o desempenho dos serviços. Contudo, não se prescinde dela, considerando-se a existência de uma relação positiva (suposta ou demonstrada) entre os três componentes. Uma boa estrutura aumentaria as probabilidades de um bom processo, que por sua vez incrementaria as probabilidades de um bom resultado (Donabedian, 1984; 1990). No presente estudo, os três componentes serão trabalhados, porém com maior ênfase no processo.

O estudo do processo envolve abordagens múltiplas e em ambiente ambulatorial, como da Atenção Primária à Saúde. É dificultado pela relação mais esparsa entre usuários e profissionais e problemas de duração indeterminada, diferente

da atenção hospitalar, em que o contato da equipe com o paciente é intenso e com duração determinada.

Starfield apresenta várias abordagens metodológicas para avaliar o processo de atenção à saúde por equipes de atenção primária (2002:428-452). Em grande parte dessas abordagens, utiliza-se a revisão de prontuários como fonte de informação e avaliação da qualidade na prestação de serviços. Cotejam-se as informações registradas nos prontuários com padrões pré-estabelecidos e avaliados como indicativos de boa atenção para alguns problemas selecionados. Observam-se algumas características da atenção quanto aos problemas que são considerados importantes especificamente para o controle dos mesmos, assim como outras características inespecíficas que são importantes para atenção dos usuários em geral. Essa abordagem pode ser articulada com a abordagem dos traçadores (Kessner *et al.*, 1973).

Consideradas as numerosas atividades clínicas oferecidas pelos serviços de saúde, Feinstein (1985) propõe que a avaliação seja restrita a certos episódios considerados “representativos” das responsabilidades do sistema de assistência (*tracer conditions* ou traçadores). A definição de episódio inclui todos os encontros para o gerenciamento da condição em pauta, em que ao menos uma parte é realizada por profissionais de saúde. Este método foi desenvolvido por Kessner *et al.* (1973) e possui a vantagem de poder combinar os elementos da avaliação do processo e do resultado da assistência, adaptando-se aos vários tipos de avaliação, realizada por qualquer profissional, não reservada apenas ao médico.

Em relação aos “traçadores”, Kessner *et al.* (1973) lembram a importância de formalizar os critérios, ou explicitação, e de evitar também a rigidez, seguindo alguns princípios. Esses princípios devem refletir a qualidade mínima da atenção, levando em consideração a não disponibilidade de equipamentos diagnósticos sofisticados, ser periodicamente revisados, atualizados e aplicáveis, em larga escala, às populações de pacientes. O método dos traçadores é bastante útil para ambulatorios e pode ser usado tanto para avaliar processo como resultado do cuidado. Para os autores *o método dos traçadores é basicamente uma medida do processo do cuidado, enquanto que o critério para medida tem o propósito de estabelecer relações com o resultado* (1973:190).

Na escolha dos “traçadores representativos”, consideram-se a prevalência do problema, a facilidade de diagnóstico e a disponibilidade de tecnologia de eficácia reconhecida para prevenção e/ou tratamento.

De acordo com Scochi (1996):

Para a utilização da proposição de Kessner é necessário pensar em uma adaptação, no sentido de se utilizar os traçadores para avaliação de programas. Procurando identificar o cumprimento das normas consideradas como adequadas para grupos especiais da população, ampliando assim o enfoque que se entende como possível para tratar não apenas de patologias mas de ações de caráter preventivo. Nesse sentido, ampliam-se as possibilidades da proposta, bem como de avaliação de um maior número de atividades em relação ao cumprimento de normas e procedimentos (1996:46).

A seleção de um ou mais programas, pela suposição de que o desempenho das outras atividades nas unidades de saúde é semelhante, permite que se identifiquem possíveis falhas nos serviços de saúde ofertados pela rede. Este é um princípio geral que orienta a metodologia dos traçadores.

A abordagem dos traçadores permite também analisar as situações sob o ponto de vista dos profissionais de saúde e da população.

A partir dos conceitos acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade de atenção, é possível inferir sobre a Integralidade na perspectiva de atributos da prática e da organização dos serviços.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 A HISTÓRIA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI

Após a fusão dos antigos Estado da Guanabara e Estado do Rio de Janeiro, em 1975, o Município de Niterói perdeu sua condição de capital do Estado e passou a enfrentar esvaziamento de recursos financeiros e de poder político.

Na década de 70, Niterói contava com uma rede estadual de saúde, algumas unidades vinculadas à Previdência Social e o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP). A Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social da Prefeitura de Niterói, criada em 1975, não tinha unidade de prestação de serviços de saúde, apenas administrava três cemitérios e eventualmente desenvolvia ações de saúde pública, através de campanhas.

Niterói apresentava em 1977, um largo segmento populacional de baixa renda, alta percentagem de população favelada (39%) e predominância de jovens (menores de 15 anos) residentes na periferia e locais acidentadas do município. As áreas desprovidas de água, esgoto e coleta de lixo e de serviços de saúde, eram fatores que propiciavam uma forte mortalidade, notadamente infantil (aproximadamente 90%), com características de poliarência, alta prevalência de doenças infecto-contagiosas e ainda

esvaziamento da força de trabalho pela mortalidade precoce, ocorrida na faixa etária entre 20 e 49 anos, com grande ocorrência de tuberculose (PMFN/SMSPS, 1979).

Os serviços médico-assistenciais estavam concentradas na região centro-sul da cidade e dificultavam o acesso dos segmentos populacionais a estes serviços, seja pela deficiência de transporte, motivada pelas características topográficas, seja pela discriminação de clientela (INAMPS, IPASE, FUNRURAL, IASERJ, outros). Além da centralizada localização dos serviços de saúde, sua baixa eficácia e eficiência se vinculavam também à composição dos recursos humanos, contando com número bem maior de profissionais de nível superior e de poucos profissionais de nível médio e elementar.

Na segunda metade da década de 70, fazia parte da realidade do setor saúde do município a proposta de estruturação de um modelo assistencial embasado nos princípios da universalização, hierarquização e integralidade. Buscava-se romper a dicotomia das ações preventivas e curativas, bem como realizar a articulação com os movimentos sociais. Assim, partiu-se para a implantação de um Programa de Atenção Primária à Saúde com três objetivos básicos: a hierarquização, a extensão da cobertura e a participação comunitária.

Em 1977, o então secretário de saúde, Hugo Tomassini, buscou estruturar a Secretaria de Saúde como uma rede. Em 1977, realizou-se o diagnóstico de saúde de Niterói. Nessa linha, programou-se a implantação de uma rede de unidades municipais de saúde dispersa criteriosamente por bairros e áreas periféricas de Niterói, procurando atingir, prioritariamente, as populações de baixa renda. A idéia era formar um cinturão, uma rede primária em toda a periferia do município, que seria complementar às estruturas já existentes. Cada unidade municipal de saúde representava uma extensão da própria secretaria, que atuava, assim, de maneira localizada e integrada, nos bairros de Niterói. A intenção era estabelecer um relacionamento íntimo com a população, acompanhando de perto os problemas locais. Pessoas vinculadas à comunidade atendida foram recrutadas e contratadas pela prefeitura para atuar dentro das unidades na função de agentes de saúde pública. Assim, pessoas integradas à comunidade atuavam nas unidades, aumentando consideravelmente o poder de ação e de comunicação da secretaria, estreitando, dessa forma, o vínculo comunitário entre povo e governo.

O eixo central da proposta era a Atenção Primária à Saúde como a melhor alternativa para os municípios atenderem suas comunidades, que enfrentavam um quadro de crise financeira.

Na 32ª Assembléia (1978), a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, consagrando um princípio de atendimento médico-assistencial utilizado no mundo inteiro e, de modo particular, nos países subdesenvolvidos. A OMS reconheceu a Atenção Primária à Saúde como o caminho de “saúde para todos no ano 2000”:

cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que esteja ao alcance da comunidade e do país.

Com a aprovação, em 17 de julho de 1975, da Lei Federal nº 6.229, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, os municípios passaram a ter, ainda que de forma tênue e incompleta, um instrumento político para respaldar a manutenção de serviços de saúde de interesse da população local. Desta forma, mesmo numa área urbana dentro de uma região metropolitana, foi possível a implantação de serviços de saúde para prestar cuidados primários à população carente. E esses serviços, se constituíam na porta de entrada de todo sistema de saúde, como atribuição do município, numa visão em que a municipalidade (prefeitura) é o ponto inicial de todo um sistema de poder, ou seja, o ponto de contato do cidadão comum com o Estado.

Dentro dessa perspectiva, ao município caberia implantar e manter serviços de saúde que, prestando cuidados básicos à saúde, fossem o primeiro nível do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo mecanismos de referência e contra-referência com os demais níveis.

Essas propostas encontraram forte oposição por parte dos setores que apoiavam o modelo hegemônico. Em 1979, com a reforma eleitoral, o prefeito de Niterói, Moreira Franco, eleito em 1976 pelo MDB, mudou de partido, passando para o PDS, e todos os secretários ligados à esquerda (MDB) foram demitidos. Como consequência desse processo político, houve a ruptura do trabalho até então desenvolvido e os profissionais oriundos da Previdência Social assumiram a Secretaria Municipal de Saúde, privilegiando as práticas voltadas para a assistência curativa e clientelista.

Em 1979, a então Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social de Niterói (SMSPS) promoveu o II Encontro Municipal do Setor Saúde, que se caracterizou como um evento histórico, ao reacender os debates em torno das políticas municipais de saúde (Goulart, 1996). Nesse contexto, o então secretário de saúde do município e sua equipe elaboraram o Plano de Ação para o setor municipal (1977/80), que propunha a extensão

de cobertura em bairros periféricos, até então não cobertos por serviços de saúde, a partir da implantação de uma rede básica de serviços e utilização de agentes de saúde, priorizando a atenção primária.

Desde meados da década de 70, essa dinâmica é concomitante à atuação no município de movimentos reivindicativos organizados por profissionais de saúde de várias instituições: Universidade Federal Fluminense – UFF, Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social – INAMPS, Secretaria Estadual de Saúde e Higiene – SESH e SMSPSN e grupos comunitários ligados à Federação de Associação de Moradores de Niterói – FAMNIT, denunciavam as más condições de vida da população e as mazelas do sistema de saúde. Esses movimentos desenvolviam experiências pontuais de integração de serviços de saúde-comunidade-universidade, constituindo foros de discussão e articulação política no município ligados ao chamado “Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira” (Escorel, 1999; Silva Júnior e Oliveira, 1994). Essas experiências, entre outras, serviram de base, para a reestruturação de instituições locais e para a formulação das propostas de Reforma Sanitária em âmbito nacional, na década de 80 (Novaes, 1990; Marsiglia, 1995; Marins *et al.* 1992; O’Dwyer *et al.*, 1993; Silva Júnior *et al.* 1996).

Em 1982, a partir do Conselho Nacional de Saúde Pública (CONASP), com suas propostas racionalizadoras dos gastos da Previdência Social, surge o projeto de elaboração conjunta, interinstitucional, do Plano de Saúde para Niterói e da gestão colegiada deste plano – Projeto Niterói – formado por técnicos das secretarias Municipal e Estadual de Saúde, da Previdência Social (INAMPS) e da Universidade Federal Fluminense (UFF).

O Projeto Niterói (1982/1988) se constituiu em uma experiência pioneira das ações integradas de saúde e serviu de parâmetro para o projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS). O Projeto funcionava com uma comissão executiva, presidida por Gilson Cantarino O’Dwyer, em que havia a representação das instituições públicas de saúde prestadoras de serviços no município (UFF, INAMPS, SES e SMS) e comissões de trabalho por área temática. Em 1984 foram integradas outras entidades da sociedade civil, como a Associação Médica Fluminense, o Conselho Regional de Medicina e a Federação de Associação de Moradores de Niterói (FAMNIT).

Em 1987 foi aprovada a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS/MS). Diversos municípios do Estado do Rio de Janeiro, inclusive Niterói, assinaram convênios de municipalização, passando as secretarias municipais de saúde a gerirem a maior parte da rede de saúde local.

Em 1989, uma coligação de partidos, encabeçada pelo PDT, elegeu o novo prefeito de Niterói, que convidou para o cargo de secretário municipal de saúde, o até então Secretário Executivo do Projeto Niterói, um profissional que ativamente militava no movimento sanitário local. Grande parte dos técnicos que exerciam funções nos grupos de trabalho desse projeto assumiram cargos na Secretaria Municipal de Saúde, promovendo o encaminhamento do processo de municipalização da saúde e a reorganização do sistema local, respaldados pelas recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela Constituição Federal de 1988. Foi então criada a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMSN), em 1989, para tentar agilizar o processo de reestruturação do sistema local de saúde.

Essas propostas traziam o desafio de construção de um modelo de assistência que modificasse a situação de precariedade e desigualdade existente nos serviços de saúde, tornando-os mais eficazes, eficientes e igualitários, viabilizando a melhoria na organização e na qualidade da atenção. Essas mudanças seriam baseadas no perfil epidemiológico e nas necessidades da população local, pretendendo-se também a superação da dicotomia entre ações preventivas e curativas. Desde então, já se destacava a necessidade de mudança no modelo de assistência e a dificuldade de acesso de algumas comunidades aos serviços existentes, propondo-se a adscrição de clientela às Unidades Básicas.

Os anos 90 iniciam com grande movimentação política em torno da questão da municipalização da saúde, concretizada na proposta do SUS. Em Niterói, além da articulação ocorrida em torno do Projeto Niterói, observam-se algumas dificuldades de mudança no modelo assistencial, ressaltando-se os obstáculos ligados às instituições estaduais e à Previdência Social.

A política de distritalização prosseguiu com a criação da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, com a intenção de viabilizar a proposta de adscrição de clientela.

Em 1991, é realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde, como preparação para a IXª Conferência Nacional de Saúde. A Conferência Municipal contou com a presença de cerca de 800 participantes de diferentes setores sociais e foi considerada como um avanço. Houve aprovação e criação do Conselho Municipal de Saúde.

O planejamento das ações de saúde no município passou a se pautar nas propostas de criação de um SUS integrado, com comando único na esfera municipal, descentralizado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada e com acesso universal. O processo de distritalização no município teve início em 1990, a partir da

Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, com a proposta de descentralizar política e administrativamente a gerência do sistema de saúde.

Estruturados em três Distritos Sanitários (Norte, Leste e Centro-Sul), reorganizou-se a rede de Unidades de Saúde municipalizadas de forma descentralizada, tendo como eixos organizativos as concepções já referidas anteriormente. Em 1995, os Distritos Sanitários, a despeito de seus avanços, foram desativados, aparentemente por problemas relativos à falta de controle que essa descentralização precoce havia produzido.

Assim as UBS foram historicamente constituídas e atualmente são denominadas Unidades Básicas de Saúde, calcadas na Medicina Comunitária da década de 70, que funcionavam com equipes multiprofissionais (ginecologistas, pediatras, clínicos gerais, sanitaristas, enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares). Atualmente as Unidades Básicas de Saúde trabalham com programas verticais de saúde e abrangem populações de grande número, sem estarem esses usuários adscritos às unidades.

O sistema de saúde no município de Niterói segue ordenado, tendo como referência as propostas do SUS e dando continuidade às concepções que estavam na pauta do processo de discussão do sistema local de saúde. Surge, em 1991, a proposta do Programa Médico de Família de Niterói (PMFN).

Observa-se, nesta síntese histórica sobre a atenção básica à saúde no município de Niterói, que, a partir da década de 70, destacam-se algumas iniciativas concretizadas que levaram à implantação, em 1992, do PMFN. Em especial, destacam-se:

- constituição da rede municipal de saúde inspirada na estratégia de Atenção Primária, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1977);
- implementação do projeto das Ações Integradas de Saúde (Projeto Niterói), no período 1982 a 1987, que se propunha a articular várias instituições prestadoras de serviços numa rede hierarquizada de atenção em nível local;
- implementação do processo de municipalização e criação dos Distritos Sanitários.

A implantação do PMFN se realizou após contatos iniciados em 1990, com troca de experiências entre profissionais de saúde de Cuba e de Niterói. O PMFN concretizou-se em 1991, com a visita a Cuba do então prefeito de Niterói e do secretário municipal de saúde. A partir de então, Niterói passou a contar com a assessoria técnica permanente do diretor do Policlínico Lawton-Havana em Cuba, para a elaboração de uma proposta baseada no modelo do Médico de Família cubano. Foi então estruturada uma equipe de coordenação municipal, composta pelo Superintendente de Ações

Integradas de Saúde da FMSN, pelo assessor cubano e diretamente ligado ao gabinete do secretário de saúde (PMN, 1997:06). Para implementar a proposta, foi enfatizado que não se tratava de mera transposição do modelo cubano, mas sim sua adaptação à realidade do município, a partir da análise de indicadores operacionais e epidemiológicos.

Essa cooperação técnica com Cuba veio reforçar algumas concepções que estavam na pauta do processo de discussão do Sistema Local de Saúde de Niterói, tais como:

- adscrição de clientela, no espaço-geo-físico local, onde a equipe identificava grupos populacionais em situação de risco, no próprio processo de aproximação e conhecimento da comunidade;
- criação de uma nova relação entre os serviços de saúde e os usuários, desenvolvendo uma prática sanitária responsável e que influenciasse os níveis de saúde de determinada população;
- complementaridade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, como porta de entrada do sistema, poderiam organizar espaços geo-físicos regionalizados e redes hierarquizadas de atenção, construindo-se Distritos Sanitários, aglutinando-se equipamentos e promovendo articulação de ações básicas de promoção, prevenção e recuperação à saúde;
- integralidade das ações, facilitando o acesso da população à tecnologia de ponta disponibilizada no sistema de saúde, numa ação contínua de acompanhamento, através da referência e contra-referência.

O PMFN foi formulado em 1991 segundo alguns pressupostos em relação ao impacto de sua implantação (PMN, 1997:08): melhoria da qualidade da atenção básica; estímulo ao trabalho em equipe e qualificação dos profissionais através de supervisores especialistas, os quais suplementariam informações quanto ao desempenho das ações integrais; compromisso ético dos profissionais de saúde e usuários; vínculo efetivo e de confiança entre profissionais e usuários; resgate do saber popular, em que os usuários e profissionais refletissem suas práticas e coletivamente buscassem a transformação integral da qualidade de vida da população; e avaliação do Programa com critérios quantitativos (indicadores epidemiológicos e operacionais) e qualitativos (avaliação de acessibilidade aos serviços de saúde e satisfação do usuário, reuniões de setor).

O Programa foi implantado no município de Niterói a partir de 1992 e vem sendo mantido, até o momento, por três gestões administrativas consecutivas

conduzidas pelo mesmo partido no governo (PDT), o que lhe conferiu considerável estabilidade institucional. A sua implementação é uma experiência inovadora, que busca a reorientação das ações de saúde em nível local, apoiada nas diretrizes do SUS (universalização, equidade, integralidade e participação social) e na reorganização da atenção básica. Busca contribuir para a reorientação do modelo local de atenção à saúde, ampliando a cobertura a áreas previamente desassistidas e rearticulando a hierarquização da rede, segundo níveis de atenção.

O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN) é considerado um antecedente importante da nova estratégia nacional do Programa de Saúde da Família, do Ministério da Saúde. No Estado do Rio de Janeiro, nos primeiros quatro anos de implementação do PSF (1994-1998), foram implantadas 89 equipes em 25 municípios. Em 2000, o Estado do Rio já contava com 400 equipes do PSF. Em Niterói, por sua vez, em 2000, existiam 64 equipes trabalhando no PMFN e em 2002, 86 equipes.

A proposta do PMFN está fundamentada na construção de uma prática interdisciplinar baseada no modelo de vigilância em saúde e estruturada em três pontos: território, vínculo serviço-profissional-comunidade e intersetorialidade (Mendes, 1987). O território é pensado enquanto processo, onde estão explícitas as relações que se estabelecem entre atores num espaço geo-físico determinado, espaço este de pactuação e conflito em torno de interesses e necessidades. O vínculo é a base fundamental do trabalho, sendo necessário conhecer e construir uma relação estreita, com laços fortes de confiabilidade, permitindo conhecer as necessidades e os problemas de saúde da população. A intersetorialidade é a cooperação entre setores, o caminho possível para responder às questões que interferem diretamente na saúde, favorecendo a participação da população e a promoção da saúde.

Na sua formulação, o PMFN propõe algumas inovações no modelo de gestão, no processo de trabalho e na concepção de equipe multiprofissional.

Quanto ao modelo de gestão, através do Decreto Legislativo nº 17/92 – DO RJ, de 16 de agosto de 1992, a Associação de Moradores é co-gestora do Programa junto à Prefeitura Municipal. Cabe às associações de moradores a contratação de recursos humanos para o Programa, pagos com repasse de verbas do município para este fim, e contratos de trabalho por tempo determinado (um ano, renovável), regidos pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), numa forma de terceirização. Os componentes das equipes têm vínculo empregatício e direitos trabalhistas assegurados (descanso semanal remunerado, salário mensal, décimo terceiro salário, férias anuais com adicional de 1/3, aviso prévio, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e vale-

transporte). As Associações de Moradores podem indicar os componentes das equipes, mas é a coordenação municipal, através das equipes de supervisão, que seleciona, acompanha e avalia, do ponto de vista técnico, estes profissionais. O Programa prevê a participação das Associações de Moradores na gestão administrativa e na avaliação de desempenho das equipes através de convênio de gestão.

No que se refere ao processo de trabalho, o PMFN propõe introduzir um modelo de assistência com maior humanização na relação entre usuários e profissionais, melhor acesso aos serviços, relações mais diretas e efetivas entre profissionais e população, definição de coberturas e metas de controle de agravos à saúde. A ênfase está na prevenção de doenças e promoção da saúde, além da articulação com os demais níveis de assistência ou outros setores que interferem com a saúde. Obviamente a questão da rotatividade profissional pode comprometer o cumprimento desses objetivos.

Em relação à concepção da equipe de trabalho, esta é formada por médicos generalistas e auxiliares de enfermagem, uma dupla para cada território adscrito. Estas duplas trabalham 40 horas semanais na comunidade, divididas em atendimento no consultório dos módulos (20 horas), atividades de campo (16 horas) como visitas domiciliares, visitas hospitalares e ações de educação em saúde, e participação em educação continuada (4 horas). O médico atua como generalista, buscando a atenção integral continuada e setorizada aos indivíduos e suas famílias, com ênfase na promoção e prevenção em saúde, no diagnóstico precoce e tratamento. O trabalho técnico é acompanhado semanalmente por uma equipe de supervisão, formada por ginecologista, clínico geral, pediatra, profissional de saúde mental, assistente social, enfermeiro e sanitarista, com agendamento prévio, por especialista, de acordo com a necessidade. A supervisão acompanha o processo de assistência à população, verifica o desempenho da equipe quanto às metas epidemiológicas, atende pacientes como interconsulta com especialista, faz treinamento em serviço e educação continuada para os profissionais vinculados ao Programa.

Os supervisores são os responsáveis por garantir a execução das diretrizes do PMFN. Eles usam informações colhidas e registradas no formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), constituindo a base para elaboração dos relatórios que permitem aos gestores municipais conhecer a realidade sócio-sanitária da população, bem como avaliar, readequar e melhorar os serviços de saúde.

O PMFN busca atingir bairros ou aglomerações de baixa renda que não foram contempladas com equipamentos sociais, concentrando-se em áreas mais carentes, de 3.500 a 4.000 habitantes, e sem porta de entrada definida na rede de serviços de saúde

do município. A primeira etapa é identificada como setorização, em que as comunidades são divididas por setores delimitados geograficamente, segundo área de moradia, abrangendo 1.000 pessoas ou 250 famílias aproximadamente. A área de abrangência de cada setor é definida de acordo com a possibilidade de acesso da equipe básica a todos os domicílios do setor, sem uso de meios de transportes. Organizam-se módulos (PMFN, 1992), que são espaços físicos com as seguintes dependências: uma copa, dois banheiros e consultórios, que variam de um a quatro. Cada módulo tem equipes básicas responsáveis pela organização do trabalho no cotidiano da prestação de serviços à população e devem ser estruturados em espaços pré-existentes que já integravam o sistema. Na etapa seguinte, todos os moradores de cada setor são cadastrados através de prontuários individuais e familiares. O PMFN é um dos pioneiros nesta abordagem, tendo servido de referência ao Programa de Saúde da Família (PSF, 1993), do Ministério da Saúde.

A educação continuada da equipe do PMFN é garantida por programas institucionais específicos, com recursos federais, enquanto as equipes das UBS são capacitadas através de cursos eventuais, com recursos do próprio município. O objetivo central é a educação permanente da equipe do PMFN, direcionando-a para os objetivos do Programa, com atualizações periódicas. A supervisão multiprofissional também atua como fonte de capacitação, atualização e avaliação da equipe. A participação social no PMFN se dá de forma mais estruturada no âmbito das equipes de saúde da família, através do convênio de co-gestão com as associações de moradores.

Com a implementação do PSF em nível nacional, foram criados mecanismos para a capacitação dos profissionais atuantes especificamente nos Programas; tais mecanismos consistem nos Pólos de Capacitação, formação e educação permanente de pessoal em Saúde da Família. A criação dos pólos foi uma das alternativas de se tentar minimizar as lacunas do atual modelo de formação dos profissionais de saúde, considerado um dos desafios mais importantes do PSF. Feuerwerker e Almeida (1999:32), afirmam não haver profissionais formados com perfil, competências e habilidades necessárias para que o PSF, de fato, leve a uma mudança de modelo de atenção.

Os pólos são baseados na articulação entre os serviços de saúde (secretarias estaduais e municipais de saúde) e as instituições de ensino superior, formadoras de recursos humanos para a saúde. Atuam no treinamento introdutório dos profissionais inseridos nas equipes, no processo de educação permanente em serviço e no nível da formação de graduação e pós-graduação (Residência em Saúde da Família). Essa

iniciativa do Ministério da Saúde para viabilizar a saúde da família teve início em dezembro de 1996, com desdobramentos a partir de meados de 1997. No ano de 2000 existiam 31 Pólos em todo o país, financiados com recursos do Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS).

Em Niterói foi constituído, em 1999, o Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro, que congrega, além da Secretaria Estadual de Saúde, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMSN) e várias instituições de ensino (UFF, UERJ, Fundação Educacional Serra dos Órgãos, Universidade Severino Sombra, Faculdade de Medicina de Campos e Universidade do Grande Rio). Na primeira concorrência pública para capacitação, foram selecionadas a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do Rio de Janeiro estão oferecendo cursos introdutórios aos componentes das equipes e realizando cursos de especialização em Saúde da Família. No ano de 1999, foram realizados cinco cursos de especialização, formando 55 médicos e 68 enfermeiros. Um dos cursos oferecidos neste ano foi o Curso de Especialização em Educação em Saúde Pública – ênfase na Supervisão em Saúde da Família e Preceptoria de Graduação (UFF/FMSN), que capacitou 25 profissionais de saúde da família de vários municípios do RJ e contou com a participação de dez profissionais do município de Niterói do PMFN, que fizeram vários módulos de atualização oferecidos neste curso, de acordo com o interesse e necessidade do profissional e da equipe do Programa.

O município de Niterói contava, em 1992, com uma população de aproximadamente 440.000 habitantes, dos quais 120.000 encontravam-se em áreas de risco social e epidemiológico. A meta do Programa é atingir 30% da população total do município. As atividades no PMFN iniciaram-se com 3 módulos e 12 equipes, atendendo a 10.640 pessoas. Em oito anos, de 1992 a 2000, o município implantou 18 módulos e 64 equipes, atendendo cerca de 64.000 pessoas, o que representa 53% da população priorizada e uma cobertura de 14% da população total de Niterói (Ver Figura 1 e Tabelas 1 e 2, a seguir).

O PMFN, em novembro de 2001, contava com 83 equipes, em torno de 100 mil pessoas atendidas, cerca de 22% da população da cidade. Tal cobertura era considerada ainda baixa pelos dirigentes, e a meta era de se trabalhar com mais 40 equipes até o final de 2002.

TABELA 1 – Implantação dos módulos do PMFN, Niterói/RJ, 1992-2000

Anos	Nº módulos	Nº equipes	Subtotal equipes	População coberta	População total	% População coberta
1992	03	12	-	10.640	439.091	2,4 %
1993	02	07	19	17.519	442.786	4,0 %
1994	04	16	35	35.218	446.752	7,9 %
1995	01	03	38	37.876	451.281	8,4 %
1996	01	02	40	39.832	455.143	8,8 %
1997	01	02	42	43.155	453.261	9,5 %
1998	00	00	42	43.155	456.176	9,5 %
1999	03	13	55	56.000	459.111	12,2 %
2000	02	09	64	64.000(*)	462.064	13,9 %

Fonte: Digitação de cadastros, PMFN, 2000.

(*) Dados sujeitos à revisão.

