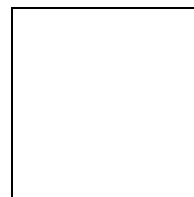


Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL

**PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
EXPRESSÕES DE UM COTIDIANO EM CONSTRUÇÃO**

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, para fins de obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Formulação e Implementação de Políticas Públicas e Saúde

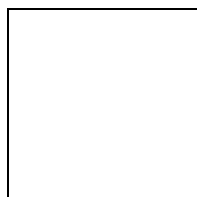
ORIENTADORA:

Prof^ª Dr^ª Sarah Escorel

CO-ORIENTADORA:

Prof^ª Dr^ª Célia Regina Pierantoni

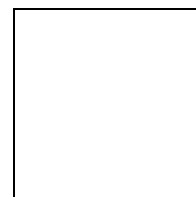
**Rio de Janeiro
2006**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

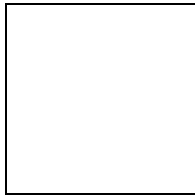
**PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
EXPRESSÕES DE UM COTIDIANO EM CONSTRUÇÃO**

por

CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL

**Tese apresentada com vistas à obtenção do Título de
Doutor em Ciências na área de Saúde Pública**

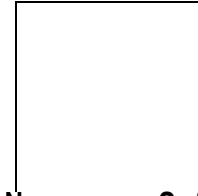
Novembro, 2006



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP**

Esta Tese intitulada:

**PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
EXPRESSÕES DE UM COTIDIANO EM CONSTRUÇÃO**

apresentada por

CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes

Membros:

PROF. DR. HÉSIO CORDEIRO

PROF^a DR^a MARIA HELENA MACHADO

PROF^a DR^a MARIA HELENA MENDONÇA

PROF^o DR^o NELSON RODRIGUES DOS SANTOS

PROF^a DR^a SARAH ESCOREL — ORIENTADORA

Suplente:

PROF^o DR^o MÁRIO ROBERTO DAL POZ

PROF^a DR^a LÍGIA GIOVANELLA

Co-orientadora

PROF^a. DR^a. CÉLIA REGINA PIERANTONI

Tese defendida e aprovada em 06 de novembro de 2006.

*À Darcy Reis de Oliveira, pelo exemplo
de militância incansável na construção da participação social no SUS e
pelo trabalho pioneiro de humanização e valorização dos profissionais de
saúde no Estado do Paraná.*

Agradecimentos Pessoais

Este trabalho só foi possível com a ajuda dos orientadores e o apoio e solidariedade dos meus familiares e amigos.

Aos meus familiares, em especial ao Edson, meu companheiro e meus pais, Marcelo e Célia, meus primeiros e profundos agradecimentos. Em especial e singularmente, aos meus filhos — Thiago, Júlia e Bruno, essências do meu amor incondicional.

À professora e orientadora Sarah Escorel, pela leveza e a solidariedade com que conduziu nossa relação orientando - orientador e pelos momentos de orientação que muito contribuíram para o meu processo de formação profissional.

À professora e co-orientadora Célia Regina Pierantoni, pelas contribuições e estímulo durante o desenvolvimento e conclusão desta tese.

Aos professores José Mendes Ribeiro, Nilson do Rosário Costa, José Luis Fiori, Célia Maria Leitão, Maria Helena Mendonça, Lígia Giovanella, Maria Eliana Labra e Mário Dal Poz pelas discussões e aporte cognitivo durante a realização do curso.

À amiga Maria Eneida de Almeida pelo apoio, carinho e acolhimento na cidade do Rio de Janeiro, condições sem as quais teria sido muito mais difícil realizar este curso.

Aos demais companheiros(as) que me apoiaram de diferentes formas neste percurso: Heloisa Machado de Souza, Afra Suassuna Fernandes, Regina Coeli de Mello, Maria Angélica Curia Cerveira, Arnaldo Bertone, Maria Cristina Rodrigues Gil, Rosimeira Maria Peres Andrade, Tânia Cristina Rehen, Estela Márcia Saraiva Campos e Maria do Carmo de Oliveira.

Aos amigos e colegas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em especial à Aline Azevedo da Silva, Edneusa Nascimento, Celina Kawano, Rodolfo Kaerner, Pedro Gilberto de Lima, Antonio Dercy Silveira e Eronildo Felisberto pela pronta disponibilidade em arrumar dados e informações sobre o PSF.

Aos médicos, médicas e enfermeiras dos municípios de Londrina, Ibiporã e Cambé, envolvidos com a Saúde da Família, pela disposição em participar do pré-teste e da discussão sobre os instrumentos desta tese: José Carlos Aoki, Djamedes Maria Garrido, Sônia Maria Coutinho Orquiza, Marilda Kohatsu, Ahmed Ali Geha, Lídia Sumie Hokama, Ivete Carneiro, Tânia Maria Aroceno, Cláudia Prando, Rosilene Aparecida Machado, Hermínia Antonia Ferro Bataielo, Ângela Carmem Morandi e Eliana Zaninelo Marussi.

À Tiemi Matsuo pela contribuição ímpar na formatação e tratamento estatístico dos questionários.

À Eleonora Smites e Edna Picelli pelo trabalho de correção ortográfica e formatação inicial da tese.

À Isabella Samico (IMIP), Ronaldo Baltar (UEL) e Alexandre Brasil (UEL/UFRJ) pelas observações e contribuições ao estudo.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em especial ao Secretário de Saúde Luciano Ducci e ao ex-Secretário Michele Caputo Neto; Rosângela Scucatto, Ademar Cezar Volpi Eliana Chomatas, Maria Terumi Kami e Rosângela Barddal. Meus agradecimentos às gerentes dos Distritos Sanitários.

Meu carinho e gratidão especial às Autoridades Locais de Saúde (ALS) e aos profissionais das Unidades de Saúde da Família que me receberam e compartilharam comigo as preocupações centrais deste estudo. Em especial, reitero meus agradecimentos aos médicos, médicas, enfermeiras e enfermeiros das equipes de Saúde da Família do Município de Curitiba que responderam aos questionários e às entrevistas. Sem a colaboração e participação dos mesmos este estudo não teria a consistência e a qualidade necessária para uma tese que se propôs a conhecer as diferentes expressões profissionais dos sujeitos sociais que atuam “na ponta” do sistema.

Aos colegas, amigos e amigas do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, pelas lições aprendidas ao longo destes anos de convivência e militância, pela compreensão quanto aos “tempos e movimentos” e pela solidariedade na partilha do trabalho; em especial, agradeço à Selma Maffei de Andrade pela prontidão com que sempre me socorreu nos meandros da burocracia institucional.

Agradecimentos Institucionais

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação — CAPES, pelo apoio que tornou possível a realização do curso.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca — ENSP, em especial à Secretaria de Pós-Graduação pelo apoio principalmente na fase final do curso.

À Universidade Estadual de Londrina - UEL, acreditando que um dia seremos reconhecidos e valorizados pelos dirigentes do governo estadual como capital intelectual para o desenvolvimento do Estado do Paraná.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba pela prontidão em aceitar-se como campo de pesquisa e por apoiar o desenvolvimento do trabalho.

É fundamental, portanto, que, ao mesmo tempo, se modernize, se lute contra a fraude e se melhore o desempenho institucional, mas sem perder de vista o Projeto. E este só aponta para um sentido: a melhoria das condições de vida da população. Se não alcançarmos tais condições, o Projeto terá falhado.

Sergio Arouca

RESUMO

Este estudo parte do pressuposto de que a Saúde da Família como política governamental formulada no âmbito do Ministério da Saúde encontrou adesão dos municípios devido aos incentivos que foram criados para sua implementação, tanto os financeiros como os operacionais, que lhe conferem a condição de uma das principais estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde. A expansão da Saúde da Família, no entanto, depara-se com um nó crítico presente no processo de descentralização dos serviços no Brasil que é o do perfil dos recursos humanos insuficientemente preparados pelas Instituições de Ensino Superior para atuarem na perspectiva do Sistema Único de Saúde e da conversão do modelo. Com o objetivo de analisar os fatores que impulsionam e restringem o desenvolvimento de novas práticas profissionais a partir dessa estratégia, realizou-se este trabalho selecionando como método de investigação o estudo de caso de caráter descritivo e exploratório, com aplicação de questionários auto-referidos entregues à totalidade de médicos e enfermeiros inseridos nas equipes de Saúde da Família no mínimo há um ano. Após a análise dos mesmos, foram feitas entrevistas abertas com roteiros pré-definidos a alguns profissionais previamente identificados pelo seu tempo e envolvimento com o desenvolvimento da proposta. Paralelamente, foram entrevistados os dirigentes municipais do nível central envolvidos diretamente com a implementação da Saúde da Família. Houve um retorno de 56,4% dos questionários entregues aos médicos e 72,7% dos entregues aos enfermeiros. A partir da análise destes e das entrevistas aos profissionais e aos dirigentes, pode-se evidenciar que o município de Curitiba, selecionado como estudo de caso, tem uma trajetória consolidada e inovadora no campo da gestão pública em saúde. Em se tratando da implementação da Saúde da Família, esta se tem dado de forma gradual porém acompanhada de mecanismos que fortalecimento dos seus pressupostos. Os profissionais que participaram do estudo informam atuar em regime de 40 horas semanais, com práticas generalistas, fazendo atendimentos e coordenando grupos de saúde, com agenda para as reuniões de trabalho em equipe e com mais dedicação ao planejamento local. Os médicos referem a longitudinalidade do cuidado como um fator de satisfação nas práticas, assim como o conhecimento da realidade de vida dos paciente por eles acompanhados. Os enfermeiros informam ter uma agenda muito diversificada de trabalho, com atividades assistenciais, administrativas, de acompanhamento dos auxiliares e agentes comunitários, além dos grupos de educação em saúde. Ambos informam que a formação de vínculo com os indivíduos, famílias e comunidades é o principal aspecto positivo da Saúde da Família. De modo geral, o estudo permite concluir que a Saúde da Família abre espaços para práticas mais inovadoras na saúde e, se houver práticas institucionais voltadas à sua implementação, a sinergia é favorável para a conversão do modelo.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Atenção Básica; Atenção Primária à Saúde; Gestão de Recursos Humanos em Saúde; Gestão de Pessoas.