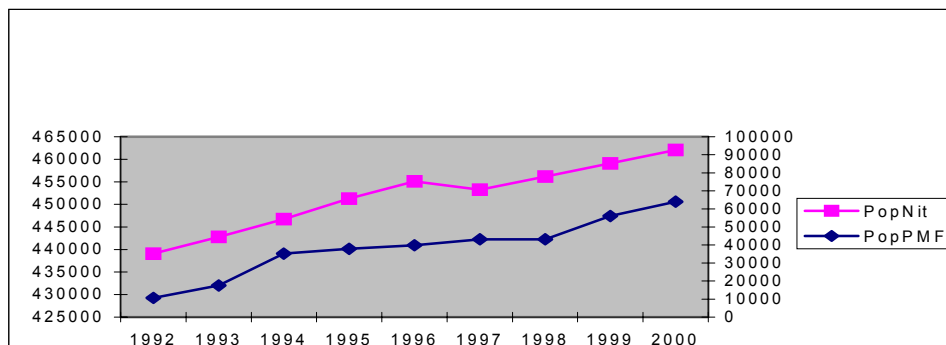
TABELA 2 – Cobertura do Programa Médico de Família de Niterói, Niterói/RJ, 2000

Anos	População alvo	População alvo coberta		População total coberta	
	Nº	Nº	%	Nº	%
1998	120.000	43.155	36,0 %	456.176	9,5 %
1999	120.000	56.000	46,7 %	459.111	12,2 %
2000	120.000	64.000	53,3 %	462.064	13,9 %

Fonte: FMS/PMN, 2000.

Observa-se o crescimento da cobertura da população mais forte no primeiro ano da implementação; um período de cinco anos, de 1993 a 1998, com baixa extensão de cobertura; e novo impulso de crescimento entre 1999 e 2000. No período de 1998 e 2000, a cobertura da população alvo aumentou paulatinamente. De maneira geral, pode-se dizer que a cobertura do PMFN tem acompanhado o crescimento da população, embora o cumprimento das metas estabelecidas a princípio não se tenha verificado plenamente (Gráfico 1).

**GRÁFICO 1 – População coberta pelo Programa Médico de Família de Niterói,
Niterói/RJ, 1992–2000**



Fonte: PMFN, RJ, 1992-2000.

A população atendida pelo PMFN, distribuída segundo faixa etária, é composta por 31,4% de crianças e adolescentes; 64,6% de adultos e 4% de idosos (Tabela 3).

**TABELA 3 - Distribuição da população coberta, segundo faixa etária
(FMS/PMFN, 1999)**

Faixa Etária	Nº de Habitantes	Percentual
0 a 4 anos	7.952	14,2%
5 a 14 anos	9.632	17,2%
15 a 24 anos	11.312	20,2%
25 a 34 anos	9.352	16,7%
35 a 44 anos	7.672	13,7%
45 a 54 anos	4.816	8,6%
55 a 64 anos	3.024	5,4%
> 65 anos	2.240	4,0%
Total ^(*)	56.000	100%

Fonte: FMS/PMFN, 1999.

(*) Estes grupos etários distribuem-se, segundo sexo, na proporção aproximada de: 45% de população masculina e 55% de população feminina.

Na proposta teórica do Programa, as principais atividades desenvolvidas pelo PMFN são dirigidas a grupos prioritários (crianças, adolescente, mulheres, adultos e idosos). Para cada um deles, é definida a seguinte lista básica de procedimentos: crianças – puericultura, cobertura vacinal, avaliação de crescimento e desenvolvimento,

vigilância nutricional; adolescentes – avaliação periódica e educação em saúde; mulheres – exames preventivos, planejamento familiar, pré-natal; adultos – acompanhamento periódico, controle de agravos mais freqüentes, controle de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* através de protocolo de assistência, cobertura vacinal; idosos - projetos na área de reabilitação, cuidadores domiciliares e reintegração social.

O PMFN realiza também reuniões de grupo com a comunidade, utilizando metodologia participativa, para compreensão do processo saúde-doença e encaminhamento de propostas de intervenção. Propõe a avaliação de todos os integrantes da família e a referência dos casos mais complexos que exijam parecer de outras especialidades ou exames complementares. Estão previstas ainda atividades de vigilância em saúde, coleta de material para exames de laboratório e levantamento epidemiológico e estatístico para o planejamento e programação das ações.

Segundo dados de 1999, desde sua implantação o PMFN teria alcançado resultados positivos, tais como (PMFN. Relatório do PMFN, 1999:7):

- a captação de crianças recém-nascidas se faz precocemente, com adequado acompanhamento do crescimento e com cobertura vacinal de 100% nos menores de 1 ano;
- o pré-natal começa, na maioria dos casos, no primeiro trimestre de gestação, ofertando 10 consultas em média por gravidez;
- a realização de exames preventivos do câncer cérvico-uterino está em torno de 70% nas faixas etárias de maior risco, em mulheres que nunca os haviam realizado previamente;
- a cobertura de acompanhamento de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial e diabetes, é de 84,7% e 87,3%, respectivamente, dos casos cadastrados;
- observa-se a redução de mortes por causas evitáveis, como as doenças infecciosas, em algumas áreas com maior tempo de implantação, mas registra-se aumento da incidência de hanseníase e tuberculose, devido ao diagnóstico precoce e novos casos identificados destas doenças.

No que toca ao processo de co-gestão, referem-se atritos com as associações de moradores. As atividades de controle de ponto, pagamento e acompanhamento do trabalho dos profissionais são feitas pela associação, o que tem trazido inúmeros problemas de relacionamento, uma vez que, em certa medida, desafia o poder

profissional e nem sempre essa autoridade gerencial é reconhecida. Essa situação gera instabilidade nas relações de trabalho, o que remete, em alguns casos, à grande rotatividade de profissionais, prejudicando a continuidade do Programa segundo seus princípios fundadores, isto é, a responsabilização, o estabelecimento de vínculo e relações mais diretas, efetivas e duradouras entre as equipes e a população adscrita.

As diferenças salariais entre profissionais vinculados ao Programa e aqueles da rede são substantivas, em favor dos primeiros, o que também é fator de conflito e dificulta a colaboração entre si, sobretudo em relação à referência e contra-referência.

Um dos problemas freqüentemente mencionados nas reuniões de supervisão é a excessiva dominância do profissional médico na equipe e a sua formação extremamente direcionada para a especialização, dificultando, muitas vezes, tanto as relações do trabalho em equipe quanto o próprio engajamento ao Programa.

O PMFN e a rede de serviços municipais de saúde se articulam de forma complementar. Niterói possui uma extensa rede de assistência à saúde, que compreende: 31 módulos PMFN e 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que configuram a porta de entrada do sistema de saúde; seis policlínicas comunitárias, que se constituem em unidades de primeira referência; três policlínicas de especialidades e quatro ambulatórios especializados de hospitais públicos, que correspondem à referência de maior complexidade; seis hospitais: um pediátrico e um psiquiátrico (de origem estadual, municipalizado), um hospital geral previdenciário municipalizado, um hospital estadual geral, um hospital estadual de doenças de tórax e um hospital geral universitário, nove laboratórios especializados (um estadual de saúde pública, municipalizado, e dois de manipulação farmacêutica), um Centro Municipal de Controle de Zoonoses e um Centro de Convivência de Saúde Mental.

O município conta ainda com sete estabelecimentos hospitalares privados contratados (409 leitos), que, juntamente com os públicos (643), totalizam 1043 leitos disponíveis sob a gestão da FMSN. A Figura 2, a seguir, mostra a distribuição geográfica da rede pública municipal, em mapa por bairros.

**FIGURA 2 – Mapa da Rede Pública de Serviços de Saúde, Niterói/RJ
(PMN, 1999)**



Portanto, Niterói possui dois tipos de serviços assistenciais como porta de entrada principal do sistema de saúde – as UBS e os módulos do PMFN, que têm características próprias visualizadas, comparativamente, no Quadro 1.

QUADRO 1 - Diferentes características das portas de entrada da Atenção Básica em Niterói/RJ

CARACTERÍSTICAS DO MODELO DE ATENÇÃO	UBS – FMS/Niterói, RJ	PMFN – FMS/Niterói, RJ
Posição na rede de serviços	Porta de Entrada – população da área de abrangência das ações da UBS (Bairros) – sem adscrição.	Porta de Entrada – população definida por setorização e adscrição.
Relação equipe-população-família	Não existe vinculação e valor padrão distribuído na rede.	1 Equipe para 1000-1200 habitantes 1 Equipe para 250-300 famílias
Composição da equipe da Unidade	Médicos das áreas básicas (Cl. Médica, Pediatria e G. Obstetrícia), Nutricionista, Psicólogo, Enfermeiro e Auxiliares, Assistente Social, Sanitarista e outros.	Médico Generalista, Auxiliar de Enfermagem.
Coordenação, supervisão e gerência	Sanitarista supervisionando um conjunto de UBS referenciadas por área das Policlínicas Comunitárias Chefias da UBS (Gerente, Administrador e Vigilância da Saúde).	Coordenador, Médico das áreas básicas (Cl. Médica, Pediatria e G. Obstetrícia), Sanitarista, Enfermeiro, Assistente Social e Médicos Especialistas (variados para todas as equipes).
Processo de trabalho	Centrado no conhecimento Médico. A equipe trabalha de forma fragmentária.	Centrado no conhecimento Médico e Multiprofissional (Supervisão). A equipe junto com a supervisão trabalha inter-disciplinarmente.
Capacitação de recursos humanos	Espaço de Articulação Universidade (Graduação e Pós-Graduação) – Serviço.	Treinamento sob Supervisão. Espaço de Articulação Universidade (Graduação e Pós-Graduação) – Serviço. Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente de Pessoal de Saúde da Família.
Participação social	Conselho Gestor de Unidade – Paritário (25% - Poder Público, 25% - Profissionais de Saúde e 50% - Representação da População da área de abrangência).	Convênio Gestor – Associação de Moradores Auxiliar de Enfermagem identificado preferencialmente na área setorizada. Reunião de Planejamento, Coordenação e Avaliação com coordenador, supervisores, equipe do módulo e associação local.

Fonte: Elaborado pelo GEGES – Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde – Departamento de Planejamento em Saúde – Instituto de Saúde da Comunidade – Universidade Federal Fluminense – junho de 1999. Projeto de Pesquisa: Modelo Assistencial. Participante do Pólo de Saúde da Família – UFF – Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Embora as duas modalidades de atenção à saúde (UBS e PMFN) configurem uma porta de entrada preferencial, verificam-se algumas diferenças no modo de atuação de cada uma (Quadro 1). Esta pesquisa trata de comparar esses modos de atuação em uma área coberta somente pelo PMFN com outra assistida apenas pela UBS.

Ao propor inovações no modelo de gestão e no processo de trabalho das equipes profissionais que atuam na saúde da família, o PMFN tem o objetivo de reverter o modelo médico hegemônico, a partir da reconstrução de práticas assistenciais. Tem como eixos estruturadores dos serviços prestados a responsabilização do profissional pelas ações do Programa, o vínculo entre equipe-população adscrita, a abordagem do

usuário como cidadão sujeito do processo e a integração do Programa com os demais níveis de atenção do sistema de saúde.

Esses eixos, objetos de investigação desta pesquisa, abririam uma série de possibilidades de alteração nos microprocessos de trabalho e nas relações de interação entre as pessoas no cotidiano dos serviços, como a necessidade de trabalho em equipe e a importância de valorização de cada profissional no processo de cuidado da saúde do usuário, na perspectiva da complementaridade e somatório de esforços, com diferentes formações e habilidades. A relevância dessas questões na melhoria da saúde do usuário e na sua qualidade de vida ocorreria como decorrência do fato que o usuário ou a comunidade saberia que dispõe de uma equipe definida e responsável pelo cuidado da sua saúde e da de sua família.

Responsabilização e vínculo são assim considerados como potentes dispositivos para mudar a prática cotidiana dos serviços. Ao profissional de saúde não bastaria saber fazer, seria preciso saber articular responsabilidade, liberdade e compromisso, além de ter a percepção do dever de acionar mecanismos de transformação nos serviços de saúde. A equipe básica do PMFN (médico generalista e auxiliar de enfermagem, preferencialmente morador da área setORIZADA), articulada com a supervisão e os demais níveis de assistência, teria essa responsabilidade, uma vez que deve responder pela saúde do usuário e de sua família em toda área adscrita do Programa.

Nesse processo de trabalho, a equipe profissional tem papel importante na inter-relação construtiva entre sujeitos, na formação do vínculo e responsabilização, como dispositivo facilitador desta interação. A supervisão, por sua vez, é considerada um importante instrumento de desenvolvimento dos profissionais e das equipes de saúde, compondo o dia-a-dia dos serviços. Sistematizada e periodizada, com agenda fixa, realizada em acompanhamentos das atividades e em reuniões semanais com toda a equipe multiprofissional, a supervisão buscaria a reflexão conjunta, o controle do trabalho realizado e a introdução de estratégias inovadoras nos serviços de saúde. A capacitação contribuiria para formar sujeitos autônomos, éticos e críticos, que visam à construção de prática que resulte num bom atendimento (Relatório do PMFN, 1992).

É difícil, porém, avaliar se tais objetivos estão sendo cumpridos. O enfrentamento desta problemática requer atuação nos processos organizativos que geram as práticas assistenciais e as relações no cotidiano dos serviços. É necessária, portanto, a combinação de diferentes abordagens que permita a análise do vínculo e/ou

responsabilização entre quem presta o serviço e quem recebe, ambos potencialmente capazes de compartilhar um conjunto de valores éticos.

Vários autores tem analisado o PMFN, porém nenhum estudo buscou avaliar de forma cuidadosa a capacidade dessa estratégia de produzir substanciais modificações no processo de trabalho em saúde, modificação que repercutissem nos índices sanitários da população (Senna, 1995; Silva, 1998; Cohen, 2000).

3.2 CARACTERÍSTICAS DAS ÁREAS ESCOLHIDAS

De acordo com o estudo “Conhecendo a População de Niterói” (Tomassini *et al.*, 1999), as áreas alvo deste trabalho, tendo como parâmetros a conformação da pirâmide populacional, a razão de dependência e o índice de envelhecimento, compõem o agrupamento tipo 2. Este é caracterizado por pirâmide com configuração de barril ou colméia, com concentração predominantemente de população adulta jovem, mas com significativo número de pessoas acima de 65 anos.

As duas áreas em questão – Santa Bárbara e Jurujuba – são semelhantes em relação aos aspectos educacionais: Santa Bárbara apresenta, entretanto, percentuais mais favoráveis. Jurujuba tem um percentual de mães com baixa instrução, cujos filhos morrem no primeiro ano de vida, de 57,80/00, contrapondo-se a Santa Bárbara, esta com valor de 48,90/00. Com relação ao percentual dessas mesmas mães com instrução de nível superior, Santa Bárbara apresenta-se com 4,4% e Jurujuba 2,2%.

Alguns indicadores do nível de saúde apresentam-se bastante semelhantes entre as duas áreas. A mortalidade infantil, por mil nascidos vivos, apresenta-se com 15,6‰ e 14,4‰ para Santa Bárbara e Jurujuba (1999), respectivamente.

Assim referidas, segundo Tomassini *et al.* (1999), as características demográficas e sociais das duas áreas apresentam-se com satisfatório grau de similitude, facilitando a possibilidade de comparação entre os dois modelos assistenciais de saúde postos em questão.

O módulo do PMFN no bairro de Jurujuba escolhido para esta pesquisa foi o denominado oficialmente como Mário Muñoz Monroe, no setor do sub-bairro chamado Cascarejo. O módulo atende a população de sua área (Cascarejo), subdividida inicialmente em 4 setores: Setor 31, Setor 32, Setor 33 e Setor 34 (mapeamento da área feito pelo PMFN). Posteriormente, juntou-se aos setores mais uma área: a do Setor 35 (Ponto Final). Toda essa área de abrangência do módulo é analisada nesta tese. A

Associação de Moradores de Jurujuba atua, em co-gestão, no módulo Mário Muñoz Monroe, tendo-se organizado também em cinco setores, correspondentes aos dos módulos, para acompanhamento das ações do Programa. Há aproximadamente 5500 habitantes nos cinco setores analisados.

O bairro de Jurujuba conta ainda com os seguintes módulos, assim denominados: 1) Módulo Abel Santamaria, no Morro do Preventório I, com a Associação de Moradores do Morro do Preventório; 2) Charitas, com a Associação de Moradores do Morro do Preventório; 3) Calixto Garcia, no Morro do Preventório II, com a Associação de Moradores do Morro do Preventório.

3.2.1 Contextualização do Bairro de Santa Bárbara

Santa Bárbara é parte de uma grande fazenda existente na região, Fazenda de Juca Matheus, que se estendia até o município de São Gonçalo. Ela foi loteada e deu origem ao bairro. Esta denominação relaciona-se à existência de antiga igreja, cuja padroeira é Santa Bárbara. Com a criação e estabelecimento de novos limites em 1986, a igreja passa a não pertencer mais ao bairro, ficando no vizinho, Baldeador.

Com mais de 50% da superfície ocupada por morros, o início de seu desenvolvimento urbano deu-se na parte mais plana, próxima à Rodovia Amaral Peixoto – BR-101, com a criação, no início dos anos 60, do loteamento Vila Maria. Este loteamento não possuía infra-estrutura e era ocupado pela camada da população de menor poder aquisitivo. Atualmente nota-se ocupação desordenada das encostas, destacando-se neste processo o Morro da Paz.

Fora da parte central do bairro, encontramos outras áreas adensadas: na divisa com Caramujo, no local conhecido como Horta; junto à Estrada Velha de Maricá, no limite com Maria Paula; e num condomínio de classe média perto da Rodovia Tronco-Norte.

Com expansão inicial típica de periferia urbana, em que as construções são de padrão médio para baixo, o bairro vem apresentando valorização crescente de seus imóveis, face principalmente ao incremento ocorrido na instalação de equipamentos urbanos, a sua localização e também a seu clima ameno.

Segundo o Censo Demográfico de 1991, 1,06% da população de Niterói residia no bairro de Santa Bárbara.

Quanto à dinâmica demográfica, o maior incremento ocorreu nos anos 70, com taxa anual de crescimento de 5,76%: Santa Bárbara era o 11º bairro no conjunto do

município. Já no período seguinte, houve desaceleração demográfica, muito embora os setores censitários tivessem sofrido adequação em virtude do Decreto-lei Municipal nº 4.895/86, a respeito do abairramento.

A população residente no bairro está concentrada nas faixas de 0 a 29 anos, caracterizando uma população de crianças e jovens, com acelerado declínio nas faixas após 45 anos.

Quanto à distribuição por sexo, a população masculina corresponde a 49,06%, enquanto a feminina a 50,94%.

Verifica-se que o bairro apresenta elevadas taxas de alfabetização em todos os grupos etários. A taxa total de alfabetizados em Santa Bárbara é de 91,92% o que lhe confere o 19º lugar no conjunto dos bairros de Niterói. Trata-se de índice praticamente igual à taxa de alfabetização do município (91,97%).

Com relação à composição familiar, em Santa Bárbara registra-se a menor participação feminina, entre os bairros da Região Norte, na chefia do domicílio: 19,35%.

No que se refere ao rendimento médio mensal dos chefes de domicílio, em Santa Bárbara, 74,48%, recebe até três salários mínimos; 21,02% ganham entre três e 10 salários mínimos. Apenas 3,84% dos chefes apresentam rendimentos mensais superiores a 10 salários mínimos, caracterizando, assim, grande participação de moradores com baixo rendimento na composição do bairro.

Quanto aos domicílios particulares permanentes, em sua maioria, trata-se de imóveis próprios. Integram este grupo 75,73%, enquanto 15,76% são alugados e 8,51% ocupados sob outras condições.

Há predominância de residências isoladas e unifamiliares, que totalizam 96,50% dos domicílios do bairro. Verifica-se ainda, em percentuais mais reduzidos, casas em aglomerado subnormal, caracterizando domicílios localizados em favela.

Quanto ao saneamento, observa-se que 89,91% dos domicílios possuem abastecimento de água com canalização interna e, destes, pouco mais da metade estão ligados à rede geral. Uma boa parte utiliza-se das águas de poços ou nascentes e alguns recorrem a outras formas para seu abastecimento.

Nos domicílios sem canalização interna (10,09%), predomina a utilização das águas de poço ou nascente.

No que se refere às instalações sanitárias, não é significativa a ligação de esgoto à rede geral. Destaca-se a ocorrência de fossas sépticas (71,14%), e, dentro da categoria outra forma, que corresponde a 320 domicílios, 116 utilizam fossas

rudimentares, 191 lançam seu esgoto em valas e três recorrem a alguma outra forma de escoadouro não discriminada.

É interessante ressaltar que em 10 dos domicílios recenseados os moradores alegaram não possuírem instalações sanitárias. Estes também estão contidos na categoria “outra forma”.

Quanto ao destino do lixo, 66,97% dos domicílios são atendidos pela coleta. O restante, que corresponde às áreas de difícil acesso, recorre à queima do lixo (12,84%) e a outras formas, em que se destaca o despejo em terrenos baldios.

O comércio do bairro atende às necessidades básicas da população e de áreas vizinhas, como o Novo México, bairro de São Gonçalo com grande concentração populacional.

Quanto aos equipamentos urbanos, Santa Bárbara conta com a Unidade Municipal de Saúde Adelmo de Mendonça, a Casa da Criança, uma creche municipal, duas escolas do ensino fundamental (E. M. Rachide da Glória Salin Saker e a E. E. Antônio Coutinho de Azevedo), além de um colégio estadual do ensino médio, o Liceu David Capistrano. Nota-se também a existência de alguns estabelecimentos particulares voltados para a educação infantil (maternal e jardim).

No centro do bairro destaca-se uma praça que, entre outros equipamentos, dispõe de quadra poliesportiva, campo de futebol, pista de skate e jardins.

Em relação ao transporte, Santa Bárbara apresenta uma linha principal (580 – Centro/Santa Bárbara) e mais três linhas com ponto final na junção do bairro com o Sapê e o Caramujo, (26 – Centro/Caramujo, 36 – Centro/Sapê e 62 – Fonseca/Charitas). O transporte alternativo, de vans e kombis, está presente na região.

Um dos principais problemas é a carência de telefones públicos, que, quando existentes, apresentam-se defeituosos.

Notam-se diversas comunidades religiosas: Igreja Peniel, Assembléia de Deus, Batista e Ebenezer. Há também uma instituição conhecida como “Missão Americana”, que presta serviços a uma parte restrita da população.

O movimento participativo dos moradores se realiza principalmente pela Associação de Moradores de Santa Bárbara, bastante atuante. Em geral, os moradores percebem a necessidade de organização como forma de encaminhar e resolver os problemas do bairro.

Registra-se, ainda, a sede da Secretaria Regional de Desenvolvimento de Santa Bárbara, que tem como área de abrangência, além do bairro em que se localiza, os bairros do Caramujo e Baldeador até aos limites intermunicipais com São Gonçalo.

Há perspectiva de investimento no bairro com a vinda de comércio mais especializado, à medida que são alcançadas as prioridades estabelecidas entre a administração local e a população. Com a melhoria da infra-estrutura disponível, a tendência é que o bairro se incorpore a outros espaços próximos, possibilitando uma reorganização urbana.

A Unidade Básica de Saúde de Santa Bárbara

A Unidade Básica de Santa Bárbara ou, como é conhecida pela sigla, UBS-5, se denomina Unidade Básica de Saúde Dr. Adelmo de Mendonça e Silva. Foi inaugurada em novembro de 1978 pelo prefeito Moreira Franco e o então Secretário de Saúde e Promoção Hugo Tomassini. Ela fica bem no centro do bairro, o que facilita o acesso da população. Como vizinhos próximos, há uma escola municipal, a creche municipal, a praça, as igrejas de vários credos, o Liceu David Capistrano e a Casa da Criança.

Por definição, essa Unidade é a instituição responsável pelos atendimento básico no cuidado à saúde da população. Atualmente, a UBS 5 conta em seus quadros com atendimento de clínica médica, ginecologia, obstetrícia, dermatologia, pediatria, angiologia, psicologia, nutrição, farmacêutico, odontologia (adulto e infantil), técnico em higiene dental, enfermagem e serviço social. Sua área de abrangência atinge, além do bairro de Santa Bárbara, o Baldeador (área de Niterói e São Gonçalo).

Apesar de contar com espaço físico significativamente maior que o módulo do Cascarejo, a administração dessa Unidade queixa-se da falta de salas para atendimento à população. Espera-se a reincorporação futura do prédio anexo, que já pertence à Unidade e atualmente abriga a Secretaria Regional de Niterói.

Discriminando as instalações da Unidade, vamos encontrar: quatro salas consultório, quatro banheiros (masculino e feminino) para uso da equipe de saúde e outros para o público, sala de direção, da epidemiologia, de vacina, recepção, sala de arquivo, farmácia, sala de coleta de exames, sala de reuniões para as equipes e reuniões de grupos para orientação técnica e atividades educativas, além de uma cozinha, que atende para cafezinho e almoço das equipes (uma atividade coletiva e solidária). Recentemente, em 2002 a Unidade passou por reformas mais urgentes e foram adquiridos equipamentos e materiais permanentes, como geladeira, aparelhos para aferir pressão e autoclaves.

As atividades se realizam em dois turnos, no horário de 7 às 12 h. e de 13 às 17 h. Registram-se atividades educativas com pacientes hipertensos (reuniões às 2^{as} e 4^{as} feiras, em horários matutino e vespertino), com interessados em planejamento familiar (reuniões às 6^{as} feiras às 14 h.), testes de grávidas (reuniões às 6^{as} feiras, 9 h.), grupo de gestantes. Todas as atividades grupais se realizam um vez por semana, exceto o grupo de hipertensos, que apresenta uma demanda expressiva e se reúne duas vezes por semana em turnos alternativos. A Unidade se faz representar em eventos e atividades comunitárias, especialmente naquelas promovidas pela Associação de Moradores de Santa Bárbara.

O agendamento para as consultas se realiza com distribuição de 12 números diários para as seguintes especialidades: pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia e dermatologia. Há dias estabelecidos na semana para que os números de consulta sejam obtidos e, além das 12 vagas agendadas, há três números que são distribuídos no próprio dia da consulta (urgência). No dia marcado, os pacientes são orientados a chegar para a pré-consulta com a auxiliar de enfermagem (verificação de peso, estatura, pressão arterial, temperatura axilar, cumprimento do calendário de vacinações e outros procedimentos). Um aspecto da dinâmica de funcionamento foi observado: os pacientes que não comparecem à pré-consulta têm o seu número (a vaga de atendimento é perdido) repassado para outro que esteja aguardando o atendimento.

Os atendimentos para nutricionista, psicólogo, assistente social e dentista são agendados diretamente com cada profissional.

A UBS de Santa Bárbara, juntamente com as Unidades Básicas dos bairros de Caramujo e do centro de Niterói, recebe o apoio de 2^o nível da Policlínica Comunitária Carlos Antônio da Silva, situada na bairro de São Lourenço, através dos instrumentos da referência e da contra-referência.

Pelos dados oficiais, Santa Bárbara é um bairro com cerca de 5.500 habitantes, porém a demanda de outros habitantes de Niterói e de São Gonçalo (Baldeador, Novo México) por serviços de saúde na UBS de Santa Bárbara, aumenta este número de moradores, que, em potencial, precisam ser atendidos nessa UBS.

O mapa da Figura 3 apresenta a configuração geográfica do bairro de Santa Bárbara.

3.2.2 Contextualização do bairro de Jurujuba

Situado a leste da entrada da Baía de Guanabara, o bairro de Jurujuba é uma península cercada pelas águas oceânicas e pela própria Baía. Limita-se por terra com o bairro de Charitas, próximo ao cruzamento entre Avenida Carlos Ermelindo Marins e o caminho para o Forte Imbuí, e com o bairro de Piratininga, pela linha de cumeada do Morro do Ourives.

Na área, há o predomínio de morros, variando sua altitude de 39m (Morro do Lazareto) a 263m (Morro do Macaco). Trata-se de elevações que se estendem até a orla, muitas vezes sob a forma de escarpas rochosas que terminam abruptamente no mar, entremeadas por pequenas enseadas e praias. A parte plana é pouco extensa, à exceção da área conhecida como Várzea. Em algumas regiões ainda existe cobertura vegetal.

A ocupação inicial do lugar, no período colonial, deu-se com a distribuição das terras a sesmeiros, registrando-se também a presença de jesuítas. Naqueles tempos foi significativa a extração de madeira. Entretanto, a topografia e a localização de Jurujuba explicam a função desempenhada pelo lugar na história da cidade, destacando-se o estabelecimento de colônia de pescadores e a criação de sistema de defesa (fortes) para proteger a entrada da Baía de Guanabara das invasões que ocorreram a partir do séc. XVI.

As atividades pesqueiras, o aparecimento de restaurantes e clubes, a expansão da ocupação urbana, com a favelização das últimas décadas, concorreram para a diversificação das características de Jurujuba.

Os dados dos últimos censos mostram esvaziamento demográfico na região, tendo em vista as taxas negativas de crescimento populacional: -1,388 na década de 70 e -0,54 na década de 80. Segundo o censo de 1991, 0,80% da população de Niterói mora em Jurujuba.

Há praticamente equilíbrio entre a população masculina (49,61%) e a feminina (50,38%). Com relação à distribuição da população por faixa etária, a maior concentração se dá nos grupos de idade de 0 a 29 anos, com 56,35% do total da população do bairro. Os grupos com idade acima de 60 anos representam 7,5% do total.

A taxa de alfabetização é baixa em relação aos outros bairros, ocupando a 38ª posição no conjunto do município.

Os moradores de 10 a 39 anos têm taxas elevadas, com valores próximos ou mesmo superiores aos do município (91,97%). Mas as faixas acima de 40 anos

apresentam gradual declínio da população alfabetizada, sobretudo nos grupos de idade acima de 60 anos.

A composição familiar do bairro mostra-se tradicional, com 78% dos homens na chefia de domicílio. É o maior percentual masculino na chefia familiar, da região das praias da Baía de Guanabara.

Com relação ao rendimento médio mensal, predominam no bairro os chefes de domicílio que recebem até três salários mínimos 73,78% do total. O percentual de chefes que recebem de três a 10 salários mínimos é de 18,62%, enquanto 1,7% ganham de 10 a 20 salários. Acima de 20 salários, só 0,46% dos chefes. Jurujuba é um bairro de população de baixa renda.

Segundo o censo de 1991, entre os 881 domicílios particulares permanentes de Jurujuba, 50,40% são casas isoladas ou de condomínio e 49,37% são casas típicas de favelas, ou seja, em aglomerado subnormal.

Quanto à condição de ocupação dos domicílios, de forma atípica, 94,21% são próprios, alguns sem titulação, e apenas 2,04% são alugados. Constituem outra forma de ocupação 3,75%, provavelmente em virtude das residências construídas na área militar.

Em relação ao abastecimento de água, 81,83% das residências possuem canalização interna e a maior parte está ligada à rede geral. Quanto ao esgoto, 56,64% dos domicílios utilizam fossa séptica como escoadouro; 43,02%, ou seja, 379 domicílios, usam outras formas de escoadouro, assim especificadas: 192 fossas rudimentares, 13 valas, 134 não souberam responder e 40 residências recenseadas não possuem nenhum tipo de instalação sanitária. Quanto ao destino do lixo, 71,73% dos domicílios têm lixo coletado, 5,44% o queimam e 22,88% dão outro destino ao mesmo.

A atual feição urbana é caracterizada por considerável ocupação de encostas, inclusive devido à escassez de áreas planas. Nas partes baixas localizam-se as moradias mais antigas, cuja população ainda desenvolve atividades ligadas à pesca. Em outras áreas, parentes e descendentes próximos dos pescadores se instalaram. Alguns destes mantiveram-se fiéis à tradição, são pescadores, mas outros buscaram em atividade diversa seu sustento.

Algumas áreas de encostas encontram-se bastante adensadas, entre estas destacam-se os morros Salina, Peixe-Galo e Lazareto. Este deve a sua denominação à instalação, em 1855, de um lazareto em prédio então existente, em decorrência de um surto de cólera.

O bairro de Jurujuba apresenta uma densidade demográfica baixa, indicando mudança desta tendência devido à grande área militar que ocupa seu território, além das dificuldades de acesso e da falta de áreas planas.

O transporte coletivo é explorado no bairro por uma única empresa de ônibus, que faz a ligação com o centro de Niterói. Há ônibus para a cidade do Rio de Janeiro, e os que atendem à área do aeroporto do Galeão têm o seu ponto inicial em Charitas. Em horários restritos, há prolongamento do percurso até a Fortaleza de Santa Cruz. Os transportes alternativos, como vans, também são encontrados.

A Colônia de Pesca Z8 é servida por pequeno entreposto para carga e descarga de pescado, bem como para a comercialização de produtos destinados às embarcações.

O declínio das atividades pesqueiras, provocado pela redução da quantidade e qualidade de peixes na Baía de Guanabara e pela falta de incentivos governamentais, tem reflexos não só no aspecto socioeconômico, mas também no âmbito cultural, uma vez que se verifica distanciamento cada vez maior entre a pesca e o cotidiano da população local.

Os equipamentos públicos de saúde do bairro são representados pelos módulos do Programa Médico de Família e por uma unidade municipal de saúde que funciona atualmente como Policlínica. Na área educacional, encontra-se em funcionamento uma creche comunitária e um colégio estadual que atende da pré-escola ao ensino médio, oferecendo também ensino noturno, supletivo. Em Charitas há uma grande escola estadual no modelo “Brizolão”. O bairro apresenta alguns problemas ambientais devido à ocupação de suas encostas, como favelas, as indústrias de beneficiamento do pescado aí instaladas e a precariedade dos serviços de infra-estrutura básica.

Os Módulos do Programa Médico de Família em Jurujuba

O primeiro módulo de consultórios do Programa Médico de Família de Niterói foi o módulo Abel Santamaria, que atende à área do Morro do Preventório I. Ele foi implantado em setembro de 1992, como projeto-piloto, com o intuito de prestar serviços de saúde prioritariamente às comunidades situadas em áreas de risco ambiental e social, delimitadas geograficamente.

Apesar de construído há mais de 10 anos, este módulo ainda se encontra em bom estado de conservação e funcionalidade. Ele dispõe de três consultórios médicos, farmácia, sala para curativos e outra para aplicação de vacinas. A geladeira onde estão

acondicionadas as vacinas tem controle diário de temperatura. O módulo está equipado com televisão, vídeo e aparelho de som. Além das atividades médicas, são realizados atendimentos de assistência social, de enfermagem de nível médio, como vacinas, nebulização e curativos. Como esta Unidade funciona dentro das diretrizes do Programa, passamos a descrever suas atividades, para conhecimento de seu processo de trabalho, que é padrão para todos os demais módulos.

Nesta unidade estão adscritos 3000 moradores, assistidos por três equipes, cada uma responsável por 1000 a 1200 pessoas. São, portanto, três setores (01, 02 e 03), cada um assistido por uma equipe do PMFN.

As duplas de profissionais (médico e auxiliar de enfermagem) se revezam no desenvolvimento de diversas atividades: atendimento no domicílio (cadastramento, busca ativa dos pacientes, captação precoce de recém-natos), reunião de grupos (gestantes, hipertensos, adolescentes, planejamento familiar, idosos, palestras nas escolas, aleitamento materno); e atendimento nos consultórios (exame médico minucioso, prescrição). O trabalho se realiza em dois turnos, manhã e tarde (de 8 às 12 h. e de 13 às 17 h.).

O atendimento em domicílio inclui, em primeiro lugar, estudo populacional detalhado, com o cadastramento de todas as residências e as respectivas famílias. Nesta comunidade, as equipes apontaram a existência de mais de 100 residências que não dispunham de banheiros. Através de parceria com uma ONG, os moradores assistidos pelo PMFN construíram cômodos próprios para este fim. Durante o trabalho, foi ainda realizada capacitação de reflorestadores na comunidade.

O módulo Mário Muñoz do Cascarejo, inaugurado em 1994, está funcionando numa construção “provisória” até os dias de hoje, no segundo andar de um depósito de gelo para pescado, enquanto aguarda sua construção em área já definida junto à Policlínica. São cinco setores, logo, cinco equipes atuando no Cascarejo: quatro delas trabalham nesse espaço improvisado. O outro setor, Ponto Final, funciona com condições mínimas de conforto nas instalações físicas da Policlínica (uma sala-consultório com ar condicionado, uma sala-curativo com um banheiro). O módulo do Cascarejo dispõe de três consultórios, dois deles bem pequenos e de meia parede, o que tira a privacidade do atendimento, e uma sala para atendimento de enfermagem. Há uma sala-consultório, onde se guardam as fichas e todos os diversos materiais de uso pelas quatro equipes. Assim, também ali a privacidade está prejudicada, apesar de ser uma sala com paredes internas e porta. Há entrada e saída permanente de pessoas nesta sala. A sala de espera é apertada e o acesso difícil, feito através de estreita escada de cimento,

que liga o térreo ao primeiro andar. Há uma pequena cozinha para fazer o “cafezinho” quando há tempo.

Já o módulo Calixto Garcia, do PMFN no Morro do Preventório II, foi inaugurado em 1997, está implantado em uma construção cedida pela Universidade Federal Fluminense (ao lado do Núcleo de Documentação da UFF) e está também bem conservado. Dispõe de dois consultórios e uma farmácia para a guarda de medicamentos que são distribuídos aos pacientes. Assim como o Preventório I, a comunidade foi dividida em três setores, com três equipes básicas e clientela adscrita de 3000 moradores.

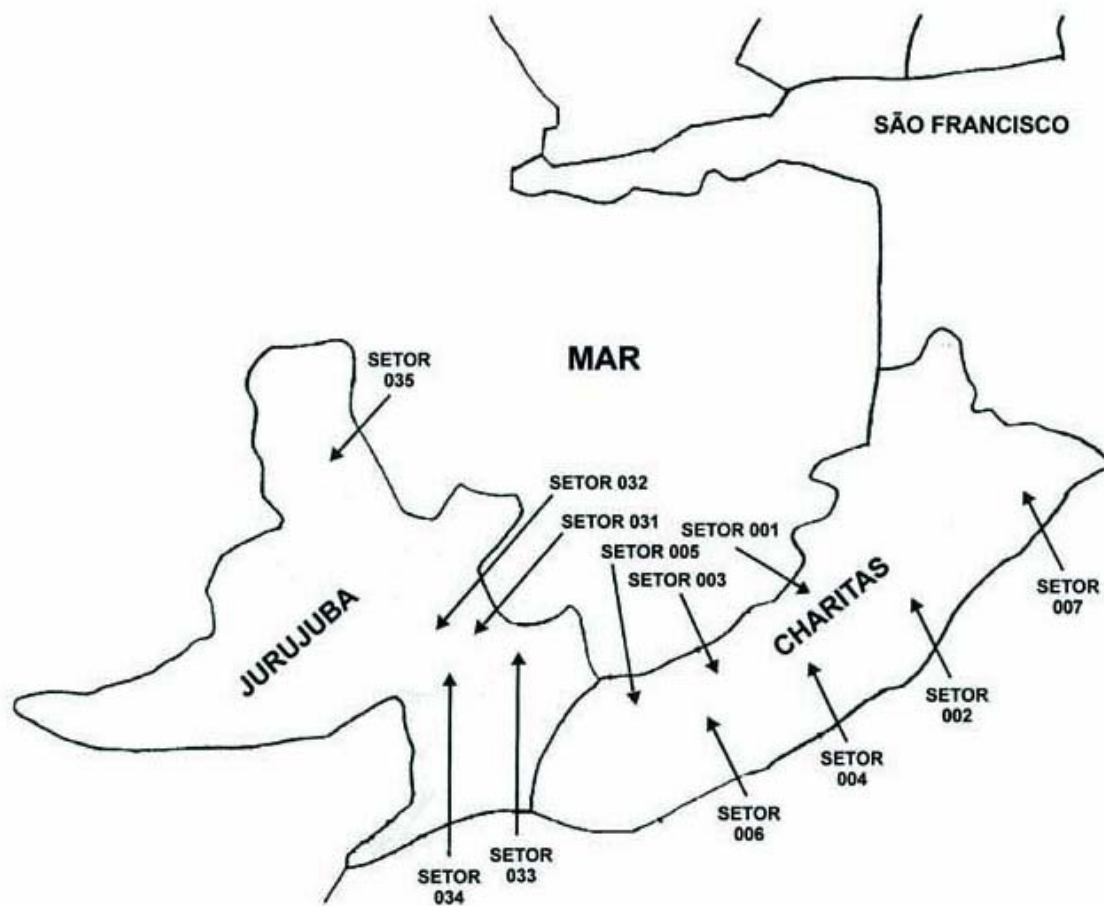
A unidade da rede convencional pré-existente se transformou em Policlínica Comunitária, com a missão de se constituir em pólo de referência para os módulos do PMFN de Jurujuba, agregadores dos recursos de suporte diagnóstico e terapêutico. A Policlínica de Jurujuba iniciou seu atendimento de 2º nível em 1996. Devido ao número de módulos naquele bairro, organizou um interessante plano de ação intersetorial, unindo-se à Secretaria Regional de Jurujuba e à Secretaria Municipal de Meio Ambiente, outras instituições oficiais interessadas em atuar conjuntamente.

A Policlínica Comunitária, transformada de uma antiga Unidade Básica de Saúde, realiza atendimento médico ambulatorial, com consultas marcadas, nas especialidades de endocrinologia, nutrição, psiquiatria, neurologia, cardiologia, fonoaudiologia, odontologia, homeopatia, fisioterapia, ginecologia. É referência para os módulos do PMF de Niterói da área Centro-sul, nas especialidades ali existentes. As consultas são agendadas pelo profissional da equipe básica do PMFN em cada um dos módulos, por escrito, com os pacientes. As equipes básicas do PMFN recebem, por sua vez, a contra-referência da Policlínica. Esta dispõe de cinco consultórios e uma central de esterilização que atende não só à demanda da Policlínica, como também a de todos os módulos do PMFN nessa área. Foi constatado que os equipamentos e o processo utilizado para esterilização dos materiais seguem os padrões recomendados pelo Ministério da Saúde. Uma ambulância e um carro utilitário são usados pela Policlínica para o transportar pacientes, para recolher amostras biológicas dos clientes, coletadas nos módulos do PMFN, e para levar aos módulos resultados dos exames já processados pelo laboratório do município.

A Policlínica Comunitária de Jurujuba abrange as comunidades do Preventório I, Preventório II, Charitas, Mário Muñoz Monroe – Cascarejo, Ponto Final e Cavalão, totalizando 14.727 moradores adscritos, somente do PMFN. A maioria delas é constituída por favelas.

Houve transformações recentes quanto ao funcionamento dos módulos. Em 2001, o módulo Ponto Final - Jurujuba (1997) foi incorporado ao módulo Mário Muñoz Monroe – Cascarejo (1994) e o módulo Charitas foi incorporado ao módulo Abel Santamaria – Preventório I.

No mapa da Figura 4, apresenta-se a situação geográfica do grupo V, que se constitui na área total de atuação dos quatro módulos do PMFN nos bairros de Jurujuba e Charitas. A área abrangida nesta pesquisa, Cascarejo e Ponto Final está identificada, nesse mapa como Setor 31, Setor 32, Setor 33, Setor 34 e Setor 35.

FIGURA 4 – Mapa de área de abrangência do Módulo do PMFN – Jurujuba

Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Programa Médico de Família.

4. METODOLOGIA

No plano metodológico, reafirmamos como abordagem privilegiada desta pesquisa, entre os modelos avaliativos, propostos por Contandriopoulos *et al.* (1997), a análise de implantação das intervenções. Esta exige que se estabeleça um julgamento de adequação e integridade do funcionamento do Programa, obtido pelos indicadores de cobertura, da qualidade das estruturas e dos processos envolvidos, coerentes com os princípios de avaliação da qualidade utilizados por Kessner (1973).

Apesar de a avaliação ser considerada atividade antiga, é um conceito que vem sendo muito discutido atualmente. A avaliação dos programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial e, desde então, segundo Contandriopoulos (1997:29), *foi, de certo modo, 'profissionalizada', adotando-se uma perspectiva interdisciplinar e insistindo nos aspectos metodológicos*. Na área da saúde, foi crescente a necessidade de avaliar as ações sanitárias no decorrer dos anos 70, período dos grandes programas baseados no seguro médico. Com a diminuição do crescimento econômico e o questionamento do papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde, tornou-se necessário o controle dos custos do sistema de saúde, com acessibilidade suficiente de todos a serviço de qualidade. Diante do complexo contexto da saúde, surge a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde, e a avaliação ganha um papel de grande importância.

As definições da avaliação são numerosas e sua taxonomia extensa. Opta-se pela definição de Contandriopoulos *et al.* (1997):

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (1997:31).

Neste estudo serão utilizadas ambas as abordagens: a da avaliação normativa e a da pesquisa avaliativa. A avaliação normativa, segundo Clemenhen e Champagne (1986), é uma atividade comum numa organização ou num programa e corresponde às funções de controle e acompanhamento, assim como aos programas de garantia de qualidade. Já a avaliação normativa é *a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas* (1997:34).

A avaliação normativa se apóia na construção de critérios e normas, que podem ser derivados dos resultados da pesquisa avaliativa ou de outro tipo de pesquisa. Hartz (1997:35) destaca que todas as avaliações normativas se apóiam no postulado de que existe relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção.

A construção e validação de critérios permite a apreciação dos diversos componentes de um programa. Trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. A apreciação do processo de uma intervenção, visando oferecer serviços para uma determinada clientela, pode ser decomposta em três dimensões: a técnica, a das relações interpessoais e a organizacional. A dimensão técnica dos serviços, focaliza a sua adequação às necessidades dos clientes e a qualidade dos serviços; a dimensão das relações interpessoais observa a interação psicológica e social entre os clientes e os produtores de cuidados, no apoio aos pacientes e na satisfação destes; a dimensão organizacional do processo diz respeito à acessibilidade aos serviços, à extensão de cobertura dos serviços oferecidos.

A pesquisa avaliativa, de acordo com Contandriopoulos *et al.* (1997:37), é um procedimento que consiste em fazer julgamento *ex-post* da intervenção, analisando a pertinência, os fundamentos teóricos, a produção, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações entre a intervenção e o contexto, ajudando na tomada de decisões. Os autores afirmam que a pesquisa avaliativa consiste em usar várias estratégias e considerar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção. A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise: estratégica, de intervenção, de produtividade, dos efeitos, de rendimento e da implantação. Pode-se, portanto, realizar uma ou várias dessas análises. Neste estudo, será utilizada a análise da implantação ou implementação.

A análise de implantação ou implementação³ se apóia conceitualmente em Denis e Champagne (1997:55), na observação: da influência dos determinantes contextuais sobre o grau de implantação das intervenções (componente 1); das variações da implantação sobre os efeitos observados (componente 2); da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados (componente 3). Levando-se em consideração estes componentes analíticos, nesta pesquisa serão desenvolvidos os de número 1 e 2 na análise da implantação do módulo do PMFN em face de uma UBS.

Por “implantação” entende-se o uso apropriado e suficientemente intensivo da intervenção. O conceito de implantação refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção. Conceitualmente, a medição do grau de implantação de uma intervenção exige, segundo Denis e Champagne (1997:55):

- *especificar a priori os componentes da intervenção, isto é, a teoria do programa;*
- *identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção;*
- *descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção;*
- *analisar a variação na implantação em virtude da variação das características contextuais.*

De acordo com Hartz (2000), *a questão fundamental, na atribuição de efeitos ou resultados a uma intervenção ou ações programáticas de saúde, é a necessidade de modelos teóricos ou causais previamente construídos. Assim, as intervenções ou programas são tratados em sua pluralidade, e também na sua singularidade, de subprogramas ou projetos criados para diferentes dimensões ou detalhamento de componentes* (2000:30).

Em Niterói, às Unidades Básicas de Saúde (UBS) cabe o desenvolvimento de ações programáticas para efetivar o primeiro nível de atenção à saúde das comunidades locais.

O PMFN resultou da implementação da atenção básica em saúde em áreas selecionadas. A partir do primeiro módulo criado, em 1992, no Morro do Preventório, Jurujuba, até o ano 2000, foram implantados no município 18 módulos do PMFN. Considerando-se que em alguns módulos atuam duas ou mais equipes, em 2001 havia 83 equipes funcionando, cobrindo cerca de 22% da população niteroiense. Constata-se,

³ Implantação ou implementação: equivalente em inglês a uma única expressão – “*implementation analysis*”.

portanto, que houve importante esforço de extensão da cobertura da atenção básica em saúde no município, a partir do PMFN.

Condições traçadoras

Conforme proposto por Kenner *et al.* (1973), buscou-se selecionar situações que permitissem avaliar a relação das equipes de Atenção Primária com a população no desempenho frente a situação cuja abordagem de controle estivessem bem padronizadas.

Para esta investigação, foram selecionadas a atenção ao pré-natal e a assistência ao hipertenso como condições traçadoras, por se entender que preenchem os requisitos referidos.

A escolha da gestação enquanto “condição traçadora”

A mortalidade materna constitui ainda um problema de grande magnitude no Brasil. Seu coeficiente, entre 1993 e 1995, foi de 68,1 por 1000 nascidos vivos. No mesmo período, a proporção de óbitos em mulheres na idade fértil por causas maternas foi de 5,1%, quando nos Estados Unidos este percentual não passou de 0,5% (PNDS, 1996).

O Ministério da Saúde prioriza a proteção da saúde da gestante, definindo que toda gestante tem direito: ao acesso à atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; ao acompanhamento pré-natal adequado; a saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; ao parto e ao puerpério, e que este seja realizado.

Quanto ao impacto do atendimento médico à gestante sobre a mortalidade infantil, este pode ser constatado na tabela a seguir.

TABELA 4 - Mortalidade infantil por características selecionadas (Brasil, 1996)

Atendimento médico	Mortalidade infantil/1000 nascidos vivos
Nenhum no pré-natal e parto	207
No pré-natal ou no parto	63
No pré-natal e no parto	20

Fonte: PNDS, 1996.

Destaca-se a necessidade de melhoria da assistência à gestante, desde o momento da concepção até o puerpério, e particular atenção no aumento da capacidade instalada de leitos maternos. Com essa preocupação, Leal *et al.* (2003) realizaram um estudo (ainda no prelo) que avalia a qualidade do pré-natal, a partir de amostra de puérperas que se hospitalizaram em maternidades do Município do Rio de Janeiro por ocasião do parto (em estabelecimentos federais, estaduais, municipais, conveniados com o SUS, militares, filantrópicos e privados). Os autores construíram escores da assistência e observaram os seguintes principais resultados: 1) a maioria das mães declararam ter recebido informações sobre exames, sinais da hora do parto e elevação de frequência da medida de pressão arterial; 2) mães com menos de vinte anos foram as que menos apresentaram escore global do pré-natal categorizado como ótimo, enquanto as com trinta e cinco anos e mais foram as que mais se enquadraram nesta categoria; 3) o grau de escolaridade materno mostrou que, quanto mais anos de estudo, melhor a qualidade do pré-natal realizado (2003).

No município de Niterói, no quadriênio 96/99, o coeficiente de mortalidade materna por mil nascidos vivos, variou. Verificou-se aumento quantitativo oscilando de 49,330/00 para 92,170/00, o que expressa, provavelmente, melhoria na notificação e também a gravidade da situação.

A escolha da hipertensão arterial enquanto “condição traçadora”

A hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Como é uma doença assintomática, a necessidade de orientar a população sobre essa enfermidade é fator primordial. Entre suas complicações mais freqüentes encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca. De acordo com os dados

do SUS (2002), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com custo aproximado de 475 milhões de reais. Nestes números não estão os gastos com procedimentos de alta complexidade.

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento de vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desse agravo. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial, no âmbito da atenção básica, poderia evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido a esse agravo.

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbi-mortalidade associada a essa doença, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e as sociedades brasileiras de cardiologia, hipertensão, as federações nacionais de portadores de hipertensão arterial, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O objetivo é apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial. Muitas ações estão sendo desenvolvidas e uma delas é a disponibilização para estados e municípios de um sistema informatizado que permite o cadastramento de portadores, o seu acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos. A médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levem à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida das pessoas e à redução do custo social.

A estimativa de prevalência de hipertensão arterial na população adulta do Brasil, baseada nos dados estatísticos de 1995, é de 13 milhões de hipertensos, com pressão arterial > 160 mmHg e/ou 95 mmHg, em cerca de 150 milhões de habitantes. Considerando as cifras entre 140-159 e/ou 90-94 mmHg, estima-se 30 milhões de hipertensos no Brasil em 1995; provavelmente, 50% destes (aproximadamente 15 milhões), desconhecem ser hipertensos (Latufo e Lolio, 1996).

No Brasil, em 1995, ocorreram 893.877 óbitos, segundo registros de mortalidade. Destes, 244.605 (27,36%) foram por doenças cardiovasculares. A doença cérebro-vascular foi responsável por 81.632 óbitos. As doenças isquêmicas do coração causaram 69.906 óbitos. A hipertensão arterial foi responsável direta por 17.880 óbitos (7,8% dos óbitos). Considerando-se que a hipertensão arterial contribui para morbi-mortalidade em 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e por 40% dos

casos de doenças isquêmicas do coração, em 40%, estima-se que a hipertensão arterial esteve envolvida de forma direta ou indireta em pelo menos 111.148 óbitos no ano de 1995, o que corresponde a 45,44% das mortes por doenças cardiovasculares (Latufo e Lolio, 1996).

Em relação ao município de Niterói, de acordo com Alves (1997:35), o sistema de informação de mortalidade do município, implantado pela Fundação Municipal de Saúde, apontou o grupo de causas cardiovasculares como o principal responsável pelos óbitos nos anos de 1992 a 1994 (cerca de 33% dos óbitos); acometendo principalmente idosos (acima de 65 anos), de ambos os sexos (FMS/Niterói, 1995).

Os dados do município, referentes à hipertensão nos anos de 1996 a 1999, demonstram a importância de estudos que possibilitem avaliar o desempenho dos programas de ações voltadas ao controle dessas patologias (Tabela 5).

TABELA 5 - Dados de mortalidade por hipertensão, Niterói/RJ, 1996/1999

Indicador	1996	1997	1998	1999
Coeficiente de mortalidade de hipertensão por 100.000	22,4	19,8	19,5	25,2
% de óbitos por hipertensão em relação ao total de óbitos	2,4	2,3	2,3	2,9
% de óbitos por hipertensão em relação ao total de óbitos do cap. IX CID	7,8	7,3	7,6	9,5

Fonte: DataSUS.

De acordo com o Ministério da Saúde (1993), estima-se que cerca de 15% da população acima de 20 anos venha a desenvolver hipertensão arterial e nestes, 50 a 70% a patologia não é habitualmente detectada. Conforme trabalhos publicados no país, 80% dos pacientes com doenças cérebro-vasculares e 60% com infarto agudo do miocárdio apresentam hipertensão arterial associada.

Passos metodológicos da pesquisa

Foram selecionadas duas áreas para a pesquisa avaliativa: Santa Bárbara e Jurujuba. Os critérios utilizados para esta seleção foram: modalidade de atenção e área geográfica delimitada. Os bairros de Santa Bárbara e Jurujuba estão situados em

localidades com características sociais e epidemiológicas similares. A implementação da ABS da população foi orientada por modelos diferentes em Santa Bárbara: a UBS está organizada em modelo tradicional e em Jurujuba o módulo se organiza segundo as diretrizes do PMFN.

O primeiro passo para o início do trabalho de campo foi a apresentação dos pesquisadores (a autora e quatro estudantes bolsistas do Instituto de Saúde da Comunidade – UFF) e da pesquisa propriamente dita à coordenação e equipe de profissionais de saúde das duas áreas em estudo: UBS de Santa Bárbara e módulo do PMFN de Jurujuba.

Os dados para a presente pesquisa foram obtidos de fontes primárias e secundárias. Os dados relativos ao Programa Médico de Família em Jurujuba, foram pesquisados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIASUS) e Sistema de Informação próprio do Programa Médico de Família em nível central (PMFN). Os dados referentes ao Programa da Rede Básica de Saúde em Santa Bárbara vieram do Boletim de Pronto-Atendimento (BPA), Relatório Mensal Consolidado de Informações Referentes à Produção da Unidade, SIASUS, DNV, Relatório Mensal da Farmácia da Unidade para os programas controle da Hipertensão e nascidos vivos da população alvo em 2001/2002.

Aplicou-se também o instrumento “Avaliação Participativa da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF”⁴ (Anexo 1) nas duas unidades com cinco gerentes dos Programas executados, em entrevistas individuais com orientação da pesquisadora. Este instrumento é um questionário que foi originalmente aplicado pelo Ministério da Saúde em todos os municípios nos quais atuavam equipes do PSF⁵.

Nas áreas selecionadas, UBS de Santa Bárbara e PMFN em Jurujuba, foram identificados, através das fichas de registro das unidades de saúde, os pacientes maiores de 20 anos (residentes) que apresentavam hipertensão arterial e as gestantes (em

⁴ O Departamento de Atenção Básica criou, no ano de 2000, a Coordenação de Investigação, atualmente Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, fruto, segundo Medina, Aquino e Carvalho (2000:16), da necessidade de priorizar o monitoramento e avaliação das ações e serviços que são ofertados à população. Os autores afirmam que “ao priorizar e incorporar a avaliação como rotina, o Ministério da Saúde estima o desenvolvimento de uma nova cultura institucional, capaz de reconfigurar as relações de trabalho em consonância com as propostas atuais de modernização administrativa, estimulando a corresponsabilidade entre profissionais e gestores do SUS”. Para tal, foi elaborado por essa Coordenação o instrumento denominado Avaliação Participativa, conforme cópia em Anexo 1.

⁵ Tendo sido iniciado em 2001 e concluído em no segundo semestre de 2002, com êxito no cumprimento de cobertura da totalidade de equipes implantadas, o que representou, em números absolutos, 13.973 equipes (Souza, 2002:12).

qualquer idade), atendidos em 2001, para permitir o conhecimento da evolução dos casos.