ABSTRACT

This study presumes in advance that the Family Health Program as a governmental policy of the Ministry of Health found the adherence of municipalities due to both financial and operational incentives created for its implementation, granting it the condition of one of the main strategies for change of the public health service model. The expansion of the Family Health Program, however, faces a critical knot in the process of decentralization of the service in Brazil, i.e., the profile of human resources, poorly trained by Higher Education Institutes to function within the perspective of the Single Health System and conversion of the model. Aiming at analyzing the factors that promote and restrain the development of new professional practices through such strategy, the present survey is based upon a descriptive and exploratory case study, using self-referred questionnaires handed out to all those practitioners and nurses who had been part of the Family Health teams for at least one year. After analyzing them, open interviews with predefined guides were carried out with some of the professionals previously identified by the time and involvement spend on the development of the proposal. Similarly central level municipal managers directly involved in the implementation of the Family Health Program were interviewed. 56.4% of the practitioners and 72.7% of the nurses returned the questionnaires. The analyses of the questionnaires and the open interviews point out that the municipality of Curitiba, selected for the case study, shows a consolidated and innovating trajectory in the field of public health management. The implementation of the Family Health Program has been accomplished gradually though accompanied by mechanisms that strengthen its presuppositions. The partakers of the survey inform that they have a 40-hour work week, with general practices, consultations and coordination of health groups, scheduled meetings with the work team and more dedication to local planning. The practitioners refer longitudinality of health care as well as knowledge of the patients' life reality to be factors for satisfaction in their work. Nurses inform they have a diversified work schedule, with health care and administrative activities as well as attendance of auxiliaries and community agents and health education groups. Both inform that the formation of ties with individuals, families and communities is the main positive aspect of the Family Health Program. In a general way, this survey allows the conclusion that the Family Health Program opens up room for more innovating health practices and that, if there were institutional practices oriented towards implementation, the synergy is favorable to the conversion of the model.

KEYWORDS: Family Health; Basic Health Care; Primary Health Care; Human Resources Management in Health; Person Management.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO	3
2 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS RELACIONADOS AO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	19
2.1 O PONTO DE PARTIDA DA INVESTIGAÇÃO	20
2.2 QUESTÕES-CHAVE QUE NORTEARAM O PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	28
2.3 OBJETIVOS DA PESQUISA	29
2.4 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	29
2.5 DESENHO ESQUEMÁTICO DA PESQUISA	31
2.6 O CAMINHO METODOLÓGICO	32
2.7 MUNICÍPIO DE CURITIBA: O LOCAL SELECIONADO PARA O ESTUDO DE CASO	36
2.7.1 A TRAJETÓRIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA NA SAÚDE PÚBLICA	39
2.7.2 OS CAMINHOS PROPOSTOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE CURITIBA	41
2.7.3 A SAÚDE EM CURITIBA E A ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA	44
2.7.4 TRAJETÓRIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE CURITIBA	49
3 ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS RELACIONADOS AO OBJETO DE ESTUDO	53
3.1 AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE: CRÍTICAS E REFLEXÕES	54
3.2 PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESENHOS E POSSIBILIDADES	68
3.3 DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE QUE ORIENTARAM O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	81
4 A SAÚDE DA FAMÍLIA: DECORRÊNCIA OU SOLUÇÃO?	86

4.1 A REFORMA DO ESTADO E SEUS REFLEXOS NO CENÁRIO DA SAÚDE	87
4.2 A SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DAS REFORMAS SANITÁRIAS INTERNACIONAIS	93
4.3 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E OS CONCEITOS CONCEITOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA	99
4.3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	100
4.3.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	107
4.3.3 A SAÚDE DA FAMÍLIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA OU DA ATENÇÃO BÁSICA?	121
4.3.4 A SAÚDE DA FAMÍLIA E OS REFERENCIAIS DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM SAÚDE, VIGILÂNCIA À SAÚDE E EM DEFESA DA VIDA	129
5 AS PRÁTICAS INSTITUCIONAIS E A GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	138
5.1 GESTÃO DE PESSOAS E AS POSSIBILIDADES DE CONTRIBUIÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE E PARA AS PRÁTICAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA	151
5.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO	158
6 RESULTADOS DA PESQUISA: EXPRESSÕES DE UM COTIDIANO EM CONSTRUÇÃO	166
6.1 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO	167
6.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS: QUEM SÃO OS MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	169
6.3 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	172
6.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO NÍVEL LOCAL	193
6.5 PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS INDIVÍDUOS, FAMÍLIAS E GRUPOS	199
6.5.1 AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: COMO ELAS OCUPAM A AGENDA DOS MÉDICOS E DOS ENFERMEIROS NO COTIDIANO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	200

6.5.2 PRÁTICAS COLETIVAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUA INSERÇÃO NA AGENDA COTIDIANA DE TRABALHO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA	224
6.5.3 ASPECTOS RELACIONADOS À OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	227
6.6 VALORIZAÇÃO E SATISFAÇÃO COM O TRABALHO	237
6.7 TRABALHO COM A COMUNIDADE	244
6.8 PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS NA SAÚDE DA FAMÍLIA	245
7 CONCLUSÕES	254
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	265
REFERÊNCIAS	269
APÊNDICES.....	279
APÊNDICE A — MATRIZ DE REFERÊNCIA PARA A ANÁLISE DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS EQUIPE DE SAÚDE	280
APÊNDICE B — MATRIZ DE REFERÊNCIA PARA A ANÁLISE DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS MÉDICOS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	289
ANEXOS	
ANEXO A — TERMO DE APROVAÇÃO NO CONSELHO DE ÉTICA.....	
ANEXO B — TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO.....	

LISTA DE QUADROS

QUADRO	1.1	Distribuição dos municípios brasileiros por faixa populacional e região. Brasil, 2004	8
QUADRO	2.1	Distribuição dos Casos Novos de Agravos de Notificação Obrigatória no Município de Curitiba, 2005	46
QUADRO	3.1	Síntese das características das práticas em saúde, críticas recorrentes e proposições apontadas na revisão de literatura sobre modelos de atenção e práticas em saúde. 2006	65
QUADRO	3.2	Atribuições dos médicos de Saúde da Família segundo o Guia Prático de Implantação do PSF de 2001 e a Portaria 648/GM, de 28/03/2006. Brasil	74
QUADRO	3.3	Atribuições dos enfermeiros de Saúde da Família segundo o Guia Prático de Implantação do PSF de 2001 e a Portaria nº. 648/GM, de 28/03/2006. Brasil	76
QUADRO	3.4	Atribuições comuns aos componentes das equipes de Saúde da Família segundo o Guia Prático de Implantação do PSF de 2001 e a Portaria 648/GM, de 28/03/2006. Brasil	78
QUADRO	3.5	Categorias de análise e suas respectivas definições para análise das Práticas Profissionais dos Médicos nas equipes de Saúde da Família	82
QUADRO	3.6	Categorias de análise e suas respectivas definições para análise das Práticas Profissionais dos Enfermeiros das equipes de Saúde da Família	84
QUADRO	4.1	Síntese das referências encontradas sobre Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família na consulta aos documentos do Ministério da Saúde, 1990 a 2005	119
QUADRO	4.2	Síntese das referências sobre Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família presentes nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, 1980 a 2005	120
QUADRO	4.3	Principais características e contextos encontrados nos artigos científicos sobre Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família. Textos completos, SciELO, 1990 a 2005	125
QUADRO	5.1	Análise de Sistemas de Diferenciação Centrados no Trabalho e na Pessoa	157
QUADRO	6.1	Cursos ou áreas de Especialização citadas pelos médicos das equipes de Saúde da Família de Curitiba. 2006	179

QUADRO 6.2	Apresentação das cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família. Curitiba, 2006	206
QUADRO 6.3	Apresentação das cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família no Atendimento à Saúde do Adolescente. Curitiba, 2006	212
QUADRO 6.4	Apresentação das cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família no Atendimento à Saúde da Mulher e do Adulto. Curitiba, 2006	217
QUADRO 6.5	Apresentação das cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família no Atendimento à Saúde do Idoso. Curitiba, 2006	222

LISTA DE TABELAS

TABELA	6.1 Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por gênero, no município de Curitiba. 2006	169
TABELA	6.2 Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por faixa etária, no município de Curitiba. 2006	170
TABELA	6.3 Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por situação civil, no município de Curitiba. 2006	171
TABELA	6.4 Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por número de filhos, no município de Curitiba. 2006	171
TABELA	6.5 Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por tempo de formado, no município de Curitiba. 2006	172
TABELA	6.6 Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, segundo instituição formadora, Curitiba. 2006	173
TABELA	6.7 Distribuição dos médicos e enfermeiros segundo grau de conforto para o trabalho em Saúde da Família. Curitiba, 2006	191
TABELA	6.8 Participação dos médicos e enfermeiros em atividades de grupo. Curitiba, 2006	225
TABELA	6.9 Distribuição dos médicos e enfermeiros por função nas atividades de grupos. Curitiba, 2006	226
TABELA	6.10 Distribuição dos médicos segundo atendimento extramuros. Curitiba, 2006	226

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	2.1 Desenho esquemático da pesquisa	31
FIGURA	2.2 Evolução histórica do número de equipes do PSF em Curitiba, 2006	49
FIGURA	2.3 Evolução da cobertura populacional do PSF no Município de Curitiba, segundo parâmetros do Ministério da Saúde, 2006	50
FIGURA	2.4 Mapa da estruturação do PSF no Município de Curitiba, segundo Distritos Sanitários, 2006.....	51
FIGURA	2.5 Mapa da localização das Unidades Saúde da Família no Município de Curitiba, segundo Distritos Sanitários, 2006.....	52
FIGURA	3.1 Evolução do escopo das ações de saúde na rede básica de acordo com seus diferentes momentos	67
FIGURA	4.1 Síntese dos Descritores encontrados na pesquisa <i>on line</i> da BVS com seus respectivos descritores relacionados em português	127
FIGURA	5.1 Os desafios atuais do trabalho das equipes de Saúde da Família e as ferramentas de gestão para a mudança	161
FIGURA	5.2 Características da gestão participativa, seus atributos e relação com a Educação Permanente em Saúde para o cumprimento da Missão Institucional	164
FIGURA	6.1 Situação encontrada no momento da entrega dos questionários aos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família no município de Curitiba, 2005	168
FIGURA	6.2 Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, formados em instituição pública, segundo esfera administrativa das Instituições de Ensino. Curitiba, 2006	175
FIGURA	6.3 Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, formados em instituição federal. 2006	175
FIGURA	6.4 Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, formados em instituição pública estadual. Curitiba, 2006	176
FIGURA	6.5 Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, segundo formação em Curso de Residência. Curitiba, 2006	177