Para assegurar a viabilidade do estudo no tempo previsto e com os recursos disponíveis, sem perda de representatividade, efetuou-se a seleção de uma amostra mínima de 50 prontuários⁶ em duas etapas:

Na verificação do registro de pacientes, foram encontrados, no módulo do Grupo V, 680 hipertensos e 138 gestantes. Na UBS de Santa Bárbara, no mesmo período, foram encontradas 51 gestantes e 772 hipertensos cadastrados. O total de prontuários de gestantes e hipertensos atendidos, dividido por 50, definia o intervalo de retirada dos prontuários, com o primeiro escolhido aleatoriamente no 1º estrato⁷.

Foram selecionadas 59 gestantes dentre aquelas que iniciaram o pré-natal em 2001 em Jurujuba, no módulo Mário Muñoz. Os hipertensos deste módulo foram escolhidos retirando-se 13 prontuários de cada um dos cinco setores, ao acaso, num total de 62 prontuários. Em Santa Bárbara, foram incluídas as 51 gestantes cadastradas e 53 hipertensos, selecionados ao acaso, retirando-se um prontuário a cada 15 registrados na pasta de controle de distribuição de medicamentos para hipertensos.

Junto à equipe de coordenadores do PMFN e da UBS, escolheram-se os elementos referentes às normas do programa de controle da hipertensão e do pré-natal, indispensáveis a uma assistência qualificada. Tais elementos deveriam estar registrados nas fichas médicas. Para aumentar a confiabilidade do instrumento e a consistência dos resultados, foi organizado um *checklist*, que permitiu estabelecer as categorias de critérios variáveis para julgamento clínico.

A revisão dos prontuários foi feita em três blocos, de acordo com os seguintes critérios, definidos por Kessner (1973):

- classificação diagnóstica;
- tratamento (procedimentos terapêuticos essenciais);
- medidas preventivas, promocionais e efeitos.

⁶ Nos estudos para avaliação da qualidade de programas de saúde, recomenda-se a revisão de 30 a 50 prontuários de pacientes por cada provedor de serviços (ANAES, 1993).

⁷ Como o nº de prontuários no fichário era excedente ao estimado pelos registros, a amostra foi ampliada, uma vez que aumentava o n/ de estrato pelo intervalo calculado.

A análise dos prontuários foi realizada pela pesquisadora e quatro estudantes de medicina, bolsistas do ISC-UFF⁸, previamente treinados e continuamente supervisionados pela pesquisadora. O pré-teste realizado em janeiro de 2003, no módulo do PMFN, Souza Soares, situado no bairro Vital Brasil foi considerado satisfatório.

Verificaram-se os registros médicos do atendimento ao pré-natal e aos hipertensos para avaliação do processo de trabalho, inclusive as responsabilidades mínimas da atenção básica no pré-natal e no controle da hipertensão arterial, conforme apresentadas nos Quadros 2 e 3, seguidamente.

QUADRO 2 – Responsabilidades e ações estratégicas mínimas no pré-natal

Ações no pré-natal	
Responsabilidades	Atividades
Pré-natal	Diagnóstico de gravidez / Cadastramento de gestantes no 1º trimestre / Classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta / Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso / Acompanhamento de pré-natal de baixo risco / Vacinação anti-tetânica / Avaliação do puerpério / Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina / Alimentação e análise dos sistemas de informação / Atividades educativas para promoção de saúde (prevenção de câncer de colo de útero e planejamento familiar).

Fonte: Ministério da Saúde, 2001.

⁸ Esta pesquisa está vinculada ao Grupo de Pesquisa sobre Ensino e Saúde (GEGES) – Modelos Tecnoassistenciais em Saúde, ISC-UFF.

QUADRO 3 – Responsabilidades e ações estratégicas mínimas, no controle da hipertensão arterial

Controle da Hipertensão	
Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico de casos	Diagnóstico clínico
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Busca ativa dos casos	Medição de P.A. de usuários / Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar; Fornecimento de medicamentos / Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações.
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência para exames laboratoriais complementares / Realização ou referência para ECG; Realização ou referência para rx de tórax.
1º atendimento de urgência	1º atendimento a crises hipertensivas e outras complicações; Acompanhamento domiciliar / Fornecimento de medicamentos.
Medidas preventivas	Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações

Fonte: Ministério da Saúde, 2001.

A investigação foi realizada mediante a aplicação de instrumentos padronizados (Apêndices 2 e 3), elaborados para a extração das informações sobre as gestantes e os hipertensos, no módulo do PMFN e na UBS. Foram usados como fontes para a coleta de dados, nas duas unidades: prontuários, o livro de pré-natal e a lista de hipertensos do setor da farmácia. No módulo do PMFN, em Jurujuba, utilizou-se ainda a segunda via do cartão gestante⁹ e a ficha de gerência dos hipertensos (Anexo 3). A ficha de gerência de hipertenso não é usada pela UBS. Em consequência, a coleta desses dados na UBS foi obtida através dos registros encontrados nos prontuários da amostra analisada. Este trabalho transcorreu de janeiro a maio de 2003.

Das gestantes foram coletadas as seguintes informações :

- número de consultas realizadas durante o pré-natal; idade gestacional na primeira consulta (quando ausente, era calculada a partir da data da última menstruação);
- procedimentos realizados (vacinação anti-tetânica; verificação de antecedentes obstétricos, de morbidades na gestação/parto/puerpério, de hábitos pessoais, de história familiar, e de antecedentes pessoais; realização de exames

⁹ A UBS não mantém uma cópia do cartão gestante no prontuário, ficando apenas o original com cada gestante (Anexo 2).

ginecológicos: preventivo e mama; e acompanhamento da gestação atual/número de consultas);

- exames complementares (ultra-sonografia, exames laboratoriais: grupo sanguíneo/fator Rh, hematócrito/hemoglobina, glicemia, creatinina, uréia, VDRL (sífilis), sorologias para toxoplasmose, rubéola, hepatite e HIV, EAS e parasitológico);
- parto a termo: assistência (hospitalar, domiciliar, ambulatorial); resolução (normal, cesáreo, fórceps); aborto; complicação materna;
- recém-nato: peso, estatura, Apgar (1º e 5º min.), grupo sanguíneo, ocorrência de complicações neonatais/morte fetal, retorno pós-parto;
- procedimentos terapêuticos na gestação: orientação a dieta e/ou a exercícios, prescrição de medicamentos, fornecimento de medicamentos;
- procedimentos de promoção de saúde: participação em grupos de gestantes; orientação quanto ao planejamento familiar;
- presença de intercorrências: encaminhamento para outros especialistas; presença de referência/ contra-referência.

Quanto aos hipertensos foram coletadas as seguintes informações:

- captação (busca ativa da equipe/demanda espontânea do paciente);
- número de consultas médicas/enfermagem de rotina por ano; tempo de evolução; classificação da hipertensão;
- presença de fatores de risco: hipertensão familiar, obesidade, dislipidemia, diabetes, tabagismo, etilismo, presença de outras co-morbidades;
- lesão em órgão alvo: cardiopatia, retinopatia, nefropatia, doença cérebro-vascular, doença vascular periférica/profunda;
- exames complementares: pesquisa de hormônios tireoidianos, avaliação da função renal, fundoscopia, glicemia, perfil lipídico, EAS e ECG;
- terapêutica: orientação a dieta e/ou a exercícios, prescrição de medicamentos (tipo de droga/ dose), fornecimento de medicamentos;
- procedimentos de promoção de saúde: participação em grupo de hipertensos, grupos dedicados a exercícios físicos ou outras atividades anti-estresse;
- intercorrências: A.V.E./I.A.M.;
- número de internações, advindas de complicações da própria hipertensão ou de seus procedimentos terapêuticos;

- controle de índices metabólicos: glicemia, perfil lipídico, IMC/peso, medida da PA;
- encaminhamento para outros especialistas (referência/contra-referência).

A análise dos dados quantitativos, obtidos dos protocolos das condições traçadoras, foi realizada com tabulação em planilhas de Excel e utilizado o programa EpiInfo, na versão 2002. Para sumarização dos dados obtidos na revisão de prontuários, foi construído um escore ponderado para a atenção ao pré-natal (previamente validado por Leal, 2003) e a distribuição proporcional das variáveis relacionadas ao cuidado dos hipertensos, na impossibilidade de se validar um escore ponderado, foi comparado os valores observados em relação ao máximo esperado (padrão desejado).

Souza aponta *a necessidade que se amplie a utilização de metodologias que utilizem padrões e construções de escores para analisar e classificar a implantação das intervenções* (2002:13). Com essa preocupação, adotou-se um escore de qualidade para o pré-natal, adaptado de Leal *et al.* (2003, no prelo), e de Hartz *et al.* (1995), construindo-se um instrumento de mensuração.

Os parâmetros utilizados para avaliar a atenção ao pré-natal, de acordo com o material de Atualização da Rotina-Atenção à Saúde da Mulher (FMSN, 2002), foram (Anexo 4):

1. Captação da gestante deve ser feita no 1º trimestre gestacional.
2. Número de consultas dependerá, basicamente, da fase de captação da gestante, devendo ser no mínimo de seis consultas, em meses diferentes. Na segunda consulta, já com os resultados dos exames, é possível a avaliação do risco materno-fetal e a planificação das demais consultas, que deverão, nas gestantes de baixo risco, ser mensais até a 32ª semana, passando a quinzenais e, posteriormente, semanais da 36ª semana até o parto.
3. Vacinação anti-tetânica: em pacientes não vacinadas ou que não sabem informar sobre seu passado vacinal, devem ser aplicadas três doses de DT, com intervalos de quatro semanas entre cada aplicação, em qualquer idade gestacional; em pacientes com vacinação incompleta, devem-se completar as três doses, obedecendo o intervalo de quatro semanas entre cada aplicação; em pacientes vacinadas com esquema completo há mais de cinco anos, aplicar uma dose de reforço; e em pacientes vacinadas com esquema completo há menos de cinco anos, não há necessidade de reforço, considerada a paciente imunizada.
4. Procedimentos:

4.1 – Realização de exames ginecológicos: preventivo/mama.

4.2 – Em todas as consultas medir a pressão arterial, fundo de útero/idade gestacional e auscultar o Batimento Córdio-Fetal (BCF).

5. Exames de rotina:

5.1 – Ultra-sonografia obstétrica: dois exames durante a gravidez, preferencialmente o primeiro entre a 8^a e a 14^a semanas, e o segundo, no terceiro trimestre.

5.2 – Exames laboratoriais: hemograma (repetido no 3^o trimestre); tipagem sangüínea; teste de Coombs indireto (mensalmente, a partir da 20^a semana, nas gestantes com fator Rh negativo não sensibilizadas); titulação de anticorpos IgG e IgM para rubéola; titulação de anticorpos IgG e IgM para citomegalovírus (CMV; titulação de anti-HIV (após aconselhamento e consentimento da paciente); titulação de anticorpos IgG e IgM para toxoplasmose (nos casos em que ambos forem negativos, repetir a cada trimestre, e, nos duvidosos, realizar o teste de avidéz para toxoplasmose – IgG); marcadores de hepatite B e C (HBS ag, anti HBS, HCV); VDRL (repetido no 3^o trimestre); glicemia de jejum no primeiro e terceiro trimestres (nas gestantes com história familiar ou obstétrica de diabetes, adita-se a glicemia pós-prandial, e, se alterada, faz-se a curva glicêmica); uréia e creatina; EAS (a cada trimestre), cultura e antibiograma, se necessário; parasitológico de fezes; citologia oncótica da vagina e ectocérvice (exceto se exame anterior for de menos de um ano).

6. Procedimentos terapêuticos na gestação: orientação a dieta; orientação a exercícios; prescrição/fornecimento de medicamentos.

7. Procedimentos de promoção de saúde: participação em grupos de gestantes e orientação quanto ao planejamento familiar.

Escore global: proposta e explicitação

Explicitação do escore global ponderado utilizado:

Captção + Abandono + Consulta + Vacinação + Escore de procedimentos + Escore de Informação X100
30

Para cada variável do somatório, foi atribuído um valor entre 0 e 5. Assim, no caso da captção, o valor 5 foi atribuído às gestantes captadas no primeiro trimestre gestacional; o valor 4, às captadas no 4^o mês; 3 para o 5^o mês; 2 para o 6^o mês; e 1 para o 3^o trimestre. Quanto ao abandono, foi atribuído o valor 5 para as gestantes que

prossegiram com o pré-natal até o fim e 0 para as que abandonaram. Foi atribuído 5 para as gestantes que fizeram 8 ou mais consultas; 4 para as que fizeram 6 ou 7; 3 para as que fizeram 5; 2 para as que fizeram 3 ou 4; 1 para as que fizeram até 2 consultas; e 0 para as que não tiveram registro. Às gestantes que tomaram 3 doses da vacina, ou o reforço, ou já eram imunizadas, foi atribuído 5 e 0 para as demais ou que não tiveram registro. Quanto aos escores de procedimentos, às gestantes que realizaram os 5 procedimentos foi atribuído o valor 5, 4 para as que realizaram 4 e assim sucessivamente até 0 para quem não realizou nenhum. Os valores do escore de informações foram atribuídos da mesma maneira: 5 para as que tiveram acesso às 5 informações; 4 para 4 informações e, assim por diante, até 0 para quem não teve acesso a nenhuma informação.

O escore global foi categorizado em quatro classes: as gestantes com escore maior ou igual a 90 foram consideradas como tendo tido acompanhamento adequado; entre 70 e 89, acompanhamento aceitável; entre 50 e 69, acompanhamento insatisfatório; e, menor que 50, acompanhamento crítico.

De acordo com o material instrutivo sobre hipertensão arterial (FMS, 2001), foram utilizados os seguintes parâmetros para avaliar a atenção ao hipertenso (Anexo 5):

1. Captação: busca ativa do paciente é considerada a adequada.
2. Número de consultas de enfermagem de rotina por ano: de acordo com os estratos de pressão arterial; a pressão deve ser medida em todas as idas do indivíduo à unidade, as quais, num segundo momento, serão feitas sob agendamento.
3. Intercorrência: registrada ou não.
4. Aferição da pressão arterial: deve ser realizada em toda consulta médica e de enfermagem.
5. Classificação da hipertensão: sim ou não.
6. Presença de fatores de risco, com a investigação de: tabagismo, dislipidemia, *diabetes mellitus*, idosos acima de 65 anos, sexo (homens e mulheres pós-menopausa), história familiar de doença cardiovascular precoce (mulheres < 65 anos e homens < 55 anos).
7. Lesão em órgão-alvo: se registra (investigação e resultado) ou não.
8. Encaminhamento a outros especialistas e se teve referência/contra-referência – se registra ou não.
9. Exames complementares: se registra (solicitação e resultado) ou não.
10. Controle dos índices metabólicos: se registra ou não; o médico investiga se os níveis estão (registrados e) diferentes em dois momentos consecutivos.

11. Terapêutica: se registra ou não: orientação quanto à dieta – deve ser feita a todos; orientação quanto a exercícios – deve ser feita a todos; prescrição medicamentosa – depende da classificação do hipertenso; tipo de droga – depende da classificação do hipertenso; os medicamentos devem ser fornecidos pela unidade.

12. Procedimentos de promoção à saúde: checar se há o registro do médico de participação em algum grupo de hipertensos; checar se há registro por parte do médico de participação em algum grupo dedicado a exercícios físicos ou outras atividades anti-estresse.

Escore de frequência simples: proposta e explicitação

Foi realizado um escore de frequência simples para os dados coletados dos prontuários dos hipertensos, substituindo-se os reais valores das variáveis por zero, nos casos em que a resposta era negativa ou não havia informação, e um, nos casos em que a informação estava descrita. Procedeu-se à soma dos valores e dividiu-se o resultado pelo número de variáveis analisadas (38), multiplicando por 100, para obter a percentagem.

Utilizando-se a metodologia de pesquisa qualitativa (Minayo, 1994:16), foi realizada a análise das entrevistas com os profissionais e usuários, visando compreender, na visão desses informantes, o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social dos distintos modelos de atenção à saúde.

A revisão sistemática da literatura (Apêndice 1) forneceu a abordagem teórica que fundamentou a análise dos resultados coletados em entrevistas semi-estruturadas e gravação de depoimentos com amostras dos membros das equipes de saúde e dos usuários (gestantes e hipertensos). Com o uso da observação participante, foram complementadas algumas informações.

De acordo com a metodologia adotada, calculou-se uma amostra de respondentes. Foram entrevistados cinco profissionais de saúde em cada uma das unidades, totalizando 10 entrevistados, todos atuantes nos programas de pré-natal e controle de hipertensão arterial: 1) na UBS de Santa Bárbara – uma médica ginecologista obstetra e dois médicos clínicos, uma enfermeira (coordenadora do grupo de gestantes) e uma psicóloga (coordenadora do grupo de hipertensos); 2) no módulo do PMFN em Cascarejo, foram entrevistadas as cinco médicas que atuam nos cinco setores da área de abrangência do módulo.

Quanto à seleção dos usuários, representantes das gestantes e dos hipertensos nas duas unidades, foram entrevistadas 20 pessoas, 10 de cada unidade, selecionadas para a amostra, dentre aqueles usuários cujos prontuários foram analisados anteriormente. O sorteio dos entrevistados foi realizado de acordo com a especificação apresentada na metodologia, item 4 desta tese.

Desta forma, foram entrevistados: na UBS, cinco gestantes e cinco hipertensos; no módulo do PMFN, uma gestante e um hipertenso de cada um dos cinco setores da área de abrangência do módulo.

Procurou-se observar, de forma participativa, as rotinas das unidades de saúde, desde a recepção dos usuários até à resolução dos problemas apresentados, com atenção especial aos processos de trabalho desenvolvidos.

Com o uso dos roteiros de perguntas direcionadas para os usuários (Apêndice 4) e para os profissionais de saúde (Apêndice 5), foram coletadas informações e gravados depoimentos.

Os questionários foram organizados em perguntas semi-abertas, para operacionalização dos conceitos – acolhimento (incluindo acesso), vínculo ou responsabilização e a percepção do usuário sobre o atendimento.

A análise do material qualitativo procedeu-se com a utilização de análise das falas e significados atribuídos pelos entrevistados, com o objetivo de *realizar uma reflexão sobre o processo de trabalho nas unidades*.

Nesta pesquisa, as categorias analíticas – acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção – foram previamente elaboradas e estabelecidas, após revisão sistemática de literatura. A partir dos dados colhidos e acumulados no trabalho de campo, voltou-se aos fundamentos teóricos, para reflexão sobre os conceitos. As entrevistas foram transcritas e todo o material coletado foi ordenado, classificado e analisado.

Do ponto de vista técnico, trabalhando com metodologia qualitativa, buscou-se ainda maior vigilância interna através da triangulação como prova eficiente de validação: *a triangulação consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vistas através do trabalho conjunto de vários pesquisadores, de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados* (Minayo, 1999:24).

Utilizou-se ainda a observação participante, como técnica da pesquisa qualitativa voltada para a descrição da problemática previamente definida. Observação participante pode ser definida como:

Processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cotidiano natural, colhe os dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (Schwartz e Schwartz, 1955:355).

Assim, essa conceituação remete à observação como forma complementar a captação da realidade empírica.

Para Minayo (1994:59):

A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

A análise dos dados apresentados foi articulada com a interpretação desses dados, num esforço de uma análise em sentido mais amplo.

Portanto, utilizaram-se nesta pesquisa as metodologias quantitativa e qualitativa buscando não simplesmente complementaridade, mas integração dos dados quantitativos e qualitativos.

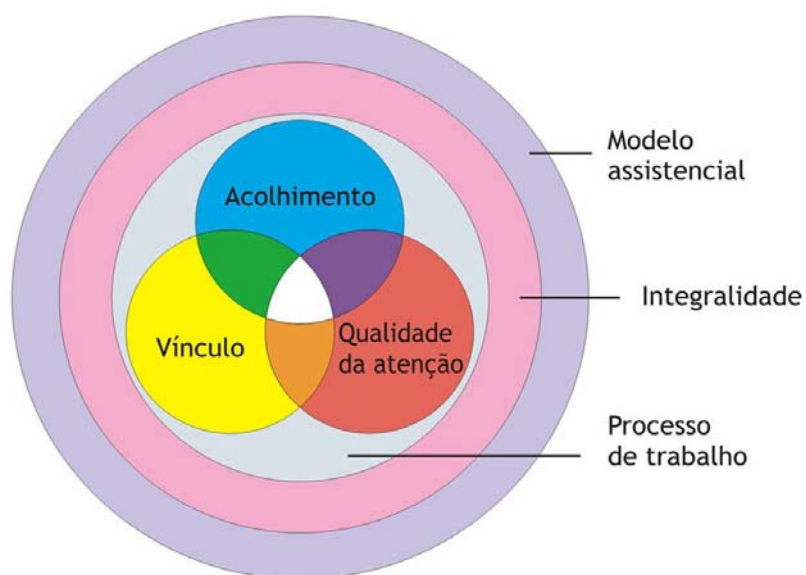
Para facilitar a compreensão do esquema metodológico adotado, foi elaborado o Quadro 4, a seguir, que sumariza os instrumentos e medidas utilizados para a coleta e análise dos dados relacionados aos objetivos específicos desta tese.

QUADRO 4 - Objetivos específicos, coleta e análise de dados

Objetivos específicos	Coleta e análise de dados
1. Descrever a estruturação das Unidades e funcionamento do trabalho das equipes em relação aos demais níveis de assistência, para assegurar a integralidade da atenção.	- Pesquisa e análise documental exploratória de dados secundários; - utilização do instrumento Avaliação Participativa da Implantação e Funcionamento do PSF.
2. Estimar o grau de implementação dos programas de pré-natal e hipertensão arterial.	- Amostragem de, no mínimo, 50 prontuários de hipertensos e mínimo de 50 de gestantes, retirados aleatoriamente das duas unidades, referentes ao ano de 2001; - revisão e análise de prontuários baseadas nos protocolos de gestantes e hipertensos; - construção de escores do grau de implementação; - estimativas de cobertura baseadas no SINASC (para gestantes) e prevalência esperada de 20 % de hipertensos por área (população > 20 anos).
3. Analisar o processo de trabalho em termos do acolhimento, vínculo/responsabilização e a percepção do usuário e do profissional sobre o atendimento recebido/realizado na atenção básica à saúde.	- Revisão sistemática da literatura pertinente para traçar o marco conceitual; - entrevistas semi-estruturadas e gravação de depoimentos, com amostra de usuários dos programas analisados e com membros das equipes; - observação participante.
4. Correlacionar as observações sobre o processo de trabalho e a qualidade de atenção nos dois diferentes contextos organizacionais da ABS.	- Discussão e comparação de resultados do grau de implementação; - descrição do processo de trabalho; - análise de associação dos resultados entre processo de trabalho e grau de implementação.

Ilustra-se, na Figura 5, como síntese metodológica, o modelo proposto para analisar a implementação em saúde, incorporando os conceitos orientadores e operacionalizados neste estudo.

FIGURA 5 – Modelo para análise de implementação da atenção em saúde



Fonte: Elaborado pela autora, em setembro de 2003.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E DO FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES

Esta seção é o resultado da aplicação do questionário “Avaliação Participativa da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF”.

Os dados da aplicação do questionário nesta pesquisa foram respondidos por membros da equipe do PMFN (informantes-chave) – cinco médicos, representando a coordenação de cada um dos cinco setores/equipes do Programa – e pela coordenação da Unidade Básica de Saúde de Santa Bárbara – uma médica dirigente da unidade. Sua análise permitiu montar um quadro comparativo entre os dois modelos. Possibilitou ainda conhecer com maiores detalhes a organização dos serviços, os equipamentos, a infra-estrutura física e os recursos humanos, identificando, em síntese comparativa, aqueles aspectos semelhantes e diferenciais nos dois modelos de atenção básica em saúde analisados.

Um dos setores não respondeu (Setor 35 – Ponto Final). A seguir, o Quadro 5 apresenta os dados referidos a cada uma das unidades selecionadas.

QUADRO 5 – Quadro comparativo de avaliação gerencial (UBS/PMFN), sobre a estrutura e o funcionamento

Variáveis	UBS	PMFN
Recursos Humanos		
Nº de habitantes cobertos na área	Aprox. 6000 ¹⁰ (sem adscrição)	Aprox. 5500 (com adscrição)
Nº de profissionais de saúde	Total 33	Total 11
Nº de médicos	7	5
Nº de enfermeiros	2	0
Nº de auxiliar de enfermagem	9	5
Nº de odontólogos	3	
Nº de assistentes sociais	1	
Nº de psicólogos	3	0
Nº de aux. Administrativos	4	0
Nº de aux. de limpeza/serviços gerais	4	1
Área de atuação territorialmente definida	sim	sim
Mapa da área de abrangência	sim	sim
Cadastramento familiar	não	sim
Atividades realizadas na unidade previstas nas Ações Básicas de Saúde		
Assistência à puérpera	sim	sim
Atenção à criança	sim	sim
Coleta para exame de papanicolau	sim	sim
Planejamento familiar	sim	sim
Distribuição de preservativos	sim	sim
Inserção de DIU	não	sim
Consulta médica adulto	sim	sim
Consulta enfermagem adulto	não	não
Consulta ginecológica	sim	sim
Busca ativa de hipertensos	não	sim
Diagnóstico/tratamento de hipertensão	sim	sim
Busca ativa de diabéticos	não	sim
Diagnóstico/tratamento de diabetes	sim	sim
Busca ativa de casos de DST	sim	sim
Diagnóstico/tratamento/investigação de contatos de casos de DST	sim	sim
Busca ativa de casos de hanseníase	sim	sim
Diagnóstico/tratamento de hanseníase	sim	sim
Busca ativa de casos de tuberculose	sim	sim
Diagnóstico/tratamento de tuberculose	sim	sim
Ações de vigilância epidemiológica	sim	sim

¹⁰ A população de Santa Bárbara no ano de 2000 foi de 5891 habitantes (IBGE). Porém, como área de abrangência, a UBS atende a 20% da população de Baldeador, que se constitui de 5107 habitantes (IBGE, ano 2000), estimando-se a cobertura da UBS em 6000.

Ações voltadas para o idoso	sim	sim
Ações voltadas para o adolescente	sim	sim
Pequenas cirurgias	sim	sim
Atividades realizadas pelos membros da equipe de saúde da unidade	UBS	PMFN
Atendimento clínico	médico, psicólogo	médico, aux. de enfermagem
Visita domiciliar	enfermeiro, psicólogo	médico, aux. de enfermagem
Reunião com a comunidade	assistente social	médico, aux. de enfermagem
Reunião de equipe	todos	todos
Atividade administrativa/gerencial	médica diretora	médico, aux. de enfermagem
Atividade de supervisão em campo	–	equipe de supervisão
Atividade de capacitação	–	médico, aux. de enfermagem
Atividade em grupos (educação em saúde)	enfermeiro, psicólogo	–
Materiais/equipamentos disponíveis na unidade frente aos listados oficialmente	16/18	14/18
Disponibilidade de vacinas na unidade	sim	não (Policlínica)
Abastecimento de materiais/insumos		
Material de curativo/penso/seringas e material de enfermagem	insuficiente	suficiente
Material educativo para a população	suficiente	suficiente
Formulários e fichas de atendimento	suficiente	insuficiente
Disponibilidade de medicamentos essenciais para dispensação às famílias		
Antibióticos e sulfato ferroso	boa	regular
Antitérmicos, antiparasitários e hipoglicemiantes orais	regular	regular
Contraceptivos, anti-hipertensivos e analgésicos	ruim	regular
Vitamina A e antimicótico tópico	não tem	não tem
Tuberculostáticos e medicamentos contra a hanseníase	não tem	boa
Disponibilidade de referência assegurada na rede SUS		
Hemograma, tipagem sanguínea, dosagem de uréia, creatinina e ácido úrico, glicemia de jejum, VDRL, sumário/cultura de urina, exame parasitológico de fezes, USG obstétrica	total	total
Citopatologia de colo de útero e colposcopia	parcial	total
Cultura de fezes, ECG, raio X	total	parcial

Fonte: Elaboração pela autora, em junho de 2003, com uso de dados fornecidos por um dirigente da UBS e quatro responsáveis pelos setores do módulo PMFN.

Quanto ao número de profissionais de saúde, foram declarados os seguintes recursos:

- Na UBS: totalizam 33 pessoas, com destaque para os auxiliares de enfermagem (nove) e os médicos (sete). Há três odontólogos, três psicólogos, dois enfermeiros e um assistente social, sendo a equipe de saúde do atendimento cotidiano. Como apoio, registram oito auxiliares (quatro administrativos e quatro para limpeza). Não há relato de supervisão na unidade, mas há um sanitarista supervisionando o conjunto de unidades básicas por área das policlínicas comunitárias, mas não mencionado.
- No módulo PMFN: Em cada um dos setores, há um médico e um auxiliar de enfermagem, que atuam com cerca de 1000 a 1200 habitantes. O módulo conta com um auxiliar de limpeza para os setores. Quanto à supervisão, há no PMFN uma equipe itinerante que atende à área semanalmente, composta por um clínico médico, um pediatra, um gineco-obstetrícia (áreas básicas), um sanitarista, um psiquiatra, um enfermeiro e um assistente social. Médicos especialistas (dermatologista, cirurgião geral) são solicitados na supervisão semanal, quando necessário, para atuação nos cinco setores. Assim, no atendimento diário, há nove pessoas atuando (mais duas que não foram representados), havendo no módulo 11 pessoas na área. Na supervisão semanal, os profissionais atuam em rodízio e de acordo com as necessidades.

Área de atuação: ambas as unidades têm a área de ação territorialmente definida e contam com o mapeamento desta área.

- Na UBS – não há cadastramento familiar.
- No módulo PMFN – o cadastramento é um instrumento de trabalho altamente valorizado, cada moradia nova/família é cotidianamente cadastrada.

As atividades previstas nas ações básicas de saúde são realizadas nas unidades:

- Na UBS – não há inserção de DIU, nem consulta de enfermagem (adulto), nem busca ativa de hipertensos e de diabéticos.
- No módulo PMFN – a consulta de enfermagem (adulto) conta com o profissional que atua na equipe itinerante de supervisão semanal.

As atividades realizadas pelos membros das equipes:

- Na UBS – atendimento clínico (médico e psicólogo), visitas domiciliares (enfermeiro, psicólogo), reuniões comunitárias (assistente social), reuniões de

equipe (todos os profissionais). As atividades gerenciais são exercidas pela médica-diretora. Há ausência de dados quanto à supervisão em campo e à capacitação dos recursos humanos. Em relação à clientela atendida, o trabalho de orientação e atividades em grupo é desenvolvido por psicólogo e enfermeiro. Não foi considerado o trabalho de supervisão que o sanitarista da Secretaria do Município realiza na área.

- No módulo PMFN – o atendimento clínico é feito pelo médico, apoiado pela auxiliar de enfermagem. A dupla também realiza as visitas domiciliares, atua nas reuniões comunitárias e participa das atividades de capacitação (intra-equipe). As atividades gerenciais são de responsabilidade da médica de cada setor, em co-gestão com a Associação de Moradores local, através do Conselho Gestor. Todos da equipe participam das reuniões sistemáticas na Unidade. As atividades de supervisão são declaradas de responsabilidade da equipe itinerante, que semanalmente atua nos cinco setores, segundo observação participante e referências em rotinas contidas nos documentos analisados.

Quanto aos materiais/equipamentos disponíveis nas unidades, foram listados oficialmente:

- Na UBS – 16 itens, dos 18 da listagem oficial
- No módulo PMFN – apenas 14 itens dos 18.

Vacinas nas unidades:

- Na UBS – adequada disponibilidade.
- No módulo PMFN – não há disponibilidade, a rotina é o encaminhamento da clientela para a Policlínica Municipal do bairro (próxima ao módulo). No entanto, na observação participante e análise dos cartões de gestantes, observa-se adequado acompanhamento das vacinas.

Quanto ao abastecimento de materiais/insumos:

- Na UBS – o material de enfermagem foi registrado como insuficiente, os demais materiais são suficientes.
- No módulo PMFN – a insuficiência se registra nos formulários e fichas de atendimento. Os demais materiais são considerados suficientes. Através da

observação participante, a autora constatou o uso de papel reciclado como receituário, aproveitado e carimbado pela própria médica.

Disponibilidades de medicamentos essenciais para dispensação às famílias:

- Na UBS – declarada como “boa” a disponibilidade de antibióticos e sulfato ferroso; “regular” a dos antitérmicos, antiparasitários e hipoglicemiantes orais; “ruim” a disponibilidade dos anti-hipertensivos, contraceptivos e analgésicos. Não estão disponíveis vitamina A e antimicóticos tópicos; nem medicamentos para tuberculose e hanseníase, mas a observação revelou que o encaminhamento funciona adequadamente para a Policlínica (referência comunitária e contra-referência), bem como o acompanhamento destes pacientes na UBS.
- No módulo PMFN – também não estão disponíveis vitamina A e antimicóticos tópicos. São consideradas “regulares” as disponibilidades dos demais itens, exceto os tuberculostáticos e medicamentos contra a hanseníase, que são consideradas “boas”.

Rede SUS – disponibilidade de referência assegurada:

- Na UBS – é considerada como “total”, em relação aos exames de sangue, fezes, urina, ECG e raio X. “Parcial” para USG obstétrica, citopatologia de colo de útero e colposcopia.
- No módulo PMFN – todos os exames estão disponíveis na rede SUS de forma “total”, exceto a cultura de fezes, o ECG e o raio X, que se classificam como “parcial”.

Quando se contextualizou o PMFN e a rede de serviços de saúde de Niterói, foram apresentadas as características das duas “portas de entrada” do sistema, ou seja, a UBS e o módulo PMFN, no Quadro 2. Ao serem avaliadas algumas variáveis relacionadas à estrutura e ao funcionamento dessas unidades, no trabalho de campo, confirmaram-se aquelas características apontadas, com as apresentações no Quadro 5, relativas às unidades selecionadas (Santa Bárbara e Jurujuba).

Elaborando-se uma síntese comparativa, consideram-se aspectos semelhantes e outros diferenciados, entre as duas unidades, mesmo resguardando as características distintas dos dois modelos de atenção:

- Semelhanças: número de habitantes cobertos; área territorialmente definida, com mapa de abrangência; materiais/equipamentos disponíveis; abastecimento de

materiais/insumos (situação regular); disponibilidade de medicamentos essenciais para dispensação às famílias (situação regular/ruim); disponibilidade de referência no SUS.

- Diferenças: o número de profissionais de saúde (UBS: 33 e módulo do PMFN: 11), a composição da equipe de saúde (UBS – várias áreas e módulo – médico generalista e auxiliar de enfermagem; apoio da supervisão); supervisão (UBS: sanitaria supervisor de um conjunto UBS e módulo: equipe multiprofissional de supervisão); gerenciamento (UBS: diretora, módulo: co-gestão da médica com a Associação de Moradores); cadastramento familiar (inexistente na UBS); atividades de ABS (UBS, do total de 23 relacionados, faltam quatro e no módulo, no mesmo total, falta um). Em ambas, a consulta de enfermagem está ausente (o enfermeiro não faz parte da equipe do PMFN); atividades realizadas pelos membros das equipes das unidades: na UBS é mais diversificada a composição da equipe e divididas as ações profissionais por especialidade; no módulo: equipe básica (médica e auxiliar de enfermagem) é responsável por todas as atividades; atividades em grupo, de educação em saúde (presente só na UBS).

5.2 GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS CONDIÇÕES TRAÇADORAS

O segundo objetivo específico desta pesquisa foi estimar o grau de implementação dos programas de pré-natal e de controle da hipertensão arterial nas unidades selecionadas. A meta efetivou-se através de pesquisa documental, levantamento de dados primários e secundários, observação e análise dos prontuários e protocolos de gestantes e de hipertensos. Utilizou-se como fonte de informação uma amostra de 110 prontuários de gestantes dos serviços avaliados: 51 da UBS e 59 do módulo do PMFN. Também foi utilizada uma amostra de 115 prontuários hipertensos dos serviços avaliados, todos maiores de 20 anos: 53 usuários da UBS e 62 usuários do PMFN.

5.2.1 Implementação do programa de pré-natal

Cobertura

A cobertura do pré-natal nas duas unidades baseou-se na relação entre o número de gestantes acompanhadas em cada uma das unidades e o total de nascidos vivos nestas áreas, no período de 2001.

Segundo dados da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, no ano de 2001, a UBS de Santa Bárbara apresentou cobertura de 38,3% e o módulo do PMFN, em Cascarejo, de 98,0%. A cobertura real foi estimada multiplicando-se o grau de implementação adequado ou aceitável pela cobertura, dando um resultado de 27,7%¹¹ para a UBS de Santa Bárbara e de 82,5%¹² para o PMFN de Jurujuba (Tabela 35).

Captação de gestantes

A Tabela 6 refere-se à captação das pacientes grávidas. Apesar de o módulo PMFN estar mais inserido na comunidade, tendo maiores oportunidades de fazer a captação das gestantes no primeiro trimestre gestacional, não foi observada diferença entre as duas modalidades. Considerando-se apenas os prontuários com registro do início dos pré-natais nas unidades, 26 (51%) mulheres deram início ao pré-natal no primeiro trimestre gestacional na UBS e, no módulo PMFN, 28 (47,5%) mulheres. A captação no segundo trimestre também se assemelha nos dois modelos, é de 23 (45%) mulheres na UBS e de 24 (40,7%) no módulo PMFN. Na UBS, apenas uma mulher iniciou o pré-natal no terceiro trimestre; no módulo PMFN, quatro mulheres iniciaram no terceiro trimestre e duas não realizaram o pré-natal no programa com justificativa apresentada sobre o desligamento.

¹¹ Grau de implementação adequado (9,8%) + aceitável (62,7%) x cobertura (38,3%).

¹² Grau de implementação adequado (33,3%) + aceitável (50,9%) x cobertura (98,0%).

TABELA 6 – Comparação entre captação das gestantes segundo idade gestacional na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Captação	UBS		P MFN	
	N ^o	%	N ^o	%
1 ^o trimestre	26	51.0	28	47.5
2 ^o trimestre	23	45.0	24	40.7
3 ^o trimestre	1	2.0	4	6.8
Sem registro	1	2.0	3	5.0
Total	51	100.0	59	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Abandono do pré-natal

Quanto ao abandono do pré-natal (Tabela 7), duas mulheres, das 59 com registro, deixaram de fazer o pré-natal no PMFN, uma porque abortou espontaneamente e a outra porque optou pelo acompanhamento em serviço privado. Não há registro de abandono na UBS. Para a análise das demais variáveis em estudo, a amostra do PMFN foi composta pelas 57 mulheres que prosseguiram com o pré-natal até o final da gestação.

TABELA 7 – Comparação entre abandono do pré-natal na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Abandono	UBS		PMFN	
	N ^o	%	N ^o	%
Sim	0	0	2	3.4
Não	51	100	57	96.6
Total	51	100	59	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Consultas médicas

O Ministério da Saúde preconiza o mínimo de seis consultas de pré-natal, em meses diferentes, dependendo, no entanto, do período de captação. O número de mulheres que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal foi de 30 (58,8%) na UBS e de 39 (68,4%) no módulo PMFN, sendo que quatro prontuários deste último não tinham registro do número de consultas realizadas. Na UBS, sete (13,7%) mulheres fizeram cinco consultas, 11 (21,6%) fizeram três ou quatro, e três (5,9%) fizeram um ou dois. No PMFN, estes números foram, respectivamente, sete (12,3%), oito (14,0%) e um (1,8%) (Tabela 8).

TABELA 8 – Comparação entre número de consultas médicas durante todo o período gestacional na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Nº consultas médicas	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
6 ou mais	30	58.8	39	68.4
5	7	13.7	7	12.3
3 ou 4	11	21.6	8	14.0
1 ou 2	3	5.9	1	1.8
Sem registro	0	0	2	3.5
Total	51	100	57	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Vacinação anti-tetânica

A rotina de atenção à Saúde da Mulher (FMS/PMFN, 2002) estabelece como ideal a aplicação de três doses da vacina anti-tetânica. Considerou-se como parâmetro ideal os prontuários que apresentassem o registro de aplicação das três doses da vacina, ou do reforço, ou a informação da condição de imunizada da paciente (Tabela 9). Na UBS, dos 48 prontuários com registro de vacinação, 39 (76,5%) apresentavam o parâmetro ideal e nove (16,6%) não tinham o esquema de vacinação completo, ou seja,

apresentavam apenas uma ou duas doses. No módulo do PMFN, dos 48 prontuários com registro, o número de mulheres com parâmetro ideal de vacinação é de 39 (68,4%), apenas nove (15,8%) mulheres tem com esquema incompleto.

TABELA 9 – Vacinação anti-tetânica na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Vacinação anti-tetânica	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
3 doses, reforço, imunizada	39	76.5	39	68.4
2 ou 1 dose	9	16.6	9	15.8
Sem registro	3	5.9	9	15.8
Total	51	100.0	57	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Procedimentos realizados no pré-natal

Na UBS, apenas 22 (43,1%) prontuários tinham registro sobre o exame preventivo de câncer cérvico uterino; 29 (56,9%) não fizeram o exame ou não tiveram registro. No PMFN, 37 (64,9%) mulheres realizaram o exame e 20 (35,1%) não fizeram ou não tiveram registro. Quanto ao exame de mama, 22 (43,1%) mulheres fizeram o exame na UBS e 29 (56,9%) não fizeram ou não tiveram registro. No módulo do PMFN, 40 (70,2%) mulheres fizeram o exame e 17 (29,8%) não fizeram ou não tiveram registro. Estes dados mostram claramente a diferença entre o módulo do PMFN e a UBS na execução destes procedimentos.

Considerando-se apenas os prontuários com registro, todas as 50 mulheres da UBS e as 57 do módulo PMFN tiveram o Batimento Cardíaco Fetal (BCF) auscultado e o fundo de útero medido a cada consulta.

Quanto à realização dos exames de ultra-sonografia (USG), o parâmetro ideal é de dois exames durante a gestação. Na UBS, 10 (19,6%) mulheres fizeram duas ou mais USG, 31 (60,8%) apenas uma e 10 (19,6%) não fizeram nenhum ou não tiveram registro. No módulo PMFN, 39 (68,4%) mulheres fizeram duas ou mais USG, e 15 (26,3%) apenas uma (Tabela 10).

TABELA 10 – Comparação entre procedimentos realizados no pré-natal na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Procedimentos	UBS				PMFN			
	Sim		Não/ Sem registro		Sim		Não/ Sem registro	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Preventivo	22	43.1	29	56.9	37	64.9	20	35.1
Exame de mama	22	43.1	29	56.9	40	70.2	17	29.8
Medida da PA	50	98.0	1	2.0	57	100	0	0
Medida do FU	50	98.0	1	2.0	57	100	0	0
Ausculda do BCF	50	98.0	1	2.0	57	100	0	0
Ultra-sonografia								
2 ou mais	10	19.6	10	19.6	39	68.4	3	5.3
uma	31	60.8			15	26.3		

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Número de procedimentos realizados no pré-natal

A Tabela 11 foi montada com base na Tabela 10, apresentando o escore dos procedimentos (preventivo, exame de mama, medida do fundo de útero, ausculda do BCF e USG) realizados nos dois modelos. Observa-se que, no PMFN, 34 (59,6%) mulheres realizaram todos os cinco procedimentos, enquanto na UBS este número foi de apenas 13 (25,5%) mulheres. Na UBS, 11 (21,6%) mulheres realizaram quatro procedimentos, 23 (45,1%) realizaram três e quatro (7,8%) realizaram apenas dois. No PMFN, estes números foram, respectivamente, nove (15,8%), 11 (19,3%) e três (5,3%).

TABELA 11 – Comparação entre número dos procedimentos realizados no pré-natal na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Escore de procedimentos	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
5	13	25.5	34	59.6
4	11	21.6	9	15.8
3	23	45.1	11	19.3
2	4	7.8	3	5.3
Total	51	100	57	100

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

A análise das Tabelas 10 e 11 demonstra que os procedimentos que dependem exclusivamente dos profissionais da unidade, com recursos disponíveis na própria unidade, como o são a ausculta do BCF e a medida do fundo de útero, são realizados adequadamente em ambas unidades.

Informações prestadas às gestantes no pré-natal

As informações prestadas às gestantes estão representadas na Tabela 12. Elas são constituídas por orientação quanto à dieta, exercícios, prescrição/fornecimento de medicamentos¹³, participação em grupos de gestantes e planejamento familiar. Dos prontuários com registro para estas variáveis, 36 (70,6%) mulheres da UBS e 48 (84,2%) do módulo do PMFN foram orientadas quanto à dieta. Quanto aos exercícios, apenas oito (15,7%) mulheres da UBS e três (5,3%) do módulo do PMFN foram orientadas. A prescrição ou fornecimento de medicamentos na UBS foi feita para 45 (88,2%) mulheres da UBS e 51 (89,5%) do PMFN.

A participação em grupos de gestantes pode ser melhor avaliada na UBS, que mantém um grupo com reuniões regulares. Do total de mulheres com registro, 10 (19,6%) participaram de cinco ou mais reuniões do grupo, uma (2%) participou de uma a três reuniões e 40 (78,4%) não participaram do grupo ou não tiveram registro. O grupo de gestantes da UBS é coordenado por uma enfermeira da unidade, sem participação dos médicos atendentes. O PMFN não mantém grupo de gestantes, observando-se que apenas um prontuário tinha registro de participação em grupo de gestantes. As médicas do PMFN justificam a ausência do grupo pelo desinteresse das próprias gestantes em irem às reuniões, mas reconhecem os limites objetivos para darem conta da tarefa de orientação de grupos, devido à sobrecarga de trabalho e ao despreparo dos profissionais.

O planejamento familiar foi orientado de forma individual a 41 (72%) mulheres do módulo PMFN, evidenciando a preocupação das médicas do Programa em suplantiar a inexistência de um grupo direcionado às gestantes. Na UBS, este número foi de 26 (51%), já que esta prática é realizada pelo Grupo de Planejamento Familiar, que se reúne semanalmente na unidade.

¹³ Neste item consideraram-se apenas os medicamentos prescritos em gestação sem intercorrências, como sulfato ferroso e complementos vitamínicos, ambos à disposição para distribuição na rede.

TABELA 12 – Comparação entre informações prestadas às gestantes no pré-natal na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Informações	UBS				PMFN			
	Presente		Ausente/ Sem registro		Presente		Ausente/ Sem registro	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dieta	36	70.6	15	29.4	48	84.2	9	15.8
Exercícios	8	15.7	43	84.3	3	5.3	54	94.7
Medicamentos	45	88.2	6	11.8	51	89.5	6	10.5
Dinâmica grupal: 1 a 5 reuniões	1	2.0	40	78.4	0	0	56	98.2
mais de 5 reuniões	10	19.6			1	1.8		
Planejamento familiar	26	51.0	25	49.0	41	72.0	16	28.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

A Tabela 13 refere-se ao escore de informação. Na UBS, 24 (47,1%) mulheres tiveram acesso a três ou mais categorias de informação, enquanto, no PMFN, este número foi de 43 (75,4%); 23 (45,1%) mulheres da UBS e 11 (19,3%) do módulo PMFN tiveram acesso a uma ou duas categorias de informação e quatro (7,8%) da UBS e três (5,3%) do PMFN não tiveram acesso a quaisquer das categorias de informação.

TABELA 13 – Comparação entre número de informações prestadas na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Escore de informações	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
3 ou mais	24	47.1	43	75.4
1 ou 2	23	45.1	11	19.3
Nenhuma	4	7.8	3	5.3
Total	51	100	57	100

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Escore global

Na UBS, cinco (9,8%) mulheres tiveram acompanhamento adequado, 32 (62,7%) acompanhamento aceitável, 12 (23,5%) acompanhamento insatisfatório, e duas (4%) acompanhamento crítico. No PMFN, esses números foram, respectivamente, 19 (33,3%), 29 (50,9%), cinco (8,8%), e quatro (7%). Observa-se que em ambas as modalidades a maioria das mulheres teve atendimento de pré-natal aceitável, no entanto, o número de mulheres com atendimento adequado foi significativamente maior no PMFN (Tabela 14).

TABELA 14 – Comparação entre escore global da UBS de Santa Bárbara e do módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Escore global	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Adequado (≥ 90)	5	9.8	19	33.3
Aceitável (70 – 89)	32	62.7	29	50.9
Insatisfatório (50 – 69)	12	23.5	5	8.8
Crítico (< 50)	2	4	4	7
Total	51	100	57	100

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Os dados obtidos sobre a frequência da medida da pressão arterial, da ausculta do BCF e da medida do fundo de útero durante as consultas de pré-natal, tanto na UBS quanto no PMFN, foram compatíveis com aqueles encontrados no estudo desenvolvido por Leal *et al.* (2003), a partir de uma amostra de puérperas que se hospitalizaram em maternidades do município do Rio de Janeiro por ocasião do parto.

5.2.2 Implementação do programa de controle da hipertensão arterial

A cobertura dos hipertensos no ano de 2001, segundo dados fornecidos pela farmácia da UBS de Santa Bárbara, foi calculada dividindo-se o número de hipertensos cadastrados pela população hipertensa estimada ($772 / 0,20 \times 3970$), dando um total de

97,2%. A cobertura real foi calculada multiplicando-se o escore de frequência simples (43,3%) pela cobertura (97,2%), dando um total de 42,0%.

No módulo PMFN em Cascarejo, segundo dados ali fornecidos, em 2001 foram cadastrados 680 hipertensos, constatando-se uma cobertura de 107,5% ($680 / 0,20 \times 3162$). A cobertura real para esta unidade foi de 50,3% ($46,85 \times 107,5\%$) (Tabela 36).

Distribuição dos hipertensos por sexo

Na UBS, 34 (70,8%) são do sexo feminino e 14 (29,2%) do sexo masculino. A amostra do módulo do PMFN está composta por 44 (72,1%) do sexo feminino e 17 (27,9%) do sexo masculino (Tabela 15).

TABELA 15 – Comparação entre distribuição dos hipertensos por sexo na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Sexo	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Masculino	14	29.2	17	27.9
Feminino	34	70.8	44	72.1
Total de Registros	48	90.6	61	98.4

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

OBS: Não foram considerados, por omissão de registro nos prontuários, oito casos na UBS e um caso no (PMFN).

Observa-se, na Tabela acima, número bem maior de mulheres. Os homens referem maior dificuldade em procurar o médico devido ao seu horário de trabalho ser o mesmo do funcionamento das unidades de saúde (das 8 às 17horas), preferindo não faltar ao trabalho para não perder o emprego.

Captação dos hipertensos

A Tabela 16 refere-se à captação dos pacientes, demonstrando claramente diferença entre os dois modelos de atenção. Dos pacientes da UBS, 49 (92,4%) são originados pela demanda espontânea e três (5,7%) por busca ativa. Já o módulo do

PMFN apresenta 51 (82,3%) pacientes buscados ativamente, e apenas um (1,6%) por demanda espontânea.

TABELA 16 – Comparação entre captação dos hipertensos na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Captação	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Demanda espontânea	49	92.4	1	1.6
Busca ativa	3	5.7	51	82.3
Sem registro	1	1.9	10	16.1
Total	53	100.0	62	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Consultas médicas e de auxiliares de enfermagem

Sem levar em consideração a classificação de gravidade da hipertensão arterial (leve, moderada ou grave), 40 (75,5%) consultas da UBS foram bimestrais e nove (17%) foram pelo menos, mensais. No módulo do PMFN, 58 (93,6%) foram consultas bimestrais e três (4,8%), pelo menos, mensais. Demonstra-se, então, que a periodicidade de consultas bimestrais com a equipe do módulo do PMFN é maior do que na UBS, possivelmente explicável pelas estratégias de acompanhamento no modelo PMFN.

TABELA 17 – Comparação entre freqüência de consultas médicas para o acompanhamento dos hipertensos na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Nº consultas médicas	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Pelo menos uma consulta mensal	9	17.0	3	4.8
Uma consulta bimestral ou menos	40	75.5	58	93.6
Sem registro	4	7.5	1	1.6
Total de Registros	53	100.0	62	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Quanto às consultas com auxiliar de enfermagem, apresentadas na Tabela 18, 41 (77,3%) foram bimestrais na UBS e, no módulo do PMFN, 44 (71%). Na UBS 10 (18,9%) consultas foram pelo menos mensais e no módulo do PMFN, 10 (16,1%) consultas mensais; neste módulo sete (11,3%) não fizeram consulta com a auxiliar de enfermagem.

TABELA 18 – Comparação entre frequência de consultas com auxiliar de enfermagem para acompanhamento da hipertensão na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Nº consultas enfermagem	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Pelo menos uma consulta mensal	10	18.9	10	16.1
Uma consulta bimestral ou menos	41	77.3	44	71.0
Nenhuma	0	0	7	11.3
Sem registro	2	3.8	1	1.6
Total	53	100.0	62	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Aferição da Pressão Arterial (PA)

A Tabela 19 mostra frequência de 100% de aferição da Pressão Arterial, em todas as consultas, no módulo do PMFN de Jurujuba. Na UBS, este número foi de 94,3%, com três (5,7%) sem registro.

TABELA 19 – Comparação entre aferição da Pressão Arterial (PA) na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Aferição da PA	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Todas as consultas	50	94.3	62	100.0
Sem registro	3	5.7	0	0
Total	53	100.0	62	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Classificação da hipertensão arterial sistêmica

Os prontuários dos hipertensos utilizaram, para a classificação da hipertensão, uma divisão em leves, moderados, graves ou com hipertensão sistólica isolada. A Tabela 20 demonstra o registro de 26 (49%) hipertensos leves, 12 (22,6%) moderados, 11 (20,8%) graves e apenas um (1,9%) com hipertensão sistólica isolada na UBS¹⁴. Para o módulo do PMFN, os números foram, respectivamente, 20 (32,3%), 23 (37,1%), sete (11,3) e três (4,8%)¹⁵.

TABELA 20 – Comparação da classificação da hipertensão arterial sistêmica na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Classificação da HAS	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Leve	26	49.0	20	32,3
Moderada	12	22.6	23	37.1
Grave	11	20.8	7	11.3
Sistólica	1	1.9	3	4.8
Sem registro	3	5.7	9	14.5
Total de Registros	53	100.0	62	100,0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica

Quanto aos fatores de risco (Tabela 21), na UBS foram encontrados apenas dois (3,8%) prontuários com registro para hipertensão familiar. Os outros 51 (96,2%) prontuários ou não apresentavam história de hipertensão familiar, ou não tiveram registro. Já no módulo do PMFN, apenas nove (14,5%) prontuários foram negativos para hipertensão familiar, 53 (85,5%) apresentavam história familiar.

A presença de obesidade foi encontrada em seis (11,3%) prontuários, com 47 (88,7%) de pacientes não obesos ou sem registro. O módulo do PMFN apresentou 30 (48,4%) pacientes não obesos e 32 (51,6%) obesos.

¹⁴ Na UBS, os dados de classificação da hipertensão arterial foram ora tirados dos prontuários, ora calculados pela pesquisadora com base nos níveis de PA registrados nos prontuários a partir do Manual de Controle de Hipertensão da Fundação Municipal de Saúde.

Apenas um (1,9%) paciente hipertenso apresentava algum tipo de dislipidemia na UBS, 52 (88,1%) não tinham a investigação deste fator de risco registrada ou não eram dislipidêmicos. No módulo do PMFN, 28 (45,2%) pacientes apresentavam algum tipo de dislipidemia, 34 (54,8%) prontuários não tinham referência a este quesito.

Na UBS, a presença do diabetes foi registrada em seis (11,3%) prontuários. No módulo do PMFN, apenas sete (11,3%) pacientes eram diabéticos e hipertensos, 55 (88,7%) prontuários eram de não diabéticos ou não tiveram o registro de investigação do diabetes.

Todos os 53 prontuários da UBS foram negativos para história de tabagismo ou não tiveram registro. Já o módulo do PMFN apresentou 12 (19,4%) pacientes tabagistas e 50 (80,6%) pacientes sem história ou sem registro de tabagismo.

A história de etilismo, enquanto fator de risco para hipertensão, na UBS, foi registrada em dois (3,8%) prontuários. No módulo do PMFN, oito (12,9%) pacientes tinham história de etilismo.

Além destes fatores de risco, o registro da presença de outras co-morbidades foi investigado, dando como resultado cinco (9,4%) prontuários com registro na UBS e 13 (21,0%) no PMFN. O número de prontuários sem registro ou sem história de outras co-morbidades associadas à hipertensão arterial foi de 48 (90,6%) e 49 (79,0%) para a UBS e o PMFN, respectivamente.

TABELA 21 – Comparação entre fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Fatores de risco	UBS				PMFN			
	Presente		Ausente/ Sem registro		Presente		Ausente/ Sem registro	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensão familiar	2	3.8	51	96.2	53	85.5	9	14.5
Obesidade	6	11.3	47	88.7	30	48.4	32	51.6
Dislipidemia	1	1.9	52	98.1	28	45.2	34	54.8
Diabetes	6	11.3	47	88.7	7	11.3	55	88.7
Tabagismo	0	0	53	100.0	12	19.4	50	80.6
Etilismo	2	3.8	51	96.2	8	12.9	54	87.1
Outras Co-morbidades	5	9.4	48	90.6	13	21.0	49	79.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

¹⁵ O PMFN possui a Ficha de Gerência do Hipertenso, com espaço próprio para a classificação da hipertensão e conseqüente maior facilidade na obtenção dos dados.

Quanto ao registro das lesões em órgãos-alvo, este foi insuficiente na UBS. A presença de cardiopatia e lesão vascular periférica foi registrada em apenas oito (15,1%) prontuários na UBS, enquanto no módulo do PMFN os números foram 35 (56,5%) para cardiopatia e 29 (54,7%) para lesão vascular periférica.

Na UBS, apenas seis (11,3%) prontuários tinham registro para retinopatia, nefropatia e doença cerebrovascular. Por sua vez, o módulo do PMFN apresentou freqüências de registro de 30 (48,4%) para retinopatia e doença cerebrovascular e 29 (46,8%) para nefropatia.