FIGURA	6.6	Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, segundo formação em Curso de Especialização. Curitiba, 2006	178
FIGURA	6.7	Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por tempo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. 2006	182
FIGURA	6.8	Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por tempo de trabalho na Saúde da Família no município de Curitiba. 2006	183
FIGURA	6.9	Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por tempo de serviço na atual equipe de Saúde da Família. 2006	184
FIGURA	6.10	Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, de acordo com o salário bruto atual. 2006	187
FIGURA	6.11	Distribuição dos médicos e enfermeiros segundo capacitação prévia ao ingresso na Saúde da Família. Curitiba, 2006	190
FIGURA	6.12	Distribuição das ações de Atenção à Saúde da Criança de acordo com a frequência com que aparecem nas agendas de trabalho dos médicos. Curitiba, 2006	201
FIGURA	6.13	Distribuição das ações de Atenção à Saúde da Criança de acordo com a frequência que aparecem em suas agendas de trabalho dos enfermeiros. Curitiba, 2006	203
FIGURA	6.14	Distribuição das ações de Atenção à Saúde do Adolescente de acordo com a frequência que aparecem nas agendas de trabalho dos médicos. Curitiba, 2006	207
FIGURA	6.15	Distribuição das ações de Atenção à Saúde do Adolescente de acordo com a frequência com que aparecem nas agendas de trabalho dos enfermeiros. Curitiba, 2006	209
FIGURA	6.16	Distribuição das ações de Atenção à Saúde da Mulher e do Adulto de acordo com a frequência com que aparecem nas agendas de trabalho dos médicos. Curitiba, 2006	213
FIGURA	6.17	Distribuição das ações de Atenção à Saúde da Mulher e do Adulto de acordo com a frequência com que aparecem nas agendas de trabalho dos enfermeiros. Curitiba, 2006	216
FIGURA	6.18	Distribuição das ações de Atenção à Saúde do Idoso de acordo com a frequência com que aparecem nas agendas de trabalho dos médicos. Curitiba, 2006	218

FIGURA 6.19 Distribuição das ações de Atenção à Saúde do Idoso de acordo com a frequência com que aparecem nas agendas de trabalho dos enfermeiros. Curitiba, 2006	220
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ALS	Autoridade Local de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ANC	Assembléia Nacional Constituinte
BIRD	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GA	Grupo de Apoio
GP	General Practitioners
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV	Índice de Condições de Vida
IDQ	Índice de Desenvolvimento e Qualidade
IMAP	Instituto Municipal de Administração Pública
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária
IPUCC	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PIQ	Plano de Incentivo de Qualidade
PREVSAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF	Programa Saúde da Família
PRÓ-SUS	Programa de Incentivo ao Desempenho no SUS
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESA/FCMR	Secretaria Estadual de Saúde/Fundação Caetano Munhoz da Rocha
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial/Sistema Único de Saúde
SIG-RH	Sistema de Informação Gerencial de Recursos Humanos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPTe	Saúde na Transformação Produtiva com Equidade
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

APRESENTAÇÃO

Meu interesse no objeto deste estudo — práticas profissionais — foi o de buscar elementos, a partir da perspectiva da Saúde da Família, que contribuam para deslindar alguns dos nós que envolvem o problema da *inadequação dos recursos humanos para as práticas necessárias à mudança do modelo de atenção à saúde no SUS*. Esta decisão se deu a partir do pressuposto de que as práticas profissionais, entendidas como processo social, não acontecem e nem se transformam ao acaso; precisam de estímulos e direcionalidade por parte dos gestores e dirigentes do SUS e das instituições formadoras e, portanto, entram no campo das políticas, sofrendo influências decorrentes dos contextos e conjunturas nacional e internacional. Portanto, não são neutras e não estão imunes aos conflitos de interesses.

No Brasil vivemos uma democracia ainda incipiente, na qual os mecanismos de implementação e financiamento das políticas públicas não estão garantidos *a priori* e os dirigentes políticos, ao invés de incrementar os avanços e a continuidade das experiências e iniciativas institucionais exitosas, geralmente optam por priorizar a (re)inauguração de políticas e projetos, minimizando a importância da implementação de processos já existentes. A cada alternância de governo, as políticas públicas sofrem repetidas soluções de continuidade dificultando o acúmulo de conhecimentos e experiências que contribuam, de forma mais efetiva, para a criação de um aprendizado institucional capaz de fortalecer uma cultura civil e política de incremento das políticas sociais. É comum ver a extinção de projetos e propostas a cada momento de alternância partidária, porém, é muito raro ver iniciativas governamentais de avaliações de resultados antes de extingui-las ou modificá-las, o que gera um *modus operandi* no setor público que limita sua potencialidade e visibilidade como espaço de produção da equidade social.

O mesmo pode-se dizer em relação aos recursos humanos e às práticas profissionais. É preciso qualificar este debate e abrir novas perspectivas capazes de viabilizar mecanismos que demonstrem e valorizem os diferentes graus de compromisso e envolvimento dos profissionais com seus respectivos trabalhos, dando um tratamento desigual aos desiguais e, ao mesmo tempo, estimulando e recompensando aqueles cujo desempenho e dedicação atende aos princípios do SUS. Muitas destas questões me levaram a procurar, no caminho teórico, a compreensão e maturidade para apreendê-las. Neste sentido, optar pelo Doutorado na ENSP foi uma sábia decisão. Mais do que um curso, foi um encontro, uma possibilidade de reiterar a disposição em continuar buscando caminhos para o fortalecimento do SUS a partir da ponta do sistema.

1 INTRODUÇÃO

Até que ponto as práticas profissionais são responsáveis pela baixa eficácia e efetividade do sistema de saúde? São elas causas ou conseqüências do inadequado arranjo político-institucional do setor público de saúde?

Este é o ponto de partida deste estudo que se desenvolve sobre o tema práticas profissionais em saúde, cuja discussão tem estado mais presente no contexto da Reforma Sanitária Brasileira nos últimos anos, devido, principalmente, à expansão e implementação do Programa Saúde da Família (PSF) no Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente criado como mais um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios, o PSF vem apresentando-se como uma estratégia de reorganização da rede de serviços e de reorientação das práticas do cuidado em saúde, superando gradativamente a característica dos programas verticais e passando a ser o eixo estruturante da atenção básica.

Este fato fica mais evidente quando se constata que, ao longo dos últimos anos, vários mecanismos de sustentação ao PSF foram viabilizados garantindo sua implementação, como a criação de incentivos destinados ao PSF pelo Piso da Atenção Básica (PAB) a partir de 1998; a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para a Saúde da Família, em 1997; a implantação, em 1999, de incentivos por extrato de cobertura do PSF aos municípios, destinando recursos proporcionais à adesão ao PSF; o financiamento aos Cursos de Especialização e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a partir de 2001 e, mais recentemente, a aprovação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), em 2002.

Os pressupostos apresentados pela Saúde da Família vêm ao encontro de muitos dos requisitos propugnados como necessários à mudança do paradigma do modelo hegemônico de atenção à saúde e a inclusão e permanência desta proposta na agenda política da saúde parecem demonstrar um consenso dos *policy makers* do Ministério da Saúde em torno desta estratégia. Reconhecida como dotada de capacidade potencial para a conversão do modelo de atenção, esta estratégia descortina possibilidades de novas iniciativas e de organização e prestação de serviços de saúde mais adequados às necessidades contemporâneas.

Destarte, mesmo com a criação destes incentivos, a Saúde da Família se depara com as limitações relativas ao processo de trabalho em saúde e às tradicionais práticas profissionais centradas na assistência curativa fragmentada, especializada e de baixa resolutividade, causando um descompasso entre as necessidades de saúde da população e a organização dos serviços, mantendo restritas as possibilidades de inovações nas práticas do cuidado em saúde.

Este não é um dilema recente no setor público de saúde que vem se debatendo com esta problemática desde o final da década de 1970, com o início da descentralização dos serviços e a adoção da Atenção Primária à Saúde (APS), como marco de referência para a organização do primeiro nível de atenção. O distanciamento entre a formação dos profissionais e a atuação mais próxima das necessidades de saúde da maioria da população já se fazia presente antes mesmo deste processo. Trata-se de um problema crônico inserido em um complexo contexto e, apesar de difícil solução, é um desafio a ser enfrentado tanto pelos órgãos responsáveis pela formação dos profissionais de saúde (políticas de educação) como pelos de prestação de serviços à população (políticas de saúde).

É neste escopo que se situa o presente trabalho, cujo propósito é poder contribuir para o desenvolvimento da atenção básica do SUS que, do nosso ponto de vista, é o *locus* onde se concentra o maior desafio para as políticas de formação e de prestação de serviços. Por ser responsável pelo atendimento de um grande contingente da população torna-se difícil, ou mesmo impossível, pensar em alternativas mais efetivas para a consolidação do sistema e melhoria da sua qualidade e resolutividade sem que as mudanças se dêem a partir deste nível de atenção.

O Programa Saúde da Família, criado em 1994, desenvolveu-se concomitantemente ao desenvolvimento do próprio SUS e, hoje, passado pouco mais de uma década de sua criação e constituindo-se como uma das principais estratégias de mudanças do sistema, traz em seu bojo muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal. Entre eles, o próprio contexto sócio-histórico brasileiro marcado pelas desigualdades sociais, econômicas, políticas, culturais, demográficas e sanitárias. A esta realidade, soma-se a dimensão continental do Brasil que acentua estas desigualdades entre suas cinco macro-regiões, polarizando-as nas Regiões Nordeste, com os piores indicadores sociais e sanitários e a Sudeste, que apresenta, no contexto do país, os melhores indicadores. Com uma população concentrada nos espaços urbanos e nas grandes regiões metropolitanas, em especial nas do Sudeste, o crescimento econômico brasileiro tem-se dado lenta e gradualmente pela via do desenvolvimento industrial periférico e dependente, semelhante à maioria dos países do hemisfério sul.

Dados do IBGE¹ mostram, em 1999, uma ainda elevada presença do analfabetismo em pessoas de 15 anos ou mais (13%); uma taxa de rendimento médio familiar em que 3,5% das famílias são classificadas como sem rendimentos e 27,6% com rendimento de até 2 salários mínimos. Por sua vez, a taxa de renda nominal mensal mostra que 16% da população

possuem renda de até um salário mínimo, em contraposição a menos de 1% da população com renda superior a 30 salários mínimos. E, ainda, que 23,9% dos domicílios sequer possuem água canalizada, 47,2% não têm rede de esgoto e 20,1% não têm qualquer tipo de coleta de lixo. Segundo Ferreira², em 1996, a parcela de renda apropriada pelos 50% dos brasileiros mais pobres era de aproximadamente 12,3% e, em contrapartida, a apropriada pelos 20% mais ricos era de 62,4%. O Índice de Gini (2004) é de 0,591 e no ranking de 127 países, ocupa a 120ª posição, perdendo para países como a Colômbia (119ª), Chile (118ª), México (112ª) e Argentina (109ª)³ e é o 8º pior colocado.

Estes dados mostram parte do retrato das desigualdades que caracterizam o país e que se refletem, conseqüentemente, na situação de saúde da população e na forma como são organizados, ofertados e mantidos os serviços nas diferentes regiões e suas localidades. Os dados observados nos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde⁴ — IDB 2003, reafirmam a percepção sobre as desigualdades regionais e mostram que a mortalidade infantil no país varia de 16/1000 nascidos vivos na região Sul até 43/1000 nascidos vivos na região Nordeste. Por sua vez, a proporção de pobres — percentual da população com renda familiar *per capita* de até meio salário mínimo, varia de 19% nas regiões Centro-Oeste e Sul até 53% na Nordeste⁴.