O sub-registro verificado na UBS sobre os fatores de risco (história familiar, obesidade, dislipidemia, diabetes, tabagismo e etilismo), a presença de co-morbidades e a existência de lesões em órgãos-alvo, em relação ao módulo do PMFN, pode ser explicado por esta modalidade não contar com um instrumento, como é a Ficha de Gerência do Hipertenso. Esta ficha, que contém espaço específico para o preenchimento destas informações, facilita o registro pelos médicos. Há, possivelmente, a ocorrência de sub-registro em variáveis, como por exemplo etilismo e tabagismo, na UBS.

Exames complementares

Observando a Tabela 22, é possível constatar que os registros da solicitação ou do resultado de exames complementares na investigação da hipertensão arterial em ambas as unidades de atenção básica, foram semelhantes. Nota-se uma discreta tendência da UBS a solicitar mais exames complementares que o módulo do PMFN.

TABELA 22 – Comparação dos exames complementares para investigação da hipertensão arterial na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Exames complementares	UBS				PMFN			
	Presente		Ausente/ Sem registro		Presente		Ausente/ Sem registro	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hormônios tireoidianos	17	32.1	36	67.9	10	16.1	42	83.9
Função renal	48	90.6	5	9.4	45	72.5	17	27.5
Fundoscopia	41	74.3	12	22.7	22	35.5	40	64.5
Glicemia	50	94.3	3	5.7	50	80.6	12	19.4
Perfil lipídico	50	94.3	3	5.7	49	79.0	13	21.0
EAS	50	94.3	3	5.7	48	77.4	14	22.6
ECG	42	79.2	11	20.8	36	58.0	26	42.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Terapêutica recomendada

Quanto à terapêutica, esta foi avaliada através da pesquisa do registro de orientação à dieta e exercícios, prescrição de medicamentos e fornecimento pela unidade dos medicamentos. Analisando-se a Tabela 23, observa-se que, na UBS, 51 (96,2%) prontuários apresentavam o registro de orientação à dieta, enquanto no módulo do PMFN 46 (74,2%) prontuários tinham registro.

TABELA 23 – Comparação da terapêutica recomendada na hipertensão arterial sistêmica na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Terapêutica recomendada	UBS				PMFN			
	Presente		Ausente/ Sem registro		Presente		Ausente/ Sem registro	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dieta	51	96.2	2	3.8	46	74.2	16	25.8
Exercícios	14	26.4	39	73.6	35	56.4	27	43.6
Medicamentos	53	100	0	0	57	92.0	5	8.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

A Tabela 23 mostra ainda que 14 (26,4%) eram orientados a praticarem exercícios como medida terapêutica para hipertensão arterial, enquanto no módulo do PMFN esse número foi de 35 (56,4%).

Quanto à prescrição de medicamentos, o registro em ambas as unidades básicas foi de 100%. Na UBS, todos tinham prescrição de alguma droga, enquanto que módulo do PMFN, cinco (8%) não faziam uso de qualquer medicamento para tratar a hipertensão.

Quantidade de medicamentos prescritos e a percepção da equipe e dos usuários

A Tabela 24 apresenta a quantidade de drogas utilizadas no tratamento da hipertensão. Observa-se que 11 (20,8%) pacientes utilizam apenas um tipo de droga na UBS, enquanto no módulo do PMFN este número sobe para 37 (64,9%). Na UBS, 25 (47,2%) utilizam duas e 17 (32,1%) utilizam três ou mais drogas. No módulo do PMFN o número cai para 18 pacientes (31,6%) com uso de duas drogas e apenas dois pacientes (3,5%) com uso de três ou mais.

TABELA 24 – Comparação entre quantidade de drogas no tratamento da hipertensão arterial na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Quantidade de drogas	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Mais de 3	17	32.1	2	3.5
2	25	47.2	18	31.6
1	11	20.8	37	64.9
Total de Registros	53	100	57(*)	100

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

(*) 57 porque 5 não fazem uso de medicamento.

Fornecimento gratuito dos medicamentos

O fornecimento gratuito de medicamentos é demonstrado na Tabela 25, na qual constata-se a gratuidade do fornecimento de medicamentos para 43 (81,1%) usuários da UBS de Santa Bárbara e 50 (87,7%) do módulo do PMFN de Jurujuba. Não havia

registro desta prática em 10 (18,9%) prontuários da UBS e em sete (12,3%) do módulo do PMFN.

TABELA 25 – Comparação entre fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos pelas unidades de saúde na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Fornecimento de medicamentos	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Sim	43	81.1	50	87.7
Não	0	0	0	0
Sem registro	10	18.9	7	12.3
Total	53	100.0	57(*)	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

(*) 57 porque 5 não fazem uso de medicamentos.

Apesar de a proposta de ambas as modalidades de atenção básica ser de fornecer os medicamentos anti-hipertensivos integralmente, existe queixa, tanto da parte dos usuários quanto dos médicos, da descontinuidade do fornecimento destes medicamentos.

Procedimentos de promoção de saúde em nível grupal

Quanto aos procedimentos de educação e promoção em saúde, a participação em grupos de hipertensos é representada na Tabela 26. Verifica-se que, na UBS, apesar de existir um grupo de hipertensos que se reúne regularmente (periodicidade semanal) apenas oito (15,1%) pacientes participam, 23 (43,4%) não participam e 22 (41,5%) não têm qualquer registro em seu prontuário sobre este item. Os módulos de PMFN selecionados não têm grupo de hipertensos com reuniões regulares. Dos 50 (80,6%) pacientes com registro deste item, apenas um (1,6%) fazia parte de grupo de hipertensos, o que pode ser justificado pelo relato da prática eventual das médicas dos módulos, de reunir alguns hipertensos para entrega do resultado dos exames, aproveitando esta oportunidade para fazer orientações ao grupo.

TABELA 26 – Comparação entre a participação em grupos de hipertensos na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Grupo de hipertensos	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Sim	8	15.1	1	1.6
Não	23	43.4	49	79.0
Sem registro	22	41.5	12	19.4
Total	53	100.0	62	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Ainda sobre os procedimentos de promoção de saúde, a Tabela 27 demonstra a participação em grupos dedicados a exercícios físicos ou outras atividades anti-estresse. Na UBS, dos 29 (54,7%) pacientes com registro, oito (15,1%) participam de algum grupo. No módulo do PMFN, dos 50 (80,6%) com registro, apenas um (1,6%) participa. As atividades são desenvolvidas em espaços públicos, sem vínculo com as modalidades de atenção básica.

TABELA 27 – Comparação entre participação em grupos de exercícios físicos e atividades anti-estresse na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Grupo de exercícios	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Sim	8	15.1	1	1.6
Não	21	39.6	49	79.0
Sem registro	24	45.3	12	19.4
Total	53	100.0	62	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Intercorrências e internações advindas de complicações da própria hipertensão

Quanto às intercorrências mais comuns da hipertensão arterial, foram encontrados apenas dois (3,2%) pacientes do módulo do PMFN com relato de A.V.E., entre os 54 (87,1%) prontuários com registro. Na UBS, não foi encontrado relato de A.V.E. ou I.A.M. nos prontuários analisados.

A Tabela 28 refere-se ao número de internações advindas de complicações da própria hipertensão ou de seus procedimentos terapêuticos. Esta informação tem índice elevado de registro de ambas as modalidades: (94,3 % na UBS e 95,2% do módulo no PMFN. Dentre os registros, foram observados um (1,9%) caso na UBS e dois (3,2%) no módulo do PMFN. O número pequeno de pacientes que necessitaram de internação no período, é ponto a favor do controle da doença por parte das equipes de saúde.

TABELA 28 – Comparação entre internações advindas de complicações da hipertensão arterial sistêmica na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Internação hospitalar	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Sim	1	1.9	2	3.2
Não	49	92.4	57	92.0
Sem registro	3	5.7	3	4.8
Total	53	100.0	62	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Controle dos índices metabólicos dos pacientes hipertensos

O controle dos índices metabólicos dos pacientes hipertensos foi avaliado através da pesquisa da glicemia, do perfil lipídico, do IMC/Peso e da PA (Tabela 29). Tanto na UBS quanto no módulo do PMFN, a glicemia foi pesquisada em 50 pacientes, não foi pesquisada ou não houve registro em três (5,7%) prontuários da UBS e em 12 (18,4%) do módulo do PMFN. O perfil lipídico foi pesquisado em 50 (94,3%) casos na UBS, e 49 (79,0%) no PMFN. Os registros do IMC/Peso e da PA foram feitos em 100% dos prontuários de ambas as modalidades.

TABELA 29 – Comparação entre as medidas de controle dos índices metabólicos no hipertenso da UBS de Santa Bárbara e do módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Controle Índices metabólicos	UBS				PMFN			
	Presente		Ausente/ Sem registro		Presente		Ausente/ Sem registro	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Glicemia	50	94.3	3	5.7	50	80.6	12	18.4
Perfil lipídico	50	94.3	3	5.7	49	79.0	13	21.0
IMC/Peso	52	98.1	1	1.9	59	95.2	3	4.8
PA	53	100	0	0	62	100.0	0	0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Encaminhamentos realizados

A resolutividade das modalidades de atenção básica foi aferida através do registro de encaminhamento a especialistas. Observando-se a Tabela 30, nota-se que, considerando-se apenas os prontuários com registro (92,5% da UBS e 96,8% do módulo do PMFN), a UBS encaminhou muito mais a especialistas, ao todo 33 (62,3%) pacientes, comparada ao PMFN, que encaminhou 20 pacientes (32,3%).

TABELA 30 – Comparação entre encaminhamento a outros especialistas na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Encaminhamento a outros especialistas	UBS		PMFN	
	Nº	%	Nº	%
Sim	33	62.3	20	32.3
Não	16	30.2	40	64.5
Sem registro	4	7.5	2	3.2
Total	53	100.0	62	100.0

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Referência e contra-referência

A Tabela 31 refere-se ao acompanhamento dos pacientes que foram consultados por especialistas. Na UBS, 31 (58,5%) prontuários tinham registro da referência feita pelo médico ao especialista e 28 (52,8%) tinham a contra-referência. No módulo do PMFN, 17 (27,4%) tinham registro de referência e apenas 11 (17,8%) de contra-referência.

TABELA 31 – Comparação entre os processos de referência e contra-referência dos pacientes encaminhados a especialistas na UBS de Santa Bárbara e no módulo do PMFN, Niterói/RJ, 2001

Acompanhamento	UBS				PMFN			
	Presente		Ausente/ Sem registro		Presente		Ausente/ Sem registro	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Referência	31	58.5	22	41.5	17	27.4	45	72.6
Contra-referência	28	52.8	25	47.2	11	17.8	51	82.2

Fonte: Elaborada pela autora, a partir da revisão de amostra de prontuários nas duas unidades.

Os processos de referência e contra-referência têm organização tradicional, comum aos dois modelos. Embora Niterói tenha instituído uma central de marcação de consultas, na estrutura da Fundação Municipal de Saúde (FMS), os pacientes são encaminhados a outros serviços mediante solicitações formais, em papel carimbado. No módulo do PMFN, o problema é que o sistema local de saúde não dá respostas com a agilidade que o Programa exige, os pacientes são encaminhados a outros serviços mediante contatos diretos, os profissionais enfrentam dificuldades, procurando resolver cada caso, que é negociado separadamente, por vezes, com a ajuda da supervisão.

Diferenciais observados na análise comparativa

Quanto aos registros nos prontuários, referentes à assistência às gestantes, o módulo do PMFN em Jurujuba reúne variáveis que o diferenciam da UBS de Santa Bárbara, como, por exemplo, número e tipo de procedimentos realizados bem como outras informações, conferindo-lhe situação mais positiva quanto ao processo de trabalho.

TABELA 32 – Diferenciais observados para variáveis do escore global do pré-natal

Variáveis	Unidade	Adequado		Total		X ² (p<0.05)
		Nº	%	Nº	%	
Captação no 1º trimestre	UBS	26	50,1	51	100	-
	PMFN	28	49,1	57	100	
Abandono do PN (não)	UBS	51	100	51	100	-
	PMFN	57	100	57	100	
Nº consultas médicas > 6	UBS	30	58,8	51	100	-
	PMFN	39	68,4	57	100	
Vacinação 3 doses, reforço ou imunizado	UBS	39	76,5	51	100	-
	PMFN	39	68,4	57	100	
Procedimentos (5 ou +)	UBS	13	25,5	51	100	(<.01)
	PMFN	34	59,6	57	100	
Informações (3 ou +)	UBE	24	47,1	51	100	(<.01)
	PMFN	43	75,4	57	100	

Fonte: Elaborado pela autora em setembro/2003.

Com relação aos registros sobre assistência aos hipertensos, as duas unidades assemelham-se nas seguintes situações: aferição da pressão arterial e medicamentos. Entre as situações diferentes registradas, o módulo do PMFN se destaca frente à UBS, nos seguintes aspectos: teste estatístico de que X² significativo para captação e encaminhamento a outros especialistas. Nesta última variável, vale ressaltar que o módulo do PMFN, ao encaminhar menos pacientes, parece apresentar melhor grau de resolutividade. Na variável exercícios, também se destaca esse módulo frente à UBS,

porém verifica-se certo equilíbrio frente à variável dieta, na qual se destaca a UBS, estatisticamente. A UBS apresenta destaque favorável em relação à variável participação em grupo de hipertensos.

TABELA 33 – Diferenciais observados para algumas variáveis das ações de controle da HA

Variáveis	Unidade	Adequado		Total		X ² (n<0.05)
		Nº	%	Nº	%	
Captação (busca ativa)	UBS	3	5,7	53	100	(<.01)
	PMFN	51	82,3	62	100	
Aferição da P.A. (Todas as consultas)	UBS	50	94,4	53	100	
	PMFN	62	100	62	100	
Dieta	UBS	51	96,3	53	100	(<.05)
	PMFN	46	74,2	62	100	
Exercícios	UBS	14	26,4	53	100	(<.05)
	PMFN	35	56,5	62	100	
Prescrição de medicamentos	UBS	43	81,1	53	100	
	PMFN	50	80,6	62	100	
Participação em grupo de hipertensos	UBS	8	15,1	53	100	(<.01)
	PMFN	1	1,6	62	100	
Encaminhamento a outros especialistas	UBS	33	62,3	53	100	(<.01)
	PMFN	20	3,2	62	100	

Fonte: Elaborado pela autora em setembro/2003.

Sistematizando as informações que foram apresentadas nas tabelas anteriores, como esforço comparativo entre as duas unidades, buscou-se estimar o grau de implementação dos programas de pré-natal e de controle da pressão arterial, a partir dos escores calculados.

Em relação às gestantes, utilizou-se o escore global, conforme Tabela 34, categorizado em quatro classificações.

A implementação dos programas de pré-natal e de controle de hipertensão arterial nas duas unidades estudadas realiza-se de acordo com diretrizes nacionais que indicam as responsabilidades e estratégias mínimas.

TABELA 34 – Grau de implementação do pré-natal

Classificação	UBS Santa Bárbara	PMFN Jurujuba
Adequado	9,8%	33,3%
Aceitável	62,7%	50,9%
Insatisfatório	23,5%	8,8%
Crítico	4%	7%

Fonte: Elaborado pela autora em setembro/2003.

Na Tabela 35, o grau de implementação considerou apenas as duas classificações *aceitável* e *adequado*, que foram somadas, acrescentando-se dados relacionados à cobertura. Calculou-se a cobertura real conforme especificado.

TABELA 35 - Grau de implementação do pré-natal

Grau de implementação aceitável ou adequado	UBS Santa Bárbara	PMFN Jurujuba
	72,5%	84,2%
Cobertura	38,3%	98,0%
Cobertura real	(0,725 x 0,383) 27,7%	(0,842 x 0,980) 82,5%

Fonte: Elaborado pela autora em setembro/2003.

Na Tabela 36, apresentam-se os dados referentes aos hipertensos, utilizando-se o escore de frequência simples. No programa de controle de hipertensão arterial, o escore de frequência simples calculado foi de 43,32% na UBS de Santa Bárbara e de 46,80% no PMFN de Jurujuba, indicando que a diferença de atendimento entre as duas unidades não se encontra no nível quantitativo. Aparentemente ambos são críticos. Comparando-

se em relação ao padrão adequado, as duas modalidades apresentam escores baixos, apesar de o PMFN apresentar melhor desempenho.

TABELA 36 - Grau de implementação do programa de controle da hipertensão arterial

Escore de frequência simples	UBS Santa Bárbara	PMFN Jurujuba
	43,3%	46,8%
Cobertura	(772 / 0,20 x 3970) 97,2% (*)	(688 / 0,20 x 3162) 107,5% (**)
Cobertura real	(0,433 x 0,972) 42,0%	(0,468 x 1,075) 50,3%

Fonte: Elaborado pela autora em setembro/2003.

(*) Pode estar superestimada pela impossibilidade de separar os hipertensos de outras áreas (calculados em 30% pelos gerentes); outro dado que reforça esta hipótese é a não realização de busca ativa e apenas metade dos inscritos terem ido à farmácia pegar medicamentos.

(**) Este número deve-se ao fato de o número de hipertensos cadastrados no módulo ser maior que o número de hipertensos estimado para esta área (20% da população).

5.3 PROCESSO DE TRABALHO

5.3.1 Acolhimento

Analisando-se os aspectos do **acolhimento**, vivenciados no processo de trabalho nas duas unidades selecionadas, observa-se que este conceito engloba as dimensões postura, técnica, reorientação de serviços e acesso.

No processo de busca de obtenção de assistência em saúde, foi possível identificar fatores que facilitam ou dificultam essa obtenção.

A UBS de Santa Bárbara, por estar bem localizada dentro do bairro, com facilidade de meios de transporte (ônibus e vans), pôde ser considerada como tendo **acessibilidade geográfica** adequada. No entanto, o **contato inicial dos usuários** com a

unidade, representado pela obtenção da consulta, foi insuficiente em muitos aspectos.

Tal como Starfield (2003:208) explica, com relação à expressão “porta de entrada”:

A idéia de uma ‘porta’ faz sentido. Primeiro a pessoa não conhece suficientemente os detalhes técnicos da atenção médica para avaliar de maneira informada a fonte e a época apropriadas para atenção a muitos de seus problemas (...). A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida, ou seja, adiada, incorrendo em gastos adicionais.

Observou-se sempre, pela manhã, na UBS, grande fila para marcação de consultas. Nesta unidade, cada especialidade médica agenda até quinze pacientes, sendo distribuídos 12 números, com três vagas para emergência. Até mesmo gestantes devem aguardar desistências quando o agendamento completa as quinze vagas. O processo de marcação ocorre apenas pela manhã, de terça a quinta-feira, limitando o acesso às pessoas que têm disponibilidade no horário de 8 horas ao meio-dia. Além disso, a captação é feita exclusivamente por demanda espontânea.

Acompanhando o processo de marcação de consultas na UBS, observou-se que a recepção é feita através de uma janela pequena, por funcionária que tem ordem para marcar apenas uma consulta por pessoa. Foi presenciada uma situação em que a mãe com criança de colo queria marcar consulta para sua filha e para si mesma, a resposta foi que teria de fazer uma escolha:

Ou uma ou outra. As duas não dá! Vai lá para o fim da fila e espera para ver se você consegue. Se não, volta outro dia. Ordens são ordens! (recepcionista da UBS).

Na rotina da UBS, os usuários participantes dos grupos de hipertensos têm garantidas as consultas mensais pré-agendadas, como forma de estímulo à participação grupal. Também as gestantes realizam seu agendamento mensal de consultas diretamente com a médica que as assiste.

Na UBS, o tempo de intervalo entre o agendamento e a consulta é de uma semana para hipertensos. As gestantes que fazem ali o teste de gravidez (TIG) são agendadas para 15 dias após para receber o resultado e ter a primeira consulta. As consultas de acompanhamento das gestantes têm intervalo mensal. Os casos urgentes são atendidos no mesmo dia.

No dia da consulta, a espera é feita na varanda da unidade, área relativamente ampla e arborizada, em bancos de alvenaria, apenas parte deles em local coberto. Nos dias de chuva, os usuários ficam restritos ao espaço coberto, pequeno para o contingente de pessoas na fila de espera.

O tempo de espera fica em torno de 60 minutos, justificado pela passagem pela pré-consulta. Durante a entrevista com os usuários, notou-se certa impaciência com este tempo. Os usuários que não comparecem à pré-consulta de enfermagem têm seu número repassado para outro que esteja aguardando pelo atendimento e que não tenha conseguido pegar um dos três números de emergência. Assim, este usuário irá para o final da fila de atendimento daquele dia (se houver vaga).

A **acessibilidade geográfica** do módulo do PMFN de Cascarejo abrange toda a área geográfica de Jurujuba, distribuindo-se sua ação por cinco setores, todos eles acessíveis à unidade. De acordo com as entrevistas com médicas de família, o ponto mais distante do módulo fica a cerca de 25 minutos a pé. Apesar das áreas de morros na região, não há registro de queixa por parte dos usuários entrevistados sobre este item.

O **contato inicial** do usuário do PMFN tem algumas vantagens sobre o modelo da UBS. A marcação de consultas não depende apenas da demanda espontânea dos usuários. A adscrição da população permite que cada médico conheça sua população, viabilizando a busca ativa. Sendo assim, as consultas são marcadas de acordo com a avaliação da equipe de trabalho (médica + auxiliar de enfermagem), caso a caso. Este processo de discriminação de riscos justifica a marcação de consultas, seja para o dia seguinte ou até para 15 a 20 dias. Gestantes e hipertensos graves são agendados para o horário mais breve possível.

O atendimento da demanda espontânea é representado quase que exclusivamente pelas emergências. A flexibilidade em conceder atendimentos fora do agendamento varia de acordo com a gravidade do estado do usuário, avaliado pela auxiliar de enfermagem e/ou pela própria médica. Na entrevista com as médicas do módulo, foi ressaltada a importância do atendimento dessas emergências como meio de captação dos grupo-alvo (crianças, hipertensos, diabéticos, crianças menores de um ano).

A estrutura física é um dos pontos críticos do módulo Cascarejo do PMFN. O módulo funciona no primeiro andar de um depósito de pescado/gelo desativado, em situação provisória que já dura nove anos. Na sala de espera cabe apenas um banco de madeira, a maioria dos usuários aguarda a consulta em pé, numa fila que segue pela

escada de cimento, estreita, que liga o térreo ao primeiro andar onde funciona o módulo.

No módulo do PMFN, o tempo de espera varia de acordo com a demanda espontânea. Os pacientes agendados têm prioridade, mas, conforme a gravidade das emergências, o tempo de espera se alarga. Este varia em média de 30 a 60 minutos.

Como **postura**, o acolhimento pressupõe uma atitude por parte dos profissionais de receber bem, escutar atentamente e tratar humanizadamente os usuários em suas demandas. Abrange ainda as relações intra-equipe e da equipe de saúde com o usuário. Enquanto técnica da escuta, cabe ao profissional ter o costume de ouvir os problemas do paciente, de orientar e informar, e resolver ou encaminhar adequadamente, ou seja, garantir resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário.

A maioria dos médicos e outros profissionais da equipe, nas duas modalidades de atenção, declara que procura sempre escutar o paciente em seus problemas, sejam eles relacionados à queixa principal ou a outras preocupações. Alguns profissionais da UBS relatam uma escuta voltada para o problema de saúde do paciente, na doença, não se sentindo responsáveis por outros problemas, mesmo que estes interfiram em seu estado de saúde.

Silva Júnior *et al.* (2003:122) alertam sobre a forma tradicional da anamnese médica, que busca objetivar no relato dos pacientes indícios ou evidências de lesões orgânicas, secundarizando informações subjetivas.

Ao analisar as respostas sobre o tempo de duração da consulta, percebe-se que os profissionais da UBS estão, de maneira geral, satisfeitos com o tempo oferecido a cada usuário, garantindo ser suficiente para resolver seus problemas. Por outro lado, no PMFN, mesmo com a duração da consulta, que é cerca de três vezes maior que na UBS (em média 30 minutos no PMFN e 10 minutos na UBS, para os hipertensos), as médicas relatam só ser possível escutar o paciente de forma adequada por terem o recurso da visita domiciliar, que garante melhor privacidade e maior tempo para conversarem. Na observação participante, constatou-se que as médicas do PMFN incorporaram a escuta como um instrumento de trabalho.

As consultas de pré-natal, por terem rotina relativamente estabelecida, duram em média 30 minutos em ambas as unidades.

Embora a UBS tenha uma estrutura física de consultórios mais compatível com situação de privacidade que o módulo do PMFN, os usuários da UBS alegaram não

haver muito espaço durante as consultas para falarem de outros problemas. Por sua vez, os usuários do PMFN relataram ter maior abertura durante as consultas e as visitas domiciliares para falarem de outros problemas que os afligem, nem sempre relacionados ao seu estado de saúde.

Quanto à orientação aos problemas apresentados, os médicos da UBS baseiam suas orientações na cura da doença, certificando-se de que o paciente entendeu a prescrição e vai segui-la. Já o modelo do PMFN permite que, embora os profissionais procurem a cura da doença, inserem-na numa esfera mais ampla, considerando o contexto de vida do paciente.

Na UBS, através da observação participante, pôde-se notar que o relacionamento de alguns profissionais, principalmente os médicos, com o resto da equipe (recepcionistas, auxiliares de enfermagem, nutricionistas e outros) é pontual e fragmentado. O tempo que este profissional passa na Unidade é empregado somente com o atendimento de pacientes e com prescrições de medicamentos. O desinteresse se estende ao próprio trabalho, que é descrito como mecânico e executado o mais rápido possível, sem compromisso mais efetivo com o serviço de saúde. O esforço de articular, de forma complementar, o trabalho de vários profissionais é praticada apenas por poucos. A justificativa de alguns é a desmotivação e a desvalorização do profissional frente a um salário ruim e péssimas condições de trabalho.

No módulo do PMFN em Cascarejo, a relação entre as médicas e as auxiliares de enfermagem, de cada uma das cinco equipes, é caracterizada como de parceria e cumplicidade. A auxiliar de enfermagem constrói, junto com a médica, as estratégias de atenção e atua no encaminhamento das emergências. É também o maior mediador entre as demandas da comunidade e o serviço. Há reciprocidade no respeito e na valorização de cada uma das profissionais, e este tipo de relação facilita o processo de trabalho em saúde naquela área.

O acolhimento enquanto **técnica** pressupõe a adoção de estratégias para interpretar as demandas e configurar o processo de trabalho nas unidades de saúde para atendê-las. Pressupõe investimento no trabalho em equipe, na capacitação dos profissionais e na aquisição de tecnologias a fim de solucionar os problemas dos pacientes de forma eficaz e humanizada.

Na UBS, embora exista insatisfação generalizada frente ao trabalho em geral e ao tipo de acolhimento, em particular, não se observam iniciativas de mudanças. É preciso reunir esforços para humanizar as relações entre os profissionais e os usuários, contemplar o processo de saúde-doença em outras dimensões que não apenas a

biológica, aperfeiçoar o trabalho em equipe e aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos problemas concretos vividos pelos usuários, entre outras situações detectadas no processo de trabalho¹⁶.

No módulo do PMFN, existe a adscrição da clientela, a divisão dos horários de atendimento entre ambulatório e trabalho de campo, a observação do usuário em seu contexto social, o estabelecimento de metas de cobertura, a captação ativa dos usuários, a marcação de consultas de acordo com a gravidade do problema, as reuniões semanais de capacitação dos profissionais, as interconsultas com a equipe de supervisão, todos esses procedimentos que vão reforçar a adoção do acolhimento como técnica, no modelo do PMFN.

Em relação ao acolhimento, falta a **reorientação de serviço** de saúde, com situações críticas em ambos os modelos, tais como restrita área física, quantidade e qualidade deficitárias da capacitação de recursos humanos, dificuldades na obtenção de apoio diagnóstico e de consultas especializadas e falta de medicamentos. Apesar de o PMFN contar com alguns atenuantes importantes para apoiar o processo de trabalho (pólos de capacitação e educação permanente e equipe de supervisão), o processo de acolhimento ainda encontra-se em fase inicial, mas está presente em vários depoimentos de profissionais e dos usuários.

A tabela 37 reúne, comparativamente, os resultados obtidos neste estudo sobre o acolhimento no processo de trabalho.

¹⁶ Vale registrar que, durante uma reunião, realizada após três meses de trabalho de pesquisa na UBS, houve solicitação da direção e dos membros do *staff* da UBS para que a UFF, através de seus professores e residentes do Instituto de Saúde da Comunidade, atuassem em conjunto na implantação de discussão sobre integralidade, visando capacitação de recursos humanos. Tal proposta encontra-se em estudo.

TABELA 37 – Processo de trabalho: acolhimento

	Acolhimento	UBS	PMFN
Acesso	Geográfico	+	+
	Organizacional	-	+
Postura	Escuta	-	+
	Atitude profissional-usuário	-	+
	Relação intra-equipe	+/-	+
Técnica	Trabalho em equipe	-	+
	Capacitação dos profissionais	-	+
	Aquisição de tecnologias, saberes e práticas	-	+
Reorientação de serviços	Projeto institucional	-	+
	Supervisão	+/-	+
	Processo de trabalho	-	+

Fonte: Elaborado pela autora em setembro/2003.