Outro fato que ressalta a importância das desigualdades sociais no Brasil refere-se à dívida política marcada pelo autoritarismo que dominou o país por duas décadas, deixando importantes seqüelas para o seu desenvolvimento e que estão refletidas na fragilidade do processo de democratização da sociedade e de luta pela conquista de políticas sociais mais estáveis e duradouras que atendam ao bem-estar da população. O direito de cidadania não está incorporado ao cotidiano dos indivíduos e famílias que ainda necessitam lutar pela sua sobrevivência mais do que por seus direitos humanos. Como afirma Mendes⁵,

No Brasil, o direito à cidadania ainda é visto como privilégio de poucos e concessão do Estado. Trazido para o campo das políticas sociais, as relações entre Estado e segmentos populares instituem um padrão de “cidadania regulada” em que os direitos dos cidadãos aparecem como *benesse*, sujeitos ao controle de uma burocracia que, por meio de normas, estabelece quem tem ou não direitos (p. 68).

Os argumentos trazidos por Mendes⁵ incorporam o conceito de cidadania regulada elaborada por Santos⁶, para quem a fragilidade e a incipiência dos direitos de cidadania estão fortemente presentes no nosso contexto. Ao analisar o desenvolvimento político, econômico e social no Brasil, o papel do Estado nas políticas públicas e a arquitetura legal e burocrática voltada à promoção da equidade, o autor aponta que:

[...] o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, [...] é definido por norma legal. [...] são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas* em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, antes que pela expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade [...] Os direitos dos cidadãos são decorrência dos direitos das profissões e as profissões só existem via regulamentação estatal. O instrumento jurídico comprovante do contrato entre o Estado e a cidadania regulada é a carteira profissional que se torna, em realidade, mais do que uma evidência trabalhista, uma certidão de nascimento cívico. Quando, após reestruturar nestes moldes a esfera da produção, o Estado se volta para a política social *strictu sensu*, a ordem de cidadania regulada assim gerada irá condicionar o sistema de desigualdades decorrentes da política oficial de previdência, por um lado, e o desenvolvimento de um conflito ao mesmo tempo político e intra-burocrático, por outro (p.76).

Corroborando as reflexões acima, Cohn⁷ aponta aspectos que têm norteado o debate sobre a efetividade das políticas sociais no combate às desigualdades. Deixa evidente a necessidade de se superar a antinomia que prevalece no Brasil entre políticas econômicas *versus* políticas sociais na perspectiva de se viabilizar um projeto de desenvolvimento social, com ênfase nas políticas sociais orientadas pela equidade e no enfrentamento das necessidades dos diferentes segmentos sociais. Para ela,

[...] configura-se (no Brasil) um sistema de proteção social composto por inúmeros programas de políticas setoriais [...] de baixa eficiência e eficácia, de vida efêmera, e impermeável ao controle público. Em resumo, herda-se no presente um enorme aparato institucional voltado para ações na área social e que, tomado em seu conjunto, na prática acabam por reproduzir as desigualdades sociais ao invés de se traduzirem em políticas sociais compensatórias das desigualdades originadas no mercado. [...] talvez o maior desafio que se apresenta hoje para a reversão da lógica que vem regendo as políticas sociais no país resida em superar o raciocínio contábil – de caixa – como critério exclusivo de formulação e implementação de políticas sociais e, portanto, de extensão dos direitos sociais e do acesso dos setores mais pobres da sociedade a benefícios e serviços sociais básicos. [...] o desafio presente consiste em romper os grilhões que vem sendo denominado de ditadura dos economistas [...], buscando compatibilizar desenvolvimento e crescimento econômico com democracia social (p.14).

Agrega-se a essas reflexões a organização política governamental da dimensão territorial do país. Dados apresentados pelo IBGE⁸ sobre a conformação do território brasileiro mostram um expressivo número de municípios — 5.564, sendo que 50% deles com uma população inferior a 10 mil habitantes e cerca de 90% com população de até 50 mil,

configurando um expressivo conjunto de municípios de pequeno porte, conforme demonstra o Quadro 1.

QUADRO 1.1 — Distribuição dos municípios brasileiros por faixa populacional e região. Brasil, 2004.

POPULAÇÃO/REGIÃO	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL	TOTAL	
						Nº	%
Até 10 mil habitantes	182	662	269	826	736	2675	48,1
De 10 até 50 mil habitantes	219	997	165	612	354	2327	41,8
De 50 até 100 mil habitantes	31	103	19	103	53	309	5,6
De 100 até 500 mil habitantes	15	41	9	111	43	219	3,9
Mais de 500 mil habitantes	2	10	4	16	2	34	0,6
TOTAL	449	1793	466	1668	1188	5564	100

FONTE: IBGE – Estimativa Populacional, 2004.

Esta heterogeneidade na conformação e ocupação dos municípios — 90% dos municípios com população de até 50 mil habitantes *versus* 4,5% com população acima de 100 mil — representa outro desafio para a implementação das políticas públicas e, no caso da saúde, envolve obrigatoriamente a adoção de diversificados mecanismos de gestão do sistema e de planejamento, organização e avaliação dos serviços. Esta discrepância entre a quantidade de municípios com menos de 10 mil habitantes (48%), os de 100 e até 500 mil (3,9%) e os que têm mais de 500 mil (0,6%) por sua vez, está presente em todas as regiões e permeia o país de norte a sul.

Olhando pelo prisma do arranjo intergovernamental, vimos que o Brasil optou pelo Estado federativo integrando os 10% dos países do mundo (22 nações) que adotaram formalmente este sistema político, o que não pode deixar de ser considerado um desafio quando se analisam questões relativas à administração pública e ao papel do Estado nas relações de bem estar social. Para Abrucio⁹,

[...] o Estado federal deriva da formação de uma nação onde a soberania é compartilhada entre o governo central e os subnacionais. Sua regra de ouro é a busca da compatibilização do autogoverno com a interdependência, por via

primordialmente de um contrato (ou pacto) consubstanciado na Constituição, mas também por outros mecanismos institucionais. [...] a Federação [...] estabelece um governo central com poderes próprios, embora controlados pelos outros entes federativos (p.231-32).

Para Almeida¹⁰, as relações entre federalismo e descentralização não são simples e, segundo a autora, os sistemas federativos contemporâneos são complexos, tanto do ponto de vista conceitual quanto do ponto de vista do funcionamento efetivo do sistema. Para ela, no Brasil,

[...] a Assembléia Nacional Constituinte (1987-88) foi o estuário das correntes descentralizadoras geradas na luta pela democratização, o que resultou em uma verdadeira revolução descentralizadora. A Constituição de 1988 definiu um novo arranjo federativo com significativa transferência de capacidade decisória, funções e recursos do governo nacional para estados e, especialmente, para municípios (p.17).

Estes dados e reflexões ilustram a complexidade dos processos de negociação, pactuação e coalizões em torno dos processos decisórios e das políticas quando estão no tabuleiro do jogo os 26 estados, o distrito federal e 5.564 municípios, todos com autonomia e responsabilidades compartilhadas de poder. Da mesma forma, demonstra as dificuldades que nosso país encontra para a implementação de políticas públicas principalmente na perspectiva do fortalecimento da democracia e consolidação das políticas sociais, como é o caso do SUS. A nosso ver, qualquer análise a ser feita no campo das políticas sociais e da saúde não pode prescindir da análise deste contexto.

Para completar este panorama, em se tratando especificamente do sistema de saúde, outro desafio se agrega a esta imbricada rede de situações: a necessidade de superação do paradigma flexneriano, ainda predominante no modelo de atenção e que continua exercendo forte influência na formação e determinação das práticas profissionais em saúde, na organização dos serviços e no imaginário da população que, assiduamente, é induzida a acreditar que este é o modelo que tem o poder de resolver seus problemas e necessidades de saúde.

Frente a este quadro, o papel que se espera de um Estado comprometido com a consolidação da democracia, numa proposta transformadora da relação Estado e Sociedade, é, principalmente, a de garantir mecanismos que visem o enfrentamento e a atenuação destes complexos e macro problemas sociais. As políticas públicas, em particular as institucionalizadas pelos governos, devem ser efetivamente assumidas como mecanismos

capazes de promover maior equidade e justiça social, minimizando toda a sorte de desigualdades presentes no cenário do país.

Neste contexto, o campo da análise das políticas públicas emerge como um caminho privilegiado por permitir a produção e disseminação de informações de interesse social que podem contribuir para dar maior transparência aos resultados alcançados (ou não) pelas políticas, projetos e programas sociais financiados com recursos públicos.

O SUS, como produto de uma reforma setorial contemporânea e em construção, tem seus fundamentos doutrinários inspirados na democratização da sociedade e, apesar de suas diretrizes representarem um ideário a ser conquistado, há estudos que demonstram avanços já alcançados. Almeida¹⁰ e Souza¹¹ mostram que, em relação à descentralização das políticas na área social, o SUS é um exemplo de reforma setorial considerada de sucesso. Para Almeida¹⁰,

[...] o SUS constituiu, seguramente, a mais-bem sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático. Ainda que a implantação do novo sistema esteja longe de se completar, e muitos sejam seus impasses, no estágio atual já significa uma transformação profunda do sistema público de saúde (p.20).

Souza¹¹ vai mais além ao afirmar que:

[...] o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e o único a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população, incluindo pacientes com HIV positivo, sintomáticos ou não; pacientes com problemas renais crônicos e doentes de câncer (p.448).

Estas afirmações traduzem o sentimento de muitos sujeitos e atores sociais que não só participaram da formulação de suas bases teórico-conceituais como continuam atuando em sua implementação. Alguns autores como Mendes⁵, Souza¹¹ e Viana et al.¹² afirmam que o SUS nasceu antes mesmo da aprovação das próprias leis que o instituíram, fruto de uma ampla mobilização de diferentes atores e sujeitos sociais.

Escorel¹³ retrata, de forma ímpar, a trajetória que marcou a evolução do movimento social que se deu em torno da democratização da saúde no país e que ficou conhecido como Movimento Sanitário Brasileiro. Até se chegar ao SUS, foram aproximadamente duas décadas que ficaram marcadas por intensos debates em torno de produções teórico-conceituais e experiências inovadoras na organização de serviços de saúde. Estes debates possibilitaram

acumular conhecimentos e mobilizar forças que permitiram viabilizar uma nova concepção de política nacional de saúde e um novo paradigma para a orientação do modelo assistencial. Este movimento consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, configurando um cenário mais favorável às mudanças em favor da criação do SUS.

Embora o movimento sanitário tenha concentrado boa parte de sua trajetória de luta na viabilização de espaços institucionais mais do que na sociedade civil propriamente dita, Escorel¹³ afirma que:

A VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais [...].discutiu-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde [...] aprovaram-se definições e propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema. Dotada de grande representatividade social, mesmo na ausência dos prestadores privados, esta CNS passou a significar, através de seu relatório final, a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novos integrantes e parceiros. Os desdobramentos principais da Conferência foram a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional das Entidades de Saúde que se fez representar intensamente no processo constituinte visando à aprovação das propostas da VIII CNS e obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário (p.187).

Todavia, desde sua implantação, o SUS vem enfrentando além das conseqüências advindas da não implementação do que foi aprovado na Constituição Federal de 1988, em especial no que se refere à garantia dos mecanismos de financiamento do sistema, os problemas decorrentes da crise financeira provocada pelo crescimento dos custos setoriais e dos mecanismos mundiais de ajuste fiscal que vêm afetando duramente as políticas sociais, principalmente nos países periféricos.

Semelhante à situação encontrada em outros países, especialmente nos centrais, desde os anos 70, o aumento dos gastos em saúde tem levado à necessidade de profundas reformas setoriais em praticamente todo o mundo. Mendes⁵ denomina este movimento de “movimento universal em prol da reforma dos sistemas de saúde” (p.19), englobando desde a necessidade de mudanças do modelo de atenção à saúde, melhor alocação e racionalização dos custos até reformas do ensino médico.

Para Mendes^{5,14}, um dos importantes vetores da crise é que os sistemas de saúde, fortemente influenciados pelo modelo médico hegemônico, têm sido altamente ineficientes ao

concentrarem seus gastos em procedimentos custosos e de baixo impacto sobre a saúde da população. O autor aponta três correntes de interpretação para a crise na saúde: a incrementalista, a racionalista e a estruturalista, sendo que a primeira, em sua opinião, é a mais forte no Brasil. Esta corrente (incrementalista) interpreta a crise da saúde como decorrente do baixo nível dos recursos investidos em saúde, fator que não possibilitaria organizar adequadamente um sistema para atender as necessidades de saúde da população. Na análise racionalista, a crise deriva das ineficiências internas do setor e, assim sendo, o esforço reformista deveria ser canalizado para o controle das irracionalidades intrínsecas aos sistemas de saúde. A corrente estruturalista defende que a crise tem uma determinação estrutural, que decorre da impossibilidade de conciliar, no atual modelo hegemônico, o conflito entre as forças expansivas do sistema de saúde (transição demográfica, acumulação epidemiológica, medicalização da sociedade, processo de urbanização, incorporação tecnológica, incremento da força de trabalho e corporativismo empresarial e profissional) com seus mecanismos de controle expressos, fundamentalmente, nas estratégias de contenção dos custos dos sistemas de saúde.

Este quadro da crise internacional e nacional do setor saúde é reiterado por outros autores como Piola e Vianna¹⁵, Freeman e Moran¹⁶, France¹⁷ e Campos¹⁸ e, a este respeito, afirma este último autor que, no caso brasileiro:

As dificuldades do SUS têm duas origens principais: por um lado, há insuficiência de recursos financeiros. A média *per capita* nacional de mais ou menos 300 reais habitante/ano, com certeza, é insuficiente para assegurar atenção universal, equitativa e integral. Nenhum sistema de saúde conseguiria atingir esses objetivos com esse volume de recursos [...] Por outro lado, há também o desafio de se mudar o modelo de atenção; ou seja, de desenvolver-se outro modo para produzir saúde que seja mais eficaz e opere com menores custos (p.1-2).

O modelo de atenção à saúde é tido para Mendes⁵ e para Campos¹⁹ como um dos fatores da ineficácia e encarecimento do sistema e ambos apontam a necessidade de dar-se continuidade, no nosso caso, ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e, neste sentido, Campos¹⁹ aponta a necessidade de inaugurar-se uma etapa deste processo que ele denomina como a *reforma da reforma*.

Ambos os autores têm razão quando ressaltam a necessidade de avançar-se em direção às mudanças propostas pela reforma setorial. Entretanto, do nosso ponto de vista, é importante considerar que a Reforma Sanitária ainda encontra-se inconclusa e insuficientemente implementada e que talvez a denominação *reforma da reforma* não seja a

mais adequada para retratar o contexto brasileiro. De acordo com o afirmado anteriormente, os preceitos da Constituição Brasileira de 1988 ainda não foram assegurados satisfatória e solidamente, em especial, nas áreas sociais. E no que se refere à Saúde, muito precisa ser feito para que se possa afirmar que o SUS é efetivamente um projeto de Nação ou uma política de Estado voltado para toda a sociedade.

Desta forma e complementando o quadro acima, considera-se que os princípios e diretrizes do SUS não foram efetivados por vários e complexos motivos, entre os quais destacam-se: a descentralização e municipalização dos serviços ainda recentes em nosso contexto sócio-histórico; a criação de mais de mil municípios após a Constituição de 1988 e, portanto, de formação e capacidade de gestão muito recentes; a regionalização e a equidade no acesso às ações e serviços de saúde que está longe de estar assegurada à totalidade da população, o que pode ser evidenciado, em especial, na dificuldade de acesso da população de menor poder aquisitivo às ações de maior complexidade e custo do sistema e a integralidade do cuidado, que apenas mais recentemente tem sido incorporada ao debate acerca das práticas profissionais em saúde.

E mais, a própria universalização do atendimento do SUS não está totalmente efetivada e ainda contempla, principalmente, a parcela da população que não tem acesso à medicina privada ou a planos de saúde ou similares, serviços que são procurados pela população de maior poder aquisitivo. Enfim, o SUS ainda não pode ser considerado um projeto político e socialmente legitimado nem do ponto de vista das instâncias governamentais e tampouco da sociedade brasileira, decorrente, em parte, da pouca participação da população na vida social do país e da baixa consciência de cidadania, ainda não incorporada ao cotidiano das pessoas.

Assim sendo, avalia-se que a mobilização em torno da *reforma da reforma* deva enfatizar e focalizar claramente um *fazer valer a reforma* agregando novos elementos de análise a um processo (inacabado), que já produziu mudanças e conquistas no campo social, mas que é insuficiente para assegurar a efetivação das mudanças necessárias. Reafirmar os avanços e apontar os limites a serem superados pode contribuir para incrementar o percurso da construção das políticas sociais no Brasil e fortalecer o processo de construção de uma sociedade mais justa. Por fim e ao cabo, entende-se que esta questão deva ser tratada com a merecida cautela para não dar margem à compreensão de que se estaria inaugurando uma nova etapa ou um novo momento da Reforma Sanitária, como se seus pressupostos estivessem sido esgotados. O (frágil) contexto político brasileiro ainda requer muito esforço e

zelo em torno da consolidação e da efetivação dos mecanismos políticos e técnico-operacionais que garantam, pedagogicamente, o cumprimento das políticas públicas e dos projetos sociais.

Por sua vez, a mudança do modelo de atenção à saúde tem sido reiteradamente discutida na Reforma Sanitária Brasileira, antes inclusive da criação do SUS. Um sistema de saúde que valorize as ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e a atenção às pessoas na perspectiva da integralidade do cuidado e do acesso aos serviços sempre foi idéia defendida pelos atores e sujeitos sociais mobilizados em torno da mesma. Estes pressupostos são identificados como vetores capazes de produzir impacto positivo na construção de um novo modelo de atenção, superando o anterior que permanece amalgamado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, à fragmentação do cuidado em saúde.

No âmbito do debate sobre o novo modelo de atenção emerge a necessidade de se dispor de recursos humanos adequados a este novo modelo, que é a arena eleita para o desenvolvimento do presente estudo. Este tema, também recorrente nos debates da reforma, mostra uma unanimidade entre os atores e sujeitos sociais comprometidos com o SUS quanto ao reconhecimento e importância de se criar um novo modo de fazer saúde.

Tem-se constatado ao longo do tempo que o perfil de atuação dos profissionais formados pelas nossas universidades não tem sido suficientemente adequado para um trabalho na perspectiva da saúde como produto social, da integralidade da atenção e das práticas mais holísticas e humanizadas de saúde.

Neste contexto e considerando que as práticas profissionais não acontecem ao acaso, não se exercem num vazio e que estão articuladas a um corpo de idéias, a um conjunto de ações coordenadas que configuram um processo de trabalho em saúde historicamente determinado que, por sua vez, é condicionado pela forma como os serviços são organizados e geridos, buscou-se, inicialmente, por meio de uma revisão de literatura, elementos que pudessem evidenciar a interface entre os modelos de atenção, formação e práticas profissionais na perspectiva da Saúde da Família.

Há, neste sentido, nos ambientes de ensino, um movimento crescente em torno das reformas curriculares, principalmente dos cursos de medicina e de enfermagem, visando à promoção de mudanças substantivas no perfil dos profissionais egressos desses cursos.

Entretanto, ainda que se avalie como de imprescindível importância a discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS, é preciso encontrar alternativas que priorizem a problemática em torno dos profissionais já inseridos no sistema, em pleno exercício profissional, reconhecendo-os como *sujeitos* que dentro dos limites e possibilidades dos serviços, vêm encontrando os caminhos para a organização da atenção básica do SUS.

O desafio de olhar para este problema, buscando encontrar as melhores alternativas para minimizar os efeitos da formação inadequada que esses profissionais tiveram é grande, assim como é grande o desafio de encontrar caminhos que possam contribuir para o redirecionamento dessas práticas profissionais.

A Constituição Federal de 1988²⁰, ao afirmar, respectivamente, nos Incisos III e V do Artigo 200, Seção II (Saúde) do Capítulo II (Da Seguridade Social), que “ao Sistema Único de Saúde compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” e “incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico” do setor, dá um avanço importante no campo jurídico-legal acerca deste tema. Entretanto, o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde — ambos envolvidos diretamente com o tema, mostraram-se, até o momento, bastante tímidos e lentos quanto à criação de dispositivos para o cumprimento do que está na Constituição.

Em relação ao processo de formação profissional na graduação, segundo Almeida²¹, as Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) para os 14 cursos que integram a área da saúde deram sinais mais positivos de mudanças curriculares somente a partir de 2001, com a aprovação das diretrizes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição. No período compreendido entre 2001 e 2004 foram aprovadas as demais diretrizes curriculares sendo que dos 14 cursos, apenas os de Enfermagem, Farmácia e Nutrição explicitam que o processo de formação deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde. Os cursos de Medicina, Biomedicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia e Terapia Ocupacional deixam claro que a formação desses profissionais deverá considerar o sistema vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. Os demais cinco cursos não fazem menção específica a qualquer destas situações.

O Ministério da Saúde, por sua vez, deu um passo mais decisivo para o enfrentamento deste problema com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) cuja missão é fazer cumprir o disposto na Constituição de 1988.