5.3.2 Vínculo/responsabilização

O conceito de vínculo é analisado sob suas três dimensões: **afetividade**, **continuidade** e **relação terapêutica**, conforme o marco teórico adotado.

A análise da **afetividade** partiu de respostas dadas a questões simples, do cotidiano da assistência, como o fato de o paciente saber o nome do médico que o atende e sentir-se confortável para falar com ele de seus problemas e preocupações, sendo complementada pela análise da continuidade dos encontros e a qualidade do conhecimento do outro.

Observou-se na UBS grande distância entre o profissional médico e o paciente. Na UBS de Santa Bárbara, o vínculo se fortalece nas relações dos usuários com as psicólogas, enfermeiras e nutricionista, que organizam grupos de apoio para os hipertensos e as gestantes.

No PMFN, exceto nos casos de emergência, os pacientes são atendidos sempre pelo médico do seu setor, que sabe seu nome, conhece sua família, sabe onde mora e investiga suas necessidades em outros níveis de vida, além das questões relativas à saúde.

A formação do relacionamento de confiança (vínculo/responsabilização), entre o profissional e o usuário contribui para a **continuidade**, representada pela marcação de consultas sempre com o mesmo profissional, redução do abandono e maior aderência ao tratamento, o que também faz parte da dimensão de **relação terapêutica** do vínculo/responsabilização. Esta relação terapêutica inclui a atenção ao exame físico, prescrição das orientações e condutas terapêuticas.

Starfield (2002:489), ao avaliar os aspectos da atenção primária que são fundamentais, mas não exclusivos a ela, indica cinco áreas que merecem investigação e, entre elas, a continuidade do pessoal e a comunicação profissional-paciente.

Nesta pesquisa observou-se que o vínculo se apresenta mais fortalecido naqueles casos em que os pacientes se consultam com o mesmo profissional ou membro da equipe no acompanhamento. Ou seja, verificou-se a importância da continuidade de pessoal para que o vínculo/responsabilização se estabeleça e se desenvolva.

A comunicação profissional-paciente corresponde ao teor e à qualidade da interação entre o paciente e o profissional, além daqueles aspectos que são exclusivos da manutenção do enfoque interpessoal da atenção básica. Na pesquisa realizada verificou-se que a comunicação entre os profissionais e os usuários se desenvolve de forma diferenciada nas duas unidades. Nas observações realizadas, constatou-se maior investimento na formação de vínculos nos médicos do PMFN.

A permanência do profissional médico e do auxiliar de enfermagem (equipe básica do PMFN) influencia na qualidade da confiança que garante o vínculo/responsabilização. Para Mascarenhas e Almeida (2001:100), a rotatividade apontada no PMFN poderia ser indicativo de dificuldades de adaptação dos médicos às atividades do Programa. Embora Cheibub (1997) tenha relatado rotatividade considerável no PMFN, no módulo do PMFN em Cascarejo observou-se maior permanência das cinco médicas do setor: três delas há nove anos, uma há cinco e outra há três anos no Programa. As auxiliares de enfermagem são moradoras da comunidade e trocam entre si informação sobre o seu cotidiano de trabalho, nos quatro setores mais próximos, já que o Setor 5, alojado numa das salas da Policlínica, encontra-se um pouco mais distanciado. Assim, a confiança nos profissionais permite que o próprio usuário se

torne mais participante, ativo no seu processo de recuperação de saúde e de prevenção de riscos.

Não há trabalhos com grupos de usuários no módulo do PMFN. As reuniões da equipe com a Associação de Moradores são agendadas sistematicamente, porém há constante ausência de membros representantes dos usuários, de acordo com as médicas entrevistadas:

A própria reunião do setor que é uma das nossas atividades, eles não comparecem. Vêm raramente... só pontualmente quando têm uma questão de muito interesse, aí eles vêm! Mas na maioria das vezes não, não comparecem (médica do módulo do PMFN).

A reunião de setor é de 2 em 2 meses, 3 em 3 meses. E por exemplo, a minha última não aconteceu. Eu convoquei, não veio ninguém. E não foi só no meu setor, acho que aconteceu com todos os setores, não veio ninguém (médica do módulo do PMFN).

Perde-se, assim, a oportunidade de avaliação e proposição, que fortaleceria o controle social e a discussão dos problemas vivenciados no atendimento. Há consenso entre as médicas de família entrevistadas de que o controle social não está bem entendido/vivenciado pela comunidade.

Na UBS a relação interpessoal é melhor estabelecida entre a médica da gineco-obstetrícia e as suas usuárias. Já no atendimento aos hipertensos, a relação interpessoal se faz de forma pontual, rotineira e imediata nas consultas médicas e nas pré-consultas.

Nas atividades grupais, com periodicidade semanal de encontros para hipertensos e gestantes, há oportunidade de vivências, a partir de técnicas grupais, e se observa a alegria dos usuários nessa participação, entretanto, apenas 10% dos hipertensos cadastrados participam de grupos.

Na Tabela 38, o vínculo/responsabilização encontra-se analisado de forma comparativa.

TABELA 38 – Processo de trabalho: vínculo/responsabilização

Vínculo/responsabilização		UBS	PMFN
Afetividade	Gosto pela profissão	+/-	+
	Interesse pela pessoa do paciente	+/-	+
	Vínculo profissional-paciente	+/-	+
Continuidade	Expectativas e percepções do paciente	-	+
	Aceitação e relacionamento de confiança	-	+
	Adesão ao tratamento	+/-	+
	Singularidade do paciente	-	+
Relação terapêutica	Eficácia do tratamento	+/-	+
	Paciente como sujeito no processo de tratamento	-	+
	Confiança profissional-paciente	-	+
	Atitude de cuidado	-	+
	Redução de abandono	-	+

Fonte: Elaborado pela autora em setembro/2003.

Pelos resultados apresentados, pode-se afirmar que há diferenças consideráveis nos processos de trabalho analisados, nas dimensões conceituais acolhimento e vínculo/responsabilização, entre profissionais de saúde e os usuários, nas duas unidades – UBS e módulo do PMFN. O processo de trabalho desenvolvido pelo PMFN apresenta-se com maior qualidade nas dimensões selecionadas.

5.3.3 Percepção dos usuários e profissionais sobre a qualidade da atenção

Na qualidade da atenção, procurou-se analisar aspectos correlacionados à estrutura e ao processo, referidos à conduta profissional e à relação profissional-paciente.

Têm-se, como atributos da **conduta profissional**, a qualificação técnica do profissional, os cuidados técnicos (adequação diagnóstica e terapêutica), sócio-ambientais e psicológicos, a coordenação e a continuidade do cuidado.

Na **relação profissional-paciente**, buscou-se avaliar a congruência de expectativas, a adaptação e a flexibilidade, o trato equitativo e a satisfação do usuário com o serviço.

Em termos de estrutura, como foi apresentado no item 5.1 deste estudo, observou-se como semelhantes a capacidade e os recursos disponíveis para a prestação de serviços de atenção básica nas duas unidades. Destacam-se as deficiências nas instalações físicas do módulo do PMFN, que dificultam o desempenho da equipe e o acolhimento do usuário. No entanto, a equipe busca contornar esta dificuldade através das visitas domiciliares e da continuidade da relação com os pacientes.

O que me deixa insatisfeita são as condições do local de trabalho. Trabalhar nesse ambiente não é adequado, nem para a equipe nem para o paciente, e isso cansa. O local é quente, não há privacidade, os ruídos de dentro e de fora da unidade não dão tranquilidade para atender o paciente (médica do PMFN).

Quanto a **conduta profissional**, existe flexibilidade por parte de ambas as unidades em conceder atendimento fora do agendamento, em casos de urgência. O modelo do PMFN responsabiliza o médico de família pela manutenção da saúde de cada membro de sua comunidade. Sendo assim, ele deve conhecer cada uma das pessoas sob seus cuidados, inclusive condições de moradia, profissão, local de trabalho e riscos a que está exposta no dia-a-dia, o que dá a ele maior condição na hora de reorganizar sua agenda para atender os pacientes não marcados. Este fato pode ser exemplificado na entrevista de uma das médicas de família, cuja população adscrita é composta basicamente por famílias de pescadores. Como os homens passam muitos dias no mar, ela faz a adequação de horário para viabilizar a consulta desses pacientes, inclusive usando o horário de trabalho de campo para as consultas, quando necessário.

No caso da UBS, a **relação profissional-paciente** é, muitas vezes, precariamente estabelecida. Os moradores que não conseguem marcar as consultas pela manhã e não obtêm número para atendimento de urgência ficam sem acesso ao cuidado em saúde através da rede básica, indo procurar assistência nos níveis secundários e terciários. A dificuldade de acesso ao atendimento na UBS, a inflexibilidade do horário e a descontinuidade da atenção médica aparecem como importantes problemas.

É importante ressaltar que o grupo de moradores que trabalha em horário integral, até 18h/19h, quando as unidades já estão fechadas, está sempre excluído do atendimento nas duas modalidades, pois se encerram todas as atividades às 17 horas nas duas unidades.

Ainda sobre a **conduta dos profissionais**, pôde-se observar que a articulação entre os profissionais da UBS nem sempre é satisfatória; ressalva-se a relação estabelecida com a ginecologista, as enfermeiras e psicólogas, que apresenta vínculo e continuidade. Durante um trabalho de avaliação em saúde, desenvolvido pelo Instituto de Saúde da Comunidade/UFF e realizado na UBS de Santa Bárbara, um caso de câncer ginecológico de uma paciente que perdeu o útero em cirurgia realizada no Instituto Nacional do Câncer (INCA) foi analisado enquanto evento-sentinela. Verificou-se que ela vinha sendo acompanhada na clínica médica da UBS por conta da hipertensão arterial e, durante os cinco anos de atendimento, em nenhum momento foi orientada ou encaminhada a realizar o exame preventivo de câncer ginecológico, realizado pelo Programa de Saúde da Mulher, dentro da Unidade.

Um outro ponto importante que influencia a **conduta profissional** é a qualificação técnica dos profissionais. A supervisão no módulo é considerada um importante instrumento de desenvolvimento dos profissionais e das equipes de saúde. Através das interconsultas, busca-se a reflexão conjunta, o controle do trabalho realizado e a introdução de estratégias inovadoras, na formação de sujeitos autônomos, éticos e críticos, para a construção de prática que resulte em bom atendimento. Procura-se, neste tipo de supervisão, desenvolver, ao mesmo tempo, atividades capacitadoras e capazes de resolver problemas em nível local.

A supervisão na UBS de Santa Bárbara não tem a função de capacitação de recursos humanos, tal como é assumida no módulo do PMFN. Restringe-se a um profissional sanitário que supervisiona um conjunto de UBS referenciadas, por áreas, à Policlínica Comunitária Carlos Antônio da Silva, no centro de Niterói.

No módulo do PMFN, a totalidade das médicas entrevistadas apresenta queixa em relação ao excesso de demanda, de atribuições, de responsabilidades e do que chamam de *burocracia*, referindo-se às tarefas gerenciais, administrativas e de preenchimento de formulários. Na consulta de um idoso hipertenso, por exemplo, elas devem preencher manualmente e com rigor muitos dados contidos no protocolo do paciente, no protocolo do hipertenso, no HIPERDIA¹⁷, no prontuário e no formulário do SIASUS. As médicas consideram que a sobrecarga de trabalho prejudica a assistência aos pacientes e chega a transgredir um dos pontos diferenciais do Programa, que é trabalhar com número menor de famílias por equipe (está previsto uma equipe para 250 a 300 famílias). No Setor 5 (Ponto Final), essa relação foi ultrapassada e segundo

¹⁷ Sistema criado pelo Ministério da Saúde para cadastramento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na rede ambulatorial do SUS.

depoimento profissional, já seria indicada a implantação de uma outra equipe básica em novo setor.

De modo geral, as médicas do PMFN estão satisfeitas com o atendimento prestado por elas à população. As deficiências mais apontadas, durante as entrevistas, pelas profissionais, encontram-se fora do âmbito da Unidade, na demora na realização e obtenção dos resultados dos exames e no encaminhamento e contra-referência de especialistas fora da equipe de supervisão.

Na UBS, os profissionais se dizem satisfeitos com o seu atendimento, mas também muito insatisfeitos com o atendimento da Unidade. Reclamam da insuficiência do espaço físico, da grande demanda, da falta de médicos e das dificuldades nos encaminhamentos a outros especialistas externos à unidade.

A qualidade no acolhimento e no estabelecimento de vínculo do PMFN pode ser corroborada nas manifestações de satisfação da clientela. Os usuários descrevem a implementação do PMFN em sua comunidade como *a melhor coisa que poderia ter acontecido*. Eles se sentem seguros por saberem que dispõem de uma equipe definida e responsável pelo cuidado de sua saúde e de sua família, o que fortalece a relação profissional-paciente.

Por outro lado, na UBS, onde os atendimentos são feitos por demanda espontânea e os médicos se sentem pouco responsáveis, ou sequer conhecem a população, o estabelecimento do vínculo fica bastante prejudicado. Os médicos falam sobre acolhimento como se fora uma entidade utópica, que dependesse de recursos além de suas práticas dentro da unidade:

Acho que esse tal de acolhimento é a maior enrolação (profissional da UBS).

A minha chefe diz que eu tenho que fazer acolhimento, mas não sei nem por onde começar! (médica da UBS).

É preciso salientar que, para existir um serviço com bom acolhimento, são necessários profissionais comprometidos, engajados e que usem os saberes clínicos e de saúde coletiva a serviço do usuário-paciente, recuperando a capacidade cuidadora em outras dimensões, superando críticas como estas abaixo:

O médico não me orienta, ele não viu meus exames. Ele se limitou a passar o remédio de pressão e me encaminhou para a nutricionista. Ela sim viu meus exames, conversou e me orientou (usuária da UBS).

A primeira vez que vim nele [médico], minha pressão era 20/11. Eu não sinto nada do que um hipertenso tem, nem dor de cabeça, nem tonteira,

mas quando tomei o remédio, fiquei horrível. Então parei de tomar o remédio porque passei mal. Marquei uma outra consulta, um mês depois. Sabe o que ele me disse? 'Você já não está medicada? Você nem precisava de marcar consulta. Era só ir na farmácia e pedir para trocar o remédio. Aqui só tem 2 ou 3 qualidades de remédio'. E me mandou pegar os remédios, nem me examinou. Ele mesmo não se preocupa. A gente vai perdendo a confiabilidade no médico, não te dão a atenção adequada, devida. O médico disse que para trocar o remédio era só ir direto lá na farmácia, não precisava passar por ele. Não é um absurdo? (usuária da UBS).

As condutas clínicas são padronizadas por normas utilizadas em ambas as modalidades. Há um investimento maior no PMFN de capacitação e educação permanente, contribuindo para maior adequação do diagnóstico e da terapêutica.

A supervisão no PMFN assume também um importante papel, ao permitir, através de interconsultas, o uso de conhecimento especializado na solução de problemas que extrapolam o conhecimento do médico de família. Há, porém, dificuldades de referência para algumas especialidades e exames, tanto para a UBS quanto para o PMFN.

Os problemas apresentados, buscamos solução e encaminhamos. Às vezes demora o encaminhar e referência, quando você precisa de um especialista, às vezes nós temos uma certa demora para conseguir isso. Oftalmologia sempre é um exame que demora, uma especialidade que demora. Mas no geral, quando precisamos de exames mais sofisticados, parecer de especialistas é que tem uma demora (médica do PMFN).

As médicas de família entrevistadas afirmam estarem satisfeitas com a parte técnica dos serviços de saúde que oferecem, porque conseguem atingir as propostas de trabalho do Programa. Porém, ressaltam as péssimas condições do local de trabalho, de acordo com os seguintes depoimentos:

Eu estou satisfeita com o atendimento, mas não muito. Há uma incapacidade de fazer um atendimento com uma qualidade melhor, não digo técnica, mas em um ambiente tranqüilo, com tempo, condições melhores para exame, e referência mais rápida (médica do PMFN).

Quanto à satisfação dos usuários, a atitude daqueles que freqüentam a UBS é de certa passividade e conformismo:

Eu estou satisfeito. Até agora não tive problema, é só chegar às cinco horas da manhã, que consegue marcar a consulta (usuário da UBS).

Satisfeito. Não adianta pedir o céu aqui, porque o céu não vai vir (usuário da UBS).

Olha, eu estou satisfeito. A gente precisa de remédio, eles dão Só não dão quando não tem (usuário da UBS).

Estes usuários reclamam muito da falta de remédio no posto, mas quase não se referem à falta de médicos, às condições físicas do posto, ou ao atendimento em si. Os usuários do PMFN são mais questionadores, além das queixas da falta dos remédios, discutem e buscam soluções para seus problemas junto à equipe de saúde. Procuram saber do resultado dos seus exames e cobram da equipe quando há demora excessiva dos exames; reivindicam ainda um novo espaço físico para o módulo.

A percepção dos usuários e dos profissionais sobre a qualidade da atenção prestada nas duas unidades pode ser comparativamente analisada na Tabela 39.

TABELA 39 – Processo de trabalho: percepção sobre a qualidade da atenção

Percepção sobre a qualidade da atenção		UBS		PMFN	
		P	U	P	U
Conduta profissional	Qualificação técnica	+/-	-	+	+
	Cuidados técnicos/ sócio-ambientais	-	-	+/-	+/-
	Continuidade do cuidado	-	-	+/-	+/-
	Satisfação	+/-	-	+	+
Relação profissional-paciente	Expectativas	-	-	+	+
	Adaptação/ flexibilidade	+/-	+/-	+	+
	Satisfação	+/-	-	+	+

Fonte: Elaborado pela autora em setembro/2003.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A proposta de reordenação da atenção básica e do modelo assistencial a partir de abordagem de medicina familiar, tem diferentes leituras, como apontam Franco e Merhy (2000). Os autores a reconhecem como potente para introduzir mudanças no processo de trabalho, desde que sejam desenvolvidas abordagens de escuta e de estabelecimento de vínculo/responsabilização. Para tal, torna-se necessário conseguir redimensionar a forma de produzir o cuidado em saúde e os diversos modos de agir dos profissionais em relação a si e aos usuários.

Silva Júnior (1998:124) também reconhece o valor do médico de família como mais uma opção de atenção à população, articulada à rede como um todo, garantindo referência aos níveis tecnológicos mais densos e ação de especialidades. Porém, alerta que a proposta de abordagem da medicina familiar pode tender para outras variações, dependendo da qualidade da atenção em saúde, em especial do processo de trabalho. Favoreto (2001:98) ressalta que, apesar de haver um molde gerencial e operacional para o PSF (normatizado nacionalmente pelo Ministério da Saúde), ocorrem variações nos diversos componentes e nas formas de implantação local do Programa.

Em sua origem, as unidades prestadoras da ABS deveriam caracterizar-se como uma acolhedora *porta de entrada* para os usuários do sistema de saúde, inclusive garantindo-lhes e acompanhando, quando necessário, a continuidade de cuidados assistenciais em outros níveis de atenção (referência e contra-referência).

Houve, historicamente, porém, um desvio no papel da UBS, adotou-se, após sua implantação, uma assistência médica mais assemelhada àquela praticada no âmbito do antigo INAMPS. Esse desvio permitiu que apenas os profissionais mais acessíveis por natureza, desenvolvessem postura e prática de acolhimento, vínculo e continuidade. Mas no PMFN as diretrizes de funcionamento conformam uma nova prática que valoriza essa postura profissional. O processo de trabalho e a supervisão comprometida têm a capacidade de reverter estas práticas, embora não possa se desvincular esta proposta de adequada política de recursos humanos, em nível mais amplo.

Como principais conclusões deste estudo, que comparou as modalidades de Atenção Básica à Saúde no município de Niterói (Médico de Família e Unidade Básica

de Saúde), observou-se que o grau de implementação do programa de pré-natal e algumas dimensões de controle da hipertensão arterial foram mais adequadas no modelo de Médico de Família que na Unidade Básica de Saúde.

Houve também melhor desempenho do módulo do PMFN de Jurujuba em relação à UBS de Santa Bárbara em termos de acolhimento e vínculo e responsabilização.

Embora os estudos de caso não permitam estabelecer relações de causa – efeito entre os dois modelos assistenciais, os diferenciais observados fortalecem o pressuposto das relações entre processos de trabalho e qualidade da Atenção Básica em Saúde. Tal afirmação é corroborada pela percepção levantada dos profissionais e usuários das modalidades analisadas.

Os conceitos utilizados de acolhimento, vínculo e responsabilização foram ferramentas importantes na percepção das diferenças de processo de trabalho, pois expõem características que, quando não desenvolvidas, tornam a atenção por médico de família semelhante às práticas hegemônicas, empobrecendo-a, conforme criticado por Franco e Merhy (2000). O esforço de se caracterizar a operacionalização destes conceitos é útil para instrumentalização do processo de revisão das práticas assistenciais em outras modalidades de atenção. Acredita-se que essa diferença não seja exclusividade da atenção baseada na medicina familiar, mas nela encontra respaldo e diretrizes de operação.

Esse tipo de estudo enfrenta dificuldade devido à fase atual do processo de informatização e/ou a sua não-disponibilidade, o que obriga a processamento manual exaustivo. Os prontuários dos pacientes apresentaram-se às vezes incompletos, ilegíveis ou mesmo sem padronização de formulários na Unidade Básica de Saúde, prejudicando assim a análise das informações. Registra-se, também, precariedade maior nos registros de prontuários dos pacientes hipertensos do que em relação aos das gestantes. Buscou-se atenuar essa lacuna com a realização de entrevistas e depoimentos gravados de profissionais de saúde e usuários. Essa dificuldade é relatada por Vuori (1991) e Scochi (1996), porém esses autores ressaltam a importância dessas fontes.

Entre os principais entraves encontrados na implementação do PMFN, levantados pela própria equipe técnica e confirmados nesta pesquisa, são enfatizados: dificuldades no reordenamento do fluxo de usuários através de sistema de referência e contra-referência, com limitações no acesso dos usuários a outros níveis de complexidade; falta de cultura de trabalho participativo em grupo por parte dos profissionais da equipe, usuários e Associação de Moradores; dificuldades em romper

com o corporativismo das categorias profissionais; relação tensa entre as Associações de Moradores (empregador e usuário) e os profissionais de saúde (empregados e profissional de referência), por vezes conflitiva face ao papel fiscalizador assumido pela primeira e seu poder de ameaça sobre o pagamento e demissão dos profissionais; diferenças salariais importantes entre os profissionais contratados pelo PMFN e os demais profissionais da rede, o que muitas vezes exacerba tensões no sistema; os processos de avaliação e de controle ainda são incipientes; caráter complementar (não substitutivo) do Programa, visto que não ter sido planejado para cobrir toda a população. O PMFN foi implantado através de estrutura paralela à rede de saúde do município e em comunidades mais carentes.

Grande peso da efetividade no módulo do PMFN em Cascarejo é atribuído à permanência das médicas no Programa. Esse dado difere do que relatou Cheibub (1997) em outros módulos do programa, que indicam o curto tempo de permanência dos profissionais médicos no PMFN, muitas vezes por problemas na relação com a Associação ou não adaptação às regras e normas do Programa. Tal condição tem levado à alta rotatividade dos profissionais e, conseqüentemente, afetado o vínculo com a população e os resultados do Programa.

Verificou-se que o PMFN propõe algumas inovações no modelo de gestão. Pode-se observar nesse estudo o processo de trabalho como diferencial, o que introduz um modelo de assistência com maior humanização na relação entre usuário e profissionais. Destaca-se ainda a concepção de equipe multiprofissional, em que a supervisão é importante meio de desenvolvimento dos profissionais e das equipes de saúde, compondo o dia-a-dia dos serviços.

Nas duas modalidades de atenção, destacam-se dificuldades de articulação entre as equipes de profissionais que prejudicam a integralidade na oferta de serviços. No módulo do PMFN em Cascarejo, há possibilidade de oferecer assistência à saúde em nível primário talvez mais efetiva para a demanda, que pode ser resolvida nesse nível, e possivelmente de forma mais humanizada; entretanto, perde-se capacidade resolutiva frente aos problemas prevalentes na região urbana, como hipertensão arterial, diabetes e outros, que dependem de níveis de maior densidade tecnológica para melhor diagnóstico, tratamento e controle. Constatou-se, nas duas modalidades de atenção (módulo do PMFN em Cascarejo e UBS de Santa Bárbara), que existe ainda um estrangulamento da atenção com grandes filas de espera, seja para exames complementares, seja para atendimento especializado nos níveis secundário e terciário de atenção.

Recomenda-se, a partir desse estudo: estimular o funcionamento das unidades em horários mais favoráveis ao acesso dos trabalhadores; fortalecer mecanismos de integração da rede municipal dos serviços de saúde; ampliar as atividades da supervisão, com seu potencial capacitador de recursos humanos; difundir atividades de supervisão, em seu potencial capacitador de recursos humanos; fortalecer estratégias de acolhimento que possam propiciar a redução de barreiras a seu acesso, contribuindo para efetivação de *portas de entrada*, como serviço de primeiro contato regular; estimular atividades em grupo como forma de fortalecimento de vínculo, intercâmbio de experiências, desenvolvimento de atividades educativas, de prevenção de riscos, socialização, engajamento e reivindicações populares, participação no controle social; estimular a atuação intersetorial das equipes das unidades, articulando solução de problemas e recursos do setor público e da sociedade; desenvolver o processo de capacitação permanente de recursos humanos para todos os profissionais da rede, superando a fragmentação programática de saberes e aprofundando a humanização do atendimento; e produzir e difundir metodologias e dinâmicas facilitadoras do trabalho em equipe. Algumas das recomendações e problemas detectados aqui foram apontados pela avaliação realizada pelo NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ, na pesquisa *Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados através de dez estudos de caso*, publicada pelo Ministério da Saúde (MS, 2002).

No âmbito da formação e capacitação de recursos humanos em saúde, o presente estudo avaliativo recomenda ainda: rever formulários e rotinas de registros da atenção básica em saúde, para diminuir a burocracia e obter melhoria da qualidade do registro; expor e discutir os resultados deste estudo com os profissionais atuantes nas duas unidades, como estratégia de reflexão conjunta e construção de propostas de trabalho, articulando objetivos de qualidade na assistência e no ensino em saúde; e desenvolver e avaliar as propostas elaboradas com as duas unidades através de atividades docente-assistenciais do Departamento de Planejamento em Saúde, do Instituto de Saúde da Comunidade do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense, no qual a autora desenvolve, como docente, atividades de ensino, pesquisa e extensão.

7. BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, Dayse S., *A saúde da família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?* 1998. 163 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. (mimeo).

ALMEIDA, Marcio José. Educação permanente. *Olho Mágico*. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina, ano 5, n. especial, p.41-42, 1999.

ALONSO, Silvia Leonor. *A escuta psicanalítica*. São Paulo: Livraria Pulsional, 1988.

ALVES, Márcia Guimarães de Mello. *A voz do hipertenso: representações sociais da hipertensão arterial: estudo de caso em Jurujuba*. 1997. 180 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ANAES. Agência Nacional de Avaliação e Acreditação da França. 1996. Disponível em <www.anaes.fr>

ARRUDA, Paulo Vaz. Relação médico-paciente: o ponto de vista do psiquiatra. In: MARCONDES, GONÇALVES, Ernesto Lima (Org). *Educação médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

BOWLBY, John. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 225 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica. In: *Manual do gestor: construindo o SUS no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: COSEMS-RJ. 1996. 150 p. SUS/1996.

_____. Ministério da Saúde. *Manual do sistema de informação da atenção básica*. Brasília: MS, 1998. 96 p.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1998. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva, Fundação Nacional de Saúde, 1999. (mimeo).

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 832/GM*. Aperfeiçoamento do processo de avaliação da Atenção Básica. 28/06/1999. Brasília: MS, 1999-a.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação participativa da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Serviços de Saúde. Coordenação de Atenção Básica, 1999-b. (mimeo).

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF*. Brasília: MS, 2000. 65 p.

_____. Ministério da Saúde. Brasil e grandes regiões. In: *Perfil dos médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família – PSF*. Brasília: MS, 2000. v. I.

_____. Ministério da Saúde. Região norte. In: *Perfil dos médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família. – PSF*. Brasília: MS, 2000. v. II.

_____. Ministério da Saúde. Região nordeste. In: *Perfil dos médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família. – PSF*. Brasília: MS, 2000. v. III.

_____. Ministério da Saúde. Região sudeste. In: *Perfil dos médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família. – PSF*. Brasília: MS, 2000. v. IV.

_____. Ministério da Saúde. Região sul. In: *Perfil dos médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família. – PSF*. Brasília: MS, 2000. v. V.

_____. Ministério da Saúde. Região centro oeste. In: *Perfil dos médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família. – PSF*. Brasília: MS, 2000. v. VI.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Elaborado por Sarah Escorel (Coord.). Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2002. 228 p.