Mas, considerando ser recente a criação dessa Secretaria, ainda são frágeis os resultados das iniciativas voltadas aos serviços de saúde nos diferentes âmbitos de gestão do SUS. Destacam-se, para a finalidade deste estudo, entre as propostas desta Secretaria, as que buscam caminhos para fortalecer a capacidade gestora dos recursos humanos nos estados e municípios e a da educação permanente em saúde como indutora de mudanças do processo de trabalho em saúde e da formação dos profissionais de saúde.

Estas reflexões iniciais aliadas ao interesse particular da autora em contribuir para a adequação e valorização dos profissionais de saúde — trabalhadores do SUS, sujeitos e sujeitados deste processo, e também de fortalecer a atenção básica — *chão de fábrica* do SUS, motivaram a opção de estudar as Práticas Profissionais em Saúde no âmbito da estratégia da Saúde da Família tendo como unidades de análise os médicos e enfermeiros inseridos nas equipes locais. São eles que recebem, cotidiana e continuamente, a população que procura as soluções para suas necessidades e problemas de saúde e, de um modo ou de outro, são eles os que constroem os caminhos por dentro do sistema.

O escopo proposto neste trabalho foi identificar, a partir dos profissionais de saúde, quais os fatores que impulsionam ou restringem o desenvolvimento das novas práticas profissionais no âmbito da Saúde da Família e que permitem, no cenário da Reforma Sanitária, imprimir avanços em direção à conversão do modelo de atenção à saúde.

PLANO DE APRESENTAÇÃO DA TESE

A apresentação desta tese está organizada, incluindo esta **INTRODUÇÃO** em oito capítulos que abordam, em síntese, os seguintes conteúdos:

- **CAPÍTULO 2 – ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS RELACIONADOS AO OBJETO DE ESTUDO.** Este capítulo está subdividido em sete tópicos que descrevem a estrutura de desenvolvimento da pesquisa — as questões norteadoras, os objetivos, as hipóteses de investigação, o caminho metodológico, a representação esquemática da pesquisa e apresenta ao leitor o município selecionado para o estudo de caso.
- **CAPÍTULO 3 – ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS RELACIONADOS AO OBJETO DE ESTUDO.** Este capítulo subdivide-se em três tópicos que apresentam e contextualizam o debate sobre as práticas profissionais em saúde e na Saúde da Família, em especial a dos médicos e dos enfermeiros; discute o escopo das ações de saúde na rede básica e a

necessidade de mudanças das práticas de modo a contemplar as necessidades de saúde da vida contemporânea e as referências das quais se extraiu as categorias de análise para orientar o trabalho de campo.

- **CAPÍTULO 4 – SAÚDE DA FAMÍLIA: DECORRÊNCIA OU SOLUÇÃO?** Este capítulo subdivide-se em três tópicos que contextualizam o papel da Reforma do Estado e sua influência no contexto das reformas setoriais; aborda os referenciais que permeiam a implementação da Saúde da Família enquanto estratégia de reorganização do sistema; os mecanismos de implementação da Saúde da Família e os referenciais da Atenção Primária e Atenção Básica que perpassam o debate na Saúde da Família e as propostas de organização tecnoassistenciais - Ações Programáticas, Vigilância à Saúde e Em Defesa da Vida.
- **CAPÍTULO 5 – AS PRÁTICAS INSTITUCIONAIS E A GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.** Este capítulo subdivide-se em dois tópicos que discutem as práticas institucionais na gestão de recursos humanos na perspectiva da nova administração pública, em especial da Gestão de Pessoas como mecanismo indutor de novas práticas institucionais e profissionais e a Educação Permanente em Saúde como instrumento de gestão para a indução de processos de mudança das práticas institucionais e de atenção à saúde.
- **CAPÍTULO 6 – RESULTADOS DA PESQUISA: EXPRESSÕES DE UM COTIDIANO EM CONSTRUÇÃO.** Este capítulo subdivide-se em nove tópicos que apresentam e discutem os principais resultados encontrados no desenvolvimento do estudo; apresenta os participantes do estudo, o perfil dos profissionais e suas trajetórias profissionais e institucionais; apresenta a organização do trabalho e o funcionamento do sistema de saúde no município estudado; analisa as práticas cotidianas de trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros em relação às práticas individuais e coletivas de atenção à saúde; apresenta aspectos relativos à valorização e satisfação com o trabalho; a participação social em saúde e o trabalho com a comunidade e analisa as práticas organizacionais voltadas à Saúde da Família à luz das informações extraídas dos questionários, dos depoimentos de profissionais entrevistados e de entrevista com os dirigentes institucionais.
- **CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES:** Este capítulo apresenta as principais conclusões do estudo e aponta os fatores que foram considerados impulsionadores e restritivos para o desenvolvimento da Saúde da Família no município estudado.
- **CAPÍTULO 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este capítulo fecha o estudo numa perspectiva mais pessoal da pesquisadora e apresenta novos questionamentos e desafios para a consolidação

da Saúde da Família como estratégia de reorganização da Atenção Básica e de reorientação das práticas profissionais, à luz dos resultados do estudo.

Por fim, são apresentadas as **REFERÊNCIAS** citadas neste estudo e que deram substrato para o desenvolvimento do trabalho e serviram de apoio à construção teórico-metodológica. As referências estão apresentadas em ordem numérica de entrada no texto, conforme orientações e normas para publicação de teses da instituição. A sistematização da tese se completa com os Apêndices e Anexos, conforme citados nos seus respectivos capítulos.

**2 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS
RELACIONADOS AO
DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO**



2.1 O PONTO DE PARTIDA DA INVESTIGAÇÃO

Para Minayo²², o campo da Saúde Coletiva pode ser considerado um campo privilegiado de pesquisa por permitir, aos pesquisadores, além da exploração de diferentes áreas do conhecimento, a possibilidade de escolha de múltiplos caminhos para apreender a realidade. Sendo a saúde considerada um direito humano universal, seu estudo integra-se às instâncias que compõem o cenário social. Para ela,

[...] Dentro desse caráter peculiar está sua abrangência multidisciplinar e estratégica. Isto é, o reconhecimento de que o campo da Saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Neste sentido, ele requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente (p.13-14).

Este parágrafo ilustra o olhar do qual partiu a autora para a realização desta investigação, assumindo, *a priori*, as limitações e parcialidades dos resultados encontrados que não superam a realidade, mas que podem contribuir para seu avanço e transformação. Optar por um caminho, precisar o recorte da realidade que se pretende apreender, delimitar o objeto de estudo e traduzi-lo em perguntas-chave talvez seja um dos momentos mais difíceis da construção de um projeto de pesquisa, uma vez que as questões de estudo representam a síntese do fundamento lógico pelo qual se pretende trilhar. Por outro lado, não deixa de ser também o mais desafiador, pois permite, à luz das experiências práticas, dos conhecimentos teóricos adquiridos durante a trajetória das disciplinas do curso de doutorado e do trabalho empírico, procurar as possíveis respostas ou informações que elucidem as questões e hipóteses previamente selecionadas.

Este estudo parte do pressuposto de que a Saúde da Família como política pública governamental, apesar de ter sido formulada no âmbito do Ministério da Saúde □ governo federal encontrou adesão dos municípios principalmente devido aos aportes que foram sendo criados para sua implementação, tanto os incentivos financeiros como os operacionais. Foram criados: os incentivos do PAB (forma variável); o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); as normas de operacionalização do PSF nos municípios (número de equipes por habitantes, número de equipes por família, número de Agentes Comunitários de Saúde - ACS por equipe e famílias, cadastro familiar); recursos financeiros para a área de formação e

desenvolvimento de recursos humanos (Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família; Cursos Introdutórios aos princípios da Saúde da Família; Cursos de Especialização em Saúde da Família; Cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, entre outros).

Nesse sentido, em se tratando do contexto brasileiro, pode-se dizer que como política pública, a Saúde da Família usufrui de uma condição privilegiada, pois vem sendo acompanhada de várias iniciativas voltadas à sua implementação, o que lhe confere um *status* diferenciado no âmbito da Atenção Básica do SUS. Entretanto, por se tratar de uma das principais estratégias de mudança do modelo de atenção requer processos consistentes de análise e avaliação que permitam correções de rumos e aperfeiçoamento de seus resultados para potencializar-se como alternativa de mudança do modelo.

Para Arretche²³, a análise de políticas públicas consiste no exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos de um determinado programa e sua análise “busca reconstituir suas diversas características, de forma a apreendê-las em um todo coerente e compreensível, dando sentido e entendimento ao caráter errático da ação pública” (p.30).

O campo da análise e da avaliação de políticas, por sua vez, contempla a implementação como uma de suas dimensões que, para Perez²⁴, é nesta fase (de implementação) que ocorrem as transformações das políticas uma vez que na passagem da fase de formulação (*policy making*) para a de ação é que emergem os diferentes percalços e dificuldades de operacionalização de uma política, muitas vezes não previstas nos processos de tomada de decisão (*decision making*). Isso justifica a importância dos estudos voltados à análise e avaliação de programas e políticas sociais. Para Lobo²⁵,

[...] em se tratando de processos, a avaliação se estrutura de forma que privilegie análises qualitativas. A idéia de processo supõe variações político-institucionais num *continuum* de tempo e espaço. O desenho de estratégias de avaliação de processos pode ser bastante complexo, envolvendo variáveis que vão desde os atores envolvidos até os mecanismos que impulsionam ou refreiam a consecução de objetivos. A questão da cultura organizacional responsável pelo desenvolvimento das atividades se reveste de especial importância (p.81).

Considerando a trajetória da Saúde da Família no processo da reforma, suas implicações para a organização da Atenção Básica e sua potencialidade para a conversão do modelo (conversão entendida aqui como capacidade de transformação, de mudança da

natureza e da essência do modelo de atenção à saúde) julgou-se oportuno o estudo, visando subsidiar futuras avaliações e tomadas de decisão. Assim sendo, aqui reside uma primeira característica deste trabalho: trata-se de um estudo de análise de aspectos de uma política pública em sua fase de implementação.

Para tanto, optou-se por eleger, como condição essencial para que haja mudança do modelo, os recursos humanos em saúde considerados aqui, como o recurso primordial na produção de mudanças mais efetivas e duradouras no âmbito do SUS e, em especial, na Atenção Básica. Sem a participação e ação das *pessoas* que atuam nos serviços de saúde – principalmente das que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e na Saúde da Família, não há conversão ou mudança substantiva do modelo de atenção. Daí que apreender as diversas formas de expressão das práticas profissionais dos médicos e enfermeiros inseridos nas equipes buscando sua interface com as práticas organizacionais, tornou-se o desafio que a autora propôs-se a estudar. Delimitou-se, portanto, a segunda característica deste estudo e que define seu escopo: trata-se de um estudo das práticas dos médicos e enfermeiros inseridos na Saúde da Família.

Esta priorização demonstra a concordância com as afirmações de Vergara²⁶ e Motta²⁷ quando afirmam que *Pessoas* são os recursos mais importantes para se produzir mudanças no interior de uma organização. Para estes autores, os processos de mudanças são construções sociais e, na sociedade contemporânea, as instituições sociais (famílias, escolas, organizações e empresas) têm vivenciado uma democratização crescente em seus interiores. Isso posto, fica evidente a importância de, nos processos de mudanças, dar-se maior valor às políticas voltadas aos recursos humanos nos ambientes de trabalho, como já exposto anteriormente.

É importante reconhecer que nestas últimas décadas, muitos estudos sobre o tema “recursos humanos em saúde” foram desenvolvidos. No campo da formação dos profissionais há uma vasta literatura apontando os processos de mudanças curriculares no ensino de graduação. Quanto ao desenvolvimento de recursos humanos e, em especial, no campo da gestão, ainda que haja muitas e significativas contribuições, para Paim²⁸, a maioria dos documentos produzidos no âmbito do Ministério da Saúde situa-se mais na perspectiva de proposições do que de políticas propriamente ditas.

Esta reflexão do autor nos permite deduzir que esta temática - recursos humanos - ainda não foi efetivamente absorvida pela agenda política da saúde, nem no plano de formulação de políticas (*policy making*), tampouco no de tomada de decisão (*decision*

making). Isso não significa, no entanto, ausência de atores sociais envolvidos com esta questão ou falta de propostas consistentes para o enfrentamento do problema; pelo contrário, demonstra o grau de dificuldade para se obter coalizões e consensos capazes de consolidar iniciativas e propostas que efetivamente superem os problemas apontados nas inúmeras análises já existentes e consagradas neste campo.

Tomando as três Conferências Nacionais de Recursos Humanos realizadas no período de 1986 a 2006, pode-se observar, primeiramente, um intervalo longo de tempo entre a realização das mesmas, ou seja, da primeira para a segunda o intervalo foi de sete anos e da segunda para a terceira, 13. Esta demora, no entanto, não significa ausência do debate e de reflexões em torno desta questão. Pelo contrário, muitos eventos foram promovidos pelo Ministério da Saúde em concomitância à implantação de novos programas ou políticas de saúde, embora não com a profundidade e abrangência que uma Conferência propicia.

A I Conferência²⁹, realizada em outubro de 1986 foi promovida pelos Ministérios da Saúde, da Educação, da Previdência e Assistência Social e pela Organização Panamericana de Saúde e foi coordenada pela Comissão de Recursos Humanos da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) tendo como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. Foram discutidos cinco núcleos temáticos, a saber:

- 1) **VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL:** mercado de trabalho em saúde; recrutamento e seleção de pessoal; treinamento de ingresso; estágio probatório; salários, jornada e regime de trabalho; planos de cargos e salários; avaliação de desempenho; quadros de lotação e remanejamento de pessoal; equipe de saúde e o desafio da nova gerência dos serviços.
- 2) **PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS:** formação e aprimoramento de pessoal dos níveis médio e elementar; ensino de graduação; educação continuada para pessoal de nível superior na perspectiva dos serviços; capacitação de recursos humanos para a saúde após a graduação; integração docente-assistencial, hospitais de ensino/centros de saúde/distrito-escola.
- 3) **ÓRGÃOS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE:** as estratégias de integração interinstitucional; análise da situação atual; análise e proposições.
- 4) **A ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE:** as entidades profissionais e as entidades de servidores; direitos trabalhistas do servidor público; isonomia salarial; condições de trabalho.

5)A RELAÇÃO DO TRABALHADOR DE SAÚDE COM O USUÁRIO DOS SERVIÇOS: os trabalhadores de saúde; os usuários dos serviços.

Vale lembrar que o contexto naquele período era o da redemocratização do país e do início da desconcentração dos serviços de saúde e, embora predominasse no mercado de trabalho o setor privado, o setor público municipal começava a dar sinais visíveis de crescimento decorrente da proposta das Ações Integradas de Saúde. Esta Conferência, portanto, a nosso ver, foi importante naquele momento por deslocar o eixo de análise do problema relativo aos recursos humanos em saúde da dimensão estritamente técnica para a dimensão política, apontando claramente a ausência de uma política adequada de recursos humanos para atender as necessidades de saúde do país.

Nas conclusões apresentadas, evidenciou a necessidade do estabelecimento de melhores relações entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços; a preocupação com as práticas institucionais ditadas por interesses políticos e eleitorais e sua influência negativa na área de recursos humanos e reiterou a importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação se dê de forma mais adequada à realidade social brasileira²⁹.

Em setembro de 1993 foi realizada a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde³⁰ promovida pelo Ministério da Saúde e conduzida pela Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Com o propósito central de analisar a situação dos serviços e das práticas profissionais consideradas caóticas para atender as necessidades do SUS, inclusive comprometendo sua própria concepção por não encontrar, nos recursos humanos, tidos como um dos pilares de sua sustentação, o apoio necessário à sua efetivação, a II Conferência foi organizada em diversas frentes de discussão mediante conferências, painéis e painéis específicos.

As duas conferências centrais trataram dos temas Desafios Éticos nas Políticas de Recursos Humanos Frente às Necessidades de Saúde e o Contrato de Trabalho. Os quatro painéis centrais discutiram os seguintes temas: **1) Recursos Humanos no Contexto de um Sistema de Saúde em Transição;** **2) Preparação de Recursos Humanos no Contexto da Transição do Sistema de Saúde: dilemas e perspectivas;** **3) Gestão do Trabalho no Contexto do Sistema de Saúde em Transição: desafios e conflitos;** e **4) Contrato de Trabalho.** Os 22 painéis específicos trataram de temas correlatos a esses.

O Relatório Final desta Conferência trouxe, no contexto da saúde, uma análise sobre o modelo de atenção, na qual destaca que:

De maneira geral, os modelos de atenção à saúde não contemplam as necessidades de saúde da população e estão em desacordo com os princípios do SUS [...]; o modelo assistencial ainda prevalente tem caráter hospitalocêntrico, com predomínio das ações de caráter curativo, em detrimento das ações de caráter preventivo [...] gestores, dirigentes e profissionais de saúde [...] estão despreparados para a utilização da epidemiologia como instrumento de reorientação da sua própria prática (p.9-10).

Esta citação reitera as críticas ao modelo de atenção curativo e a necessidade de mudanças visando incorporar as ações preventivas e aponta o despreparo dos profissionais e gestores para estas novas práticas. É importante observar que naquele momento, a Reforma Sanitária enfrentava um dos seus grandes desafios no processo de implementação do SUS decorrente de inúmeras dificuldades entre as quais o diagnóstico apontava para “especialmente (as) em relação ao processo de formação, às condições de emprego, trabalho e salário e ao descompromisso entre gestores/prestadores/servidores com a população usuária”³⁰.

Sobre as práticas profissionais, o Relatório da II Conferência aponta que:

Desconhecendo, de fato, as condições de saúde, e mesmo de vida, da população, os profissionais de saúde têm se constituído, em muitos casos, em meros executores de programas verticais, definidos pelos níveis hierárquicos superiores, com escassa autonomia e resposta aos problemas de saúde [...] a permanência de programas verticais, dirigidos a problemas de saúde específicos, geralmente definidos à distância, dificulta uma abordagem mais integral das questões de saúde [...] as ações de promoção e de educação para a saúde não são devidamente valorizadas no modelo de atenção e na prática dos profissionais, contribuindo para manter posturas deformadas dos trabalhadores do setor [...] a ação dos profissionais de saúde, seja pela concepção do modelo assistencial, seja pela organização do trabalho dominante ou por uma prática de trabalho deformada, tem se reduzido ao interior dos serviços, com a inexistência ou a desvalorização das atividades no interior da comunidade [...] faltam aos trabalhadores de saúde, instrumentos técnico-científicos e políticos que lhes permitam uma leitura adequada da realidade social, sob a ótica dos interesses populares (10-11).

Foram discutidos, ainda, como fatores responsáveis pela situação-problema, os processos inadequados da formação dos profissionais em todos os níveis de ensino: universitário, médio e elementar, com destaque para o ensino médico. No campo da gestão do trabalho, reiterou-se a preocupação com antigos e novos problemas, como o contingente

expressivo de trabalhadores ocupados no setor saúde com diferentes vínculos (federal, estadual e municipal) e com diferentes salários e legislações. Os baixos salários, as precárias condições de trabalhos e a falta de uma política de incentivo ao aprimoramento profissional também foram reiterados.

Entre as propostas apresentadas na II Conferência, está a criação de Câmaras Técnicas de Recursos Humanos, vinculadas aos conselhos de saúde e, neste contexto, destaca-se a criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde e seu papel na elaboração e discussão da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS), que orienta as questões relativas aos recursos humanos para o SUS, tais como: proteger o trabalho e o trabalhador do SUS com todos os direitos trabalhistas já adquiridos; eliminar as diferenças salariais dentro de uma mesma esfera de governo, com destaque para o PSF; regulamentar a jornada de trabalho e adequação da carga horária dos profissionais; criação do PCCS; melhoria salarial; entre outros³¹.

A primeira versão da NOB-RH/SUS foi feita em 1998, a segunda em maio de 2000 e a terceira em agosto do mesmo ano e foi elaborada de modo a estabelecer coerência com as diretrizes aprovadas nas últimas Conferências Nacionais de Saúde. A NOB-RH/SUS tem sido orientadora das propostas e políticas de recursos humanos para o SUS. Sua última versão foi apresentada em 2002 e publicada em 2003, a partir do acúmulo de produções e experiências dos órgãos gestores e das instâncias de controle social, definindo mecanismos e instrumentos mais adequados para a gestão do trabalho no SUS.

Em que pese o Artigo 200, Inciso III da Constituição de 1988 estabelecer que a formação de recursos humanos é atribuição do SUS, esta tem sido uma tarefa árdua e difícil no contexto brasileiro. A proposta da NOB-RH/SUS é bastante minuciosa, foi amplamente debatida por gestores, trabalhadores e educadores e deveria tornar-se um importante eixo norteador da política de recursos humanos para o SUS uma vez que sua implantação poderia deslindar muitos dos nós críticos existentes neste campo. Entretanto, segundo Machado³²

[...] poucos resultados foram alcançados com a NOB-RH, uma vez que a política que imperou neste período foi a antipolítica de Recursos Humanos, priorizando a privatização por meio da terceirização de serviços, da flexibilização das relações e do *laissez faire* na abertura de novos cursos na área da Saúde (p. 23).