_____. Ministério da Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial ao Diabetes Mellitus (Portaria nº 371/GM, 04/03/2002)*. Disponível em: <<http://dtr2003.saude.gov.br/hipertensao/>>. Acesso em: ago. 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de humanização do pré-natal e nascimento: avaliação da assistência pré-natal*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/mulher/human/operacional.htm>>. Acesso em: ago. 2002.

_____. Ministério de Saúde. *Análise de reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades: padrões de custos e formas de financiamento*. Brasília: MS, 2002. 98 p.

_____. Ministério da Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial ao Diabetes Mellitus (Portaria nº 371/GM, 04/03/2002)*. Disponível em: <<http://dtr2003.saude.gov.br/Hipertensao/>>. Acesso em: ago. 2002.

_____. Ministério da Saúde. *III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial*. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Hipertensão>>. Acesso em: 2002.

CAMPOS, Francisco Eduardo. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. 1988. 265 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Análise crítica das contribuições da saúde Coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sônia. *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P. 113-124.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza e CARVALHO, Sérgio Resende. *Reforma dos modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/Minas Gerais*. 1999. p. 1-16 .

CARVALHO, A. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P. 93-112.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. 333 p.

CHEIBUB, Zairo Borges. *Algumas observações preliminares sobre o Programa Médico de Família*. Niterói: Universidade Federal Fluminense. Departamento de Ciência Política, 1997. (mimeo).

COHEN, Mirian Miranda. *O modelo assistencial no SUS Niterói: conflito e pactuação política no processo de integração do Programa Médico de Família*. 2000. 300 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre e CHAMPAGNE, François. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.

_____. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

COSENDEY, Marly Aparecida; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BERMUDEZ, Jorge. Validação de uma ferramenta para avaliar a qualidade de serviços farmacêuticos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 395-406, mar./abr. 2003.

DONABEDIAN, A. *La calidad de la atención médica: definición e método de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

_____. Veinte anos de investigación en torno de la calidad de la atención médica 1964-1984. *Salud Pública do Mexico*, v. 8, n. 3, p. 243-265, 1988.

SCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. *Programa de Saúde da Família no Brasil: do discurso e das práticas*. 2002. 122 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

FEINSTEIN A. R. *Quality of care evaluation*. Clinical Epidemiology. Toronto: Saunders Company, 1985.

FEKETE, Maria Christina. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: *Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário*. GERUS. Ministério da Saúde/FNS/OPA, 1995. p. 177-184.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; ALMEIDA, Marcio; LLANOS, Manuel. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999. 183 p. Tomo 1. Um olhar analítico.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)*. São Paulo: [S.l.: s.n.], 1998.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. *Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde. On-Line - Tribuna livre. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 2000.

_____. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, jan./abr., 2002.

GIOVANELLA, Lígia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; CARVALHO, Antonio Ivo; CONILL, Eleonor Minho; CUNHA, Elenice Machado. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr., 2002.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 131 p.

_____. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.4, n. 2, p. 341-354, 1999.

_____. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 21, p.29-35, 2000.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; LEAL, Maria do Carmo. Uso de traçadores para avaliação de qualidade da assistência à criança: o controle da doença diarreica e das infecções respiratórias agudas em dois centros de saúde. *Revista do IMIP*, Recife, v. 9, n. 2, p. 35-45, 1995.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre e CHAMPAGNE, François. *Uso de traçadores para avaliação de qualidade da assistência à criança: o controle da doença diarreica e das infecções respiratórias agudas em dois Centros de Saúde*. Rio de Janeiro: Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eranildo; FRIAS, Paulo Germano. A sala de situações na unidade de saúde da família: o sistema de informações de atenção básica (siab) como instrumento para o planejamento estratégico local. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 236-244, maio/ago. 2002.

KESSNER, D.M.; KALK, Carolyn E.; SINGER, James. Evaluación de la calidade de la salud por el metodo de los trazadores. In: OPAS. *Investigaciones sobre servicios de la Salud*. OPAS, 1992. p. 555-563.

KLOETZEL, Kurt; BERTONI, Anete Machado; IROZAQUI, Maristela Costa; CAMPOS, Valdaci Padão Garcia; SANTOS, Rosane Nunes. Controle de qualidade em atenção primária à saúde: satisfação do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul./set. 1998.

L'ABBATE, Solange. Comunicação e Educação: uma prática de saúde. In: MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.267-292.

LATUFO, Paulo Andrade; LOLIO, Cecília Amaro de. *Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil*. *Cardiologia*, SOCESP, p. 327-331, 1996.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; RATTO, Katia Maria Netto; Cunha, Cynthia Braga. *Assistência pré-natal e sua relação com os resultados adversos nos recém-nascidos: proposta de um escore*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003. No prelo.

LEITÃO, Luzeni Regina Gomes. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-49, jun. 1995.

MALTA, Deborah; FERREIRA, Leila Maria; REIS, Afonso Teixeira dos; MERHY, Emerson Elias. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. *Saúde em Debate XXIV*. vol. 24, n.56, set./dez., 2000.

_____. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, César Rodrigues; MALTA, Deborah Carvalho; REIS, Afonso Teixeira; SANTO, Alaneir de Fatima; MERHY, Emerson Elias (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. P. 121-159.

_____. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 – 1996*. Tese (Doutorado) - UNICAMP, Campinas, SP.

MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado; ALMEIDA, Célia. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 82-102, jan./abr. 2002.

MATTOS, Ruben Araújo de; PINHEIRO, Roseni (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. 180 p.

MATTOS, Ruben Araújo de. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 77-108, 2002.

MCKEOWN, T. *The role of medicine: dreams, mirage or nemesis*. London: The Nuffiel Provincial Hospital Trust, 1976.

MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana; CARVALHO, André Luís B., 2000. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 21, p. 15-28, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça, 1994. Integralidade. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

_____. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 144 p. Tomo I.

_____. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 176 p. Tomo II.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho*. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

_____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. Tese (Doutoramento na área de Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T. *et al.* (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, Luís Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P. 125-142.

_____. *A saúde pública como política: Um estudo de formuladores de política*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

NEMES, Maria Inês Baptistellla. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima, NEMES, Maria Inês Baptistellla; MENDES-GONÇALVES (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. P. 48-65.

O'DWYER, Gilson Cantarino e MARINS, João José Neves. *A construção do Sistema de Saúde em Niterói, RJ*. Rede IDA BRASIL. Subrede SILOS. Niterói - UFF, FMS Niterói. 1993 (Mimeo).

OLIVEIRA, Cátia Gomes de. Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1992. 36 p. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n. 20.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Integración de la Atención de Salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra: OMS, 1996. *Serie de Informes Técnicos*, n. 861.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária e modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zelia (Org.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1976.

PEARCE, N. Classe social e câncer. In: BARATA, R. Barradas *et al.* (Org.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997. p. 121-136.

PEDUZZI, Marina; PALMA, José João Lanceiro. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 234-250.

PESQUISA NACIONAL EM DEMOGRAFIA E SAÚDE (PNDS). Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1996.

PICHON-REVIÈRE, E. *Teoria do vínculo*. São Paulo: Hucitec, 1982.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. *Atenção Primária à Saúde: a proposta de atuação do Município de Niterói*. Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, 1979. (Mimeo).

_____. *Implantação do Médico de Família em Niterói: relato de Experiência*. Fundação Municipal de Saúde. Programa Médico de Família, 1997. (Mimeo).

_____. *Relatório de gestão módulo "Mário Muñoz Monroe"*. Fundação Municipal de Saúde. Programa Médico de Família, 2000. 6 p. (Mimeo).

_____. *Relatório da Unidade Básica de Saúde de Santa Bárbara*. Fundação Municipal de Saúde, 2001.

PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA. *Relatório Prefeitura Municipal de Niterói*. Niterói, RJ: Fundação Municipal de Saúde/PMF, 1992.

_____. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. *Desenvolvimento de um plano de trabalho*. Niterói, RJ: Fundação Municipal de Saúde de Niterói/PMF, 1998.

_____. *Relatório Prefeitura Municipal de Niterói*. Niterói, RJ: Fundação Municipal de Saúde de Niterói/PMF, 1999.

_____. *Relatório Prefeitura Municipal de Niterói*. Niterói, RJ: Fundação Municipal de Saúde de Niterói/PMF, 2000.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1998.

RIOS, Terezinha Azerêdo. *Ética e competência*. São Paulo: Cortez, 1993.

ROJAS, Marta. *El medico de la familia en la sierra maestra*. Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 1986.

SALA, Arnaldo. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Lima (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SALA, Arnaldo; COHEN, Diane; DALMASO, Ana; LIMA, Ângela; TEIXEIRA, Ricardo. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. *Revista Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 463-71, 1993.

SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Inês Baptistella; COHEN, Diane Dede. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 741-751, out./dez. 1998.

SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Inês Baptistella; ELUF NETO, José. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. *Revista de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 161-7, 1996.

SANTI, Valmir de. *Avaliação do Programa de Saúde da Família na zona rural do município de Castro, PR*. 2000. 125 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.). *Programação em saúde hoje: a força do debate*. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, n.12, p. 45-50, jul. 1996.

SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Inês Baptistella. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. *Cadernos FUNDAP*. São Paulo: FUNDAP, n. 19, p. 106-121, jan./abr. 1996.

SCHWARTZ, M. e SCHWARTZ, C. G. Problems in problems in participant observation American. *Journal of Sociology*, v. 60, p. 343-353, jan. 1955.

SCOCHI, Maria José. Indicadores de qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, v. 10, n. 3, p. 356-367, 1994..

_____. *Municipalização e Avaliação de qualidade dos serviços de saúde: uma análise localizada*. 1996. 150 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SENNA, Mônica Castro Maia. *Municipalização e Controle Social: o Programa Médico de Família em Niterói (1992-1994)*. 1995. 127 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

SERAPION, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 87-92, set./dez. 1999.

SIBLEY J. C.; SPITZER, W. O.; RUDNICK, K. V.; BELL, D.; BETHUNE, R.; SACKETT, D. L.; WRIGHT, K. Quality-of-care appraisal in primary care: a quantitative method. *Annual of Internal Medicine*, v. 83, n. 1, p. 85-98, 1975.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes. *Modelos tecnoassistencias em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

_____. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA, Pedro Ribeiro (Coord.). *Curso de Especialização Autogestão em Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p. 81-107.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; MERHY, Emerson Elias e CARVALHO, Luís Cláudio de. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: MATTOS, Ruben Araújo e PINHEIRO, Roseni (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO, 2003.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes e OLIVEIRA, Gilson Saippa. *Participação popular e controle social no setor saúde: Niterói, RJ (1972 a 1992)*. [S.l.: s.n.], 1994.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; PIRES, Armando Cypriano; MARINS, João José Neves; TOMASSINI, Hugo Coelho Barbosa. As experiências de articulação Universidade-Serviço-Sociedade em Niterói, RJ. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 12, p. 51-55, jul. 1996.

SILVA, Maria Angélica Duarte. *O Programa Médico de Família como estratégia de um novo Modelo Assistencial: a experiência do município de Niterói/RJ*. 1998. 110 p. Monografia (Especialização em Serviço Social e Saúde) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

SILVEIRA, Denise Silva; SANTOS, Iná Silva; COSTA, Juvenal Soares Dias. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2001.

SILVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação de serviços de saúde. In: GALLO, E; RIVERA, E. J. U. e MACHADO, M. H. (Org.). *Planejamento criativo: novos desafios em política de saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SMITH, R. C.; HOPE, R. B. *A história do paciente: integrando a aproximação centrada no médico e no paciente, durante a entrevista*. EUA. [S.l.: s.n.], 1991.

SOUZA, Heloiza Machado. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família: PSF avanços e desafios*. Ministério da Saúde. Ano II, n. 6, p. 10-15, 2002.

STARFIELD, Barbara. *As ferramentas de avaliação de sistemas de atenção primária à saúde*. Baltimore: Escola de Higiene e Saúde Pública, 1998. (mimeo).

_____. Medicion de los logros de la atencion primária. In: OPAS. *Investigacion sobre servicios de salud*, 1992. p. 761-765.

_____. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto de regionalização da assistência à saúde no SUS. Oficina de trabalho “Perspectivas das políticas públicas na construção da equidade em saúde”. In: SEMINÁRIO SAÚDE E DESIGUALDADE: instituições e políticas públicas no século, 21, Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ.

_____. *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 114 p.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Rubem Araújo de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ. IMS: ABRASCO, 2003.

TOMASSINI, Hugo Coelho Barbosa (Coord.). *Conhecendo a população de Niterói* (mimeo). Niterói/RJ: Universidade Federal Fluminense, Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 1999. 115 p.

VAITSMAN, Jeni. Subjetividade e paradigma de conhecimento. *Boletim Técnico do SENAC*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 3-9, maio/ago. 1995.

VUORI, Hannu. A qualidade da saúde. *Divulgação em saúde para o debate*. Rio de Janeiro, n. 3, p. 17-24, 1991.

WESTON, W. Wayne; BROWN, Judith Belle. *O impacto da atenção centrada no paciente sobre resultados*. [S.l.: s.n.], 2000.

WILKINSON, R. Relação internacional entre equidade de renda e expectativa de vida. In: BARATA, R. Barradas *et al.* (Org.). *Equidade e saúde: contribuições da Epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997. p. 103-120.

8. APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 1 – Guia de levantamento para análise de artigos científicos.

Apêndice 2 – Roteiro para revisão de prontuários – Gestantes.

Apêndice 3 – Roteiro para revisão de prontuários – Hipertensos.

Apêndice 4 – Roteiro para perguntas direcionadas aos usuários.

Apêndice 5 – Roteiro para perguntas direcionadas aos profissionais de saúde.

Anexo 1 – Avaliação participativa da implantação e funcionamento do PSF.

Anexo 2 – Cartão gestante – PMFN.

Anexo 3 – Fichas de gerência do hipertenso – PMFN.

Anexo 4 – Atualização da rotina – Atenção à Saúde da Mulher.

Anexo 5 – Material instrutivo sobre hipertensão arterial.

APÊNDICE 1 – Guia para levantamento e análise de artigos científicos
(Medline e Lilacs). Período: 1990 – 2002.

Palavras-chave	Fonte e Período	Artigos Encontrados	Artigos Selecionados
Médico Família Avaliação ¹	LILACS (1990-2002)	23	1
	MEDLINE (1990-1993)	139	2
	MEDLINE (1994-1998)	239	3
	MEDLINE (1999-2002)	223	5
	MEDLINE TOTAL	601	10
	TOTAL (LILACS+MEDLINE)	624	11
Family Doctor Evaluation ¹	LILACS (1990-2002)	2	1
	MEDLINE (1990-1993)	94	4
	MEDLINE (1994-1998)	166	6
	MEDLINE (1999-2002)	116	8
	MEDLINE TOTAL	376	18
	TOTAL (LILACS+MEDLINE)	378	19
Saúde Família Responsabilidade	LILACS (1990-2002)	20	0
	MEDLINE (1990-1993)	89	3
	MEDLINE (1994-1998)	165	0
	MEDLINE (1999-2002)	67	1
	MEDLINE TOTAL	321	4
	TOTAL (LILACS+MEDLINE)	341	4
Saúde Família Vínculo	LILACS (1990-2002)	25	3
	MEDLINE (1990-1993)	9	0
	MEDLINE (1994-1998)	27	0
	MEDLINE (1999-2002)	18	0
	MEDLINE TOTAL	54	0
	TOTAL (LILACS+MEDLINE)	79	3
Saúde Família Acolhimento	LILACS (1990-2002)	6	0
	MEDLINE (1990-1993)	0	0
	MEDLINE (1994-1998)	0	0
	MEDLINE (1999-2002)	0	0
	MEDLINE TOTAL	0	0
	TOTAL (LILACS+MEDLINE)	6	0
Saúde Família Programa	LILACS (1990-2002)	190	35
	MEDLINE (1990-1993)	75	1
	MEDLINE (1994-1998)	267	7
	MEDLINE (1999-2002)	120	2
	MEDLINE TOTAL	652	50
	TOTAL (LILACS+MEDLINE)	842	85
Saúde Família Programa Avaliação	LILACS (1990-2002)	35	6
	MEDLINE (1990-1993)	39	0
	MEDLINE (1994-1998)	121	1
	MEDLINE (1999-2002)	133	0
	MEDLINE TOTAL	293	1
	TOTAL (LILACS+MEDLINE)	328	7

¹Nas palavras-chave: “médico+família+avaliação” e “family+doctor+evaluation”, foram encontrados dois artigos que se repetiram na mesma base de dados (Medline).

APÊNDICE 2 – Roteiro para revisão de prontuários – GESTANTES

1. Captação – data da primeira consulta:

- entre o 1º e o 3º mês
- no 4º mês
- no 5º mês
- no 6º mês
- entre o 7º e o 9º mês
- não fez pré-natal

2. Número de consultas pré-natal realizadas:

- 8 ou mais consultas
- 6 a 7 consultas
- 5 consultas
- 3 a 4 consultas
- 1 a 2 consultas
- não fez pré-natal

3. Procedimentos realizados:

3.1 – Vacinação anti-tetânica

- 1 dose
- 2 doses
- 3 doses
- reforço
- imunizado

3.2 – Verificação de antecedentes obstétricos: sim não

3.3 – Verificação de morbidade na gestação/parto/puerpério: sim não

3.4 – Verificação de hábitos pessoais: sim não

3.5 – Verificação de história familiar: sim não

3.6 – Verificação de antecedentes pessoais: sim não

3.7 – Realização de exames ginecológicos: sim não

3.7.1 – Preventivo: sim não

3.7.2 – Mama: sim não

3.8 – Medida da P.A.: sim não

3.9 – Medida do fundo de útero: sim não

3.10 – Ausculta do BCF: sim não

4. Exames complementares:

4.1 – Ultra-sonografia

fez duas ou mais (a 1^a entre a 8^a e a 14^a semanas e 2^a entre o 2^o e o 3^o trimestre)

fez 1

não fez

4.2 – Exames laboratoriais

4.2.1 – Grupo sanguíneo/Fator Rh

4.2.2 – Hematócrito/hemoglobina

4.2.3 – Glicemia

4.2.4 – Creatinina/uréia

4.2.5 – VDRL (sífilis)

4.2.6 – Toxoplasmose

4.2.7 – Rubéola

4.2.8 – Hepatite B

4.2.9 – HIV

4.2.10 – EAS

4.2.11 – Parasitológico

5. Parto

5.1 – À termo? sim não

5.2 – Assistência: hospitalar domiciliar ambulatorial outros

5.3 – Resolução: normal cesáreo fórceps aborto não registrado

5.4 – Complicação materna?

sim não geral? _____ não registrado

6. Recém-nato:

6.1 – Peso: menor que 2500g maior ou igual a 2500g não registrado

6.2 – Estatura: PIG AIG GIG não registrado

6.3 – Apgar: 1^o min. _____ 5^o min. _____ não registrado

6.4 – GR sang.: _____ Rh: _____ não registrado

6.5 – Complicações RN: sim não Qual(is)? _____

7. Procedimentos terapêuticos na gestação:

7.1 – Orientação a dieta sim não

7.2 – Orientação a exercícios sim não

7.3 – Prescrição medicamentosa sim não

8. Procedimentos de promoção de saúde:

9. Intercorrências? sim não Qual(is)? _____

10. Encaminhamento para outros especialistas? sim não Qual(is)? _____

10.1 – Teve referência? sim não

10.2 – Teve contra-referência? sim não

11. Retorno pós-parto: sim não

APÊNDICE 3 – Roteiro para revisão de prontuários – HIPERTENSOS

1. Como foi captado?

- busca ativa da equipe
- demanda espontânea do paciente

2. Número de consultas médicas de rotina por ano:

- uma consulta quinzenal ou mais
- uma consulta mensal
- uma consulta por bimestre ou menos
- nenhuma

2.1 – Número de consultas de enfermagem de rotina por ano:

- uma consulta quinzenal ou mais
- uma consulta mensal
- uma consulta por bimestre ou menos
- nenhuma

3. Número de consultas devido a intercorrências/complicações:

- 8 ou mais consultas
- 6 a 7 consultas
- 5 consultas
- 3 a 4 consultas
- 1 ou 2 consultas
- nenhuma

4. Aferição da pressão arterial em:

- todas as consultas
- mais da metade das consultas
- menos da metade das consultas

5. Tempo de evolução: _____ anos

6. Classificação da hipertensão:

- sistólica
- leve
- moderada
- grave
- secundária
- não registrado

7. Presença de fatores de risco:

- 7.1 – hipertensão familiar sim não
- 7.2 – Obesidade sim não
- 7.3 – Dislipidemia sim não
- 7.4 – Diabetes sim não
- 7.5 – Tabagismo sim não
- 7.6 – Etilismo sim não
- 7.7 – Presença de outras co-morbidades? sim não Qual(is)? _____

8. Lesão em órgãos alvo:

- 8.1 – Cardiopatia sim não
- 8.2 – Retinopatia sim não
- 8.3 – Nefropatia sim não
- 8.4 – Doença cérebro-vascular sim não
- 8.5 – Doença vascular periférica/profunda sim não

9. Exames complementares:

- 9.1 – Pesquisa de hormônios tireoidianos sim não
- 9.2 – Avaliação da função renal sim não
- 9.3 – Fundoscopia sim não
- 9.4 – Glicemia sim não
- 9.5 – Perfil lipídico sim não
- 9.6 – E.A.S. sim não
- 9.7 – E.C.G. sim não
- 9.8 – Outros exames. Quais? _____ Por quê?

10. terapêutica:

- 10.1 – Orientação à dieta sim não
- 10.2 – Orientação à exercícios sim não
- 10.3 – Prescrição medicamentosa sim não
- 10.3.1 – Tipo de droga(s): _____
- 10.3.2 – Dose: _____
- 10.4 - Os medicamentos são fornecidos pela Unidade? sim não às vezes

11. Procedimentos de promoção de saúde:

11.1 – Participa de algum grupo de hipertensos? sim não11.2 – Participa de algum grupo dedicado à exercícios físicos ou outras atividades anti-estresse? sim não

12. Intercorrências:

12.1 – A.V.E. sim não12.2 – I.A.M. sim não

12.3 – Outras: _____

13. Número de internações advindas de complicações da própria hipertensão ou de seus procedimentos terapêuticos:

 mais de 4 3 a 4 2 1 nenhuma

14. Controle de índices metabólicos:

14.1– IMC/Peso sim não14.2– PA sim não

15. Encaminhamento para outros especialistas?

 sim não Qual(is): _____15.1 – Teve referência? sim não15.2 – Teve contra-referência? sim não

APÊNDICE 4 – Roteiro de perguntas direcionadas aos usuários
GESTANTES e HIPERTENSOS

Acolhimento

A) Acesso:

1. Onde freqüentemente você busca assistência à saúde?
2. Qual a distância de sua casa até a unidade de saúde? Menor de 2km () Entre 2 e 5km () Mais de 5km () Perto () Longe () Tão longe que dificulta o acesso ()
3. É fácil receber atenção dos funcionários na unidade de saúde?
() É fácil () Mais ou menos () É difícil
4. Quanto tempo de espera entre o agendamento e a consulta?
() No mesmo turno () No mesmo dia () Na mesma semana () Outro
5. Quanto tempo você espera para ser atendido no dia da consulta?
() 15min. () Entre 15 e 30min. () De 30 a 60 min. () Mais de 60
6. Na última vez que você foi a unidade você achou a unidade adequada para o seu atendimento?
() É adequada () Mais ou menos () É inadequada () Por quê?

B) Relação usuário-profissional:

7. Como você é recebido na unidade?
() Muito bem () Mais ou menos () Mal
8. Você é ouvido em seus problemas?
() Sim, sempre () Às vezes () Nunca
9. Se você tem dúvida, você pode procurar/ligar/falar com o médico ou enfermeiro no serviço de saúde?

Sim, sempre Às vezes Nunca

10. O médico faz perguntas sobre outros problemas de saúde que você tem?

Sim, sempre Às vezes Nunca

11. O médico/serviço de saúde oferece a você tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?

Sim, sempre Às vezes Nunca

12. Você é orientado sobre seus problemas?

Sim, sempre Às vezes Nunca

13. Normalmente os seus problemas de saúde são resolvidos?

Sim, sempre Às vezes Nunca

14. As soluções apresentadas aos seus problemas são lembradas com você?

Sim, sempre Às vezes Nunca

15. Normalmente você fica satisfeito com o atendimento?

Muito satisfeito Satisfeito Satisfeito Insatisfeito. Por quê?

Vínculo

16. Quem você procura quando tem problemas de saúde?

17. É sempre o mesmo médico que o atende? Sim Não

18. Você sabe o nome do seu médico? Sim Não

19. Você se sente confortável para falar ao médico/serviço de saúde sobre suas preocupações ou problemas?

Sim, sempre Às vezes Nunca. Por quê?

20. Você se sente bem examinado?

Sim, sempre Às vezes Nunca. Por quê?

21. Você é orientado sobre seus problemas?
 Sim, sempre Às vezes Nunca. Por quê?
22. Você é orientado sobre outros problemas?
 Sim, sempre Às vezes Nunca. Por quê?
23. Seus problemas são resolvidos ou encaminhados adequadamente?
 Sim, sempre Às vezes Nunca. Por quê?
24. O médico registra detalhadamente seus atendimentos em seu prontuário?
 Sim, sempre Às vezes Nunca. Por quê?
25. Quando você falta a uma consulta agendada você é contactado para saber o que houve?
 Sim, sempre Às vezes Nunca. Por quê?
26. Você se sente acompanhado em seus problemas pelo médico?
 Sim, sempre Às vezes Nunca. Por quê?
27. Você acha que o médico/enfermeira conhece bem sua família?
28. A partir de seus problemas, o serviço de saúde montou alguma atividade para te atender?
29. Já consultou qualquer tipo de especialista?
30. Quando foi a última vez que consultou um especialista?
31. Esta consulta foi indicada pelo médico/enfermeira da unidade de saúde?
 Sim Não

APÊNDICE 5 – Roteiro de perguntas direcionadas à equipe de saúde

Acolhimento

A) Acesso:

1. Você acha que a distância geográfica entre a unidade e a moradia do usuário é um fator limitante ao atendimento? () Sim () Não

2. É fácil para o usuário obter atendimento?
() É fácil () Mais ou menos () É difícil

3. Qual é o tempo de espera entre o agendamento e a consulta? () No mesmo turno
() No mesmo dia () Na mesma semana () Uma semana () Ou mais

4. Existe alguma flexibilidade quanto a conceder atendimentos fora do agendamento?
() Sim () Não. Em caso de resposta afirmativa, em quais situações?

5. Quanto tempo o paciente espera para ser atendido no dia da consulta?
() 15 min. () Entre 15 e 30 min. () 30 a 60 min. () Mais de 60 min.

B) Relação usuário-profissional:

6. Você acha que a unidade atende bem a demanda?
() Sim, sempre () Às vezes () Nunca. Por quê?

7. Você considera o atendimento desta unidade satisfatório?
() Sim, sempre () Às vezes () Nunca. Por quê?

8. Como o paciente é recebido na unidade?
() Muito bem () Bem () Mais ou menos () Mal

9. Você costuma ouvir os problemas do paciente?
() Sim, sempre () Às vezes () Nunca.

10. O tempo oferecido na consulta é suficiente para o paciente falar sobre outras preocupações ou problemas, relacionados ou não, à queixa principal?
() Suficiente () Insuficiente
11. Você se certifica de que o paciente entendeu todas as suas recomendações?
() Sim () Às vezes () Nunca
12. Você procura saber se o paciente tem realmente condições (culturais e/ou financeiras) de seguir suas orientações? () Sim, sempre () Às vezes () Nunca
13. As soluções apresentadas aos problemas são acordadas em conjunto com o paciente?
() Sim () Não
14. Você está satisfeito com o seu atendimento oferecido ao paciente?
() Muito satisfeito () Satisfeito () Insatisfeito . Por
quê?

Vínculo

15. Os pacientes sabem o seu nome?
() Sim () Não
16. Existe uma preocupação em agendar os pacientes para os mesmos médicos que os atenderam pela primeira vez? () Sim () Às vezes () Nunca
17. Você acha que os pacientes se sentem ouvidos em seus problemas?
() Sim, sempre () Às vezes () Nunca
18. Você acha que eles se sentem confortáveis para falar ao médico/serviço de saúde sobre suas preocupações ou problemas?
() Sim, sempre () Às vezes () Nunca. Por quê?
19. Você acha que eles se sentem bem examinados?
() Sim, sempre () Às vezes () Nunca. Por quê?

20. Os problemas apresentados são resolvidos ou encaminhados adequadamente?
 Sim, sempre Às vezes Nunca
21. Você (médico) registra detalhadamente os atendimentos no prontuário do paciente?
 Sim, sempre Às vezes Nunca. Por quê?
22. Quando o paciente falta a uma consulta agendada ele é contactado para saber o motivo? Sim, sempre Às vezes Nunca
23. O modelo de trabalho na unidade de saúde possibilita ao médico acompanhar adequadamente o paciente? Sim Não. Por quê?
24. Você (médico/enfermeira) acha que conhece bem a família do paciente?
 Sim Não
25. A partir dos problemas dos pacientes, o serviço de saúde montou alguma atividade para melhorar o atendimento? Sim Não