A III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde só veio a acontecer em 2006, 13 anos depois, promovida pelo Ministério da Saúde e organizada pela

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Diferente das demais, esta Conferência foi realizada em um contexto no qual, em pouco mais de uma década, se deu o desenvolvimento do SUS, a implantação e implementação da Saúde da Família, a criação de incentivos voltados ao fortalecimento da Atenção Básica e de um cenário mais maduro da gestão municipal em saúde. O temário discutido, portanto, buscou atender as necessidades de reflexão em torno dos novos e atuais problemas do SUS sem perder de vista os antigos e crônicos nós críticos ainda existentes³³. O relatório final desta Conferência ainda não está disponível para que se possa analisar os encaminhamentos dados e comparar as diferenças temáticas que a pautaram.

Por fim, reconhecendo previamente os limites estabelecidos pela complexidade deste tema — recursos humanos e a mudança do modelo de atenção — e para orientar o recorte deste estudo, partiu-se dos seguintes pressupostos extraídos e sintetizados da revisão bibliográfica previamente realizada:

- ▶ as práticas profissionais em saúde enquanto práticas sociais, institucionalmente reconhecidas e socialmente legitimadas reproduzem, no caso da saúde, o modelo flexneriano, ainda hegemônico, em função, principalmente, da insuficiência de duas capacidades: **1)** a relativa às formas de gestão institucional que se mostram pouco flexíveis à criação de novos mecanismos gerenciais voltados ao investimento no trabalho humano (leia-se profissionais de saúde) na perspectiva de produzir mudanças de suas práticas, e **2)** a relativa às políticas de ensino em saúde das instituições de ensino que ainda continuam estruturadas sobre o paradigma vigente e continuam formando os profissionais de saúde com uma visão predominantemente centrada nas práticas fragmentadas e especializadas de atenção, pouco valorizando o SUS, a Atenção Básica e a integralidade da assistência;
- ▶ a descentralização do sistema de saúde, a criação do SUS e a municipalização dos serviços ainda não se traduzem, no contexto brasileiro, em: **1)** capacidade de atração e retenção de profissionais, principalmente dos médicos, para a atuação exclusiva no setor público de saúde; **2)** capacidade de conversão do modelo de atenção à saúde, e **3)** capacidade de influência na formação dos profissionais de saúde mobilizando as instituições formadoras em prol de perfis mais adequados às necessidades de saúde da população e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, e

- ▶ a implantação e implementação da estratégia Saúde da Família, de certo modo, dá um *xeque-mate* no processo da Reforma Sanitária brasileira no que se refere à mudança de paradigma do modelo de atenção à saúde porque: **1)** se os serviços não adquirirem capacidade de reconstruir-se sobre novas práticas organizacionais e profissionais poder-se-á estar contribuindo para a sedimentação das tradicionais práticas priorizadas e preconizadas pelo modelo hegemônico flexneriano, e **2)** se isso acontecer, esta sedimentação será mais difícil de ser revertida uma vez que sua consolidação será dada no âmbito micro-espacial, no espaço intra-familiar ou intra-domiciliar e referendado tanto institucionalmente como pelos próprios profissionais de saúde.

Mesmo considerando a relevância dos processos de formação profissional e do papel das instituições de ensino neste contexto, optou-se por priorizar o estudo sobre as práticas cotidianas dos médicos e enfermeiros já inseridos nas equipes de Saúde da Família. Isso por entender que nelas residem um *saber e um fazer* específicos destes profissionais e que foram sendo construídos e desenvolvidos a partir de suas experiências individuais, coletivas e organizacionais de trabalho. Apreender a riqueza da composição e arquitetura destas práticas em seus diferentes contextos levou-nos à busca das seguintes questões e objetivos:

2.2 QUESTÕES-CHAVE QUE NORTEARAM O PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- ▶ O que os profissionais médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família estão fazendo *hoje* diferente do que eles faziam *antes* da implantação dessa estratégia no âmbito da Atenção Básica? Que fatores estimulam os profissionais a fazer coisas diferentes do que faziam antes da Saúde da Família? A proposta Saúde da Família tem capacidade de mobilizar os médicos e enfermeiros para práticas profissionais mais inovadoras?
- ▶ As formas de gestão de recursos humanos podem intervir positivamente no desenvolvimento de novas práticas no âmbito da Saúde da Família? Quais são as iniciativas institucionais que motivam e mobilizam os profissionais para uma atuação consoante com os pressupostos da Saúde da Família?
- ▶ Que fatores têm contribuído (ou não) para que a estratégia Saúde da Família consiga avançar em direção às novas práticas profissionais e, conseqüentemente, em direção à

conversão do modelo de atenção? O que contribui e o que dificulta a incorporação de novas práticas?

2.3 OBJETIVOS DA PESQUISA

OBJETIVO FINAL

- ▶ Analisar os fatores que impulsionam ou restringem a adoção de novas práticas profissionais dos médicos e enfermeiros no desenvolvimento da estratégia Saúde da Família e que permitem, no cenário da Reforma Sanitária, imprimir avanços em direção à conversão do modelo de atenção à saúde.

OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS

- ▶ Identificar, mediante revisão de literatura e trabalho de campo, um arcabouço das ações e atividades que possam servir como sentinelas ou sinalizadores de inovações nas práticas profissionais dos médicos e enfermeiros em Saúde da Família.
- ▶ Verificar, a partir do trabalho de campo, em que medida as práticas profissionais dos médicos e enfermeiros inseridos nas equipes de Saúde da Família estão caminhando em direção ao novo paradigma sanitário proposto pelo SUS.
- ▶ Verificar, a partir do trabalho de campo, em que medida as práticas de gestão voltadas ao desenvolvimento de recursos humanos mobilizam os médicos e enfermeiros das equipes para as práticas inovadoras propostas na estratégia Saúde da Família.

2.4 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

As hipóteses de investigação elaboradas para serem verificadas pelo estudo foram:

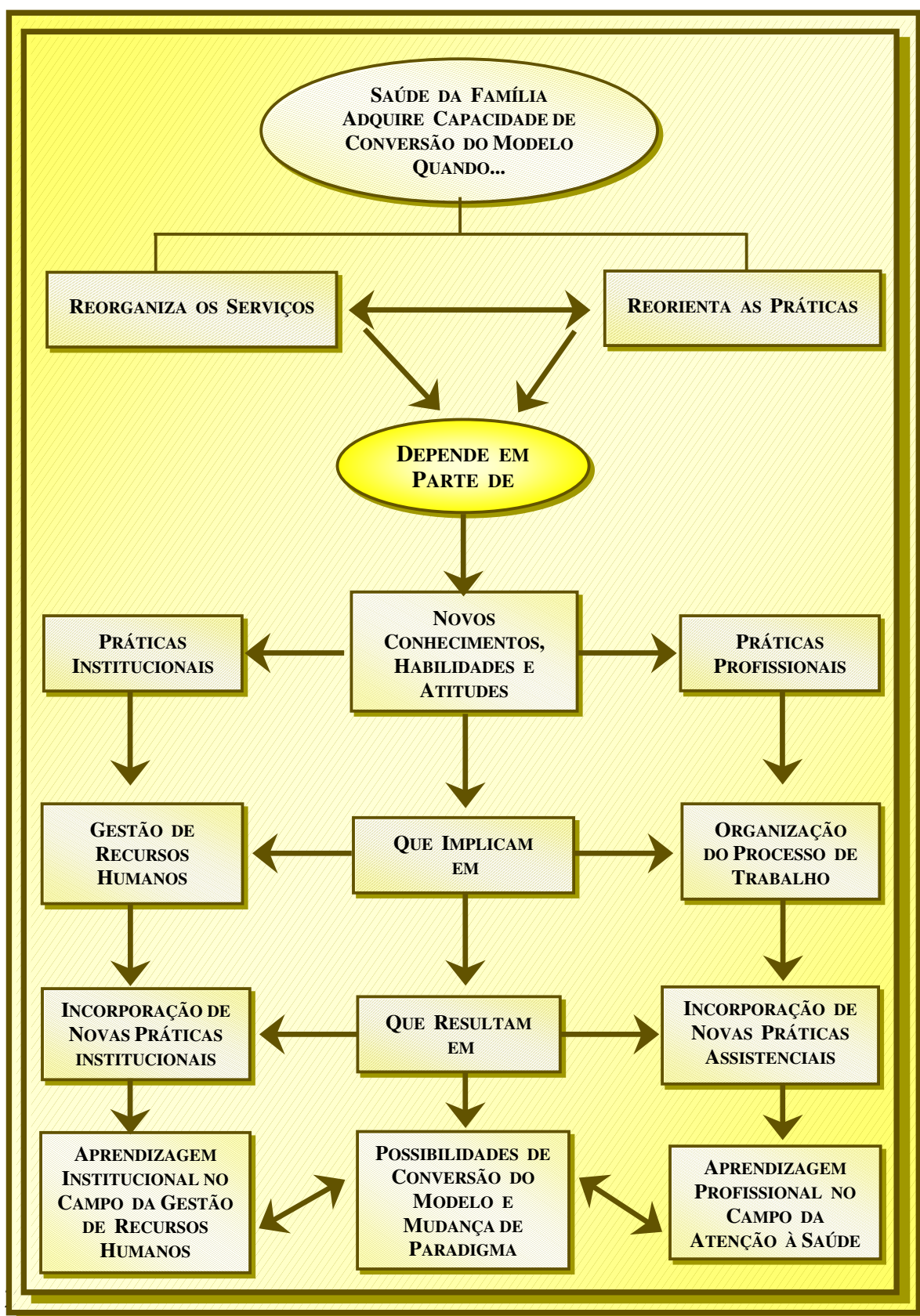
- ▶ A Saúde da Família abre perspectivas para novas práticas profissionais na Atenção Básica e no SUS e estas novas práticas induzem mudanças no processo de trabalho tradicional dos médicos e enfermeiros inseridos nos serviços locais de saúde, contribuindo para a conversão do modelo de atenção à saúde.
- ▶ A intensidade com que os médicos e enfermeiros inseridos nas equipes de Saúde da Família produzem inovações em suas práticas profissionais - requisito fundamental para

as mudanças do modelo de atenção à saúde – está relacionada às iniciativas organizacionais e institucionais voltadas à gestão de recursos humanos.

Apresenta-se, a seguir, o desenho esquemático da pesquisa que demonstra, sinteticamente, o caminho teórico-conceitual percorrido para averiguar as hipóteses de investigação.

2.5 DESENHO ESQUEMÁTICO DA PESQUISA

FIGURA 2.1 — Desenho esquemático da pesquisa.



2.6 O CAMINHO METODOLÓGICO

Este estudo, por pretender conhecer as diversas formas de expressão das práticas profissionais dos médicos e enfermeiros inseridos nas equipes de Saúde da Família em suas interfaces com as práticas institucionais, necessitou de uma triangulação construída a partir de análise de natureza quantitativa, qualitativa e de consultas a documentos institucionais.

Por se tratar de uma pesquisa no campo da análise da implementação de políticas em que o fenômeno em estudo é contemporâneo, optou-se pelo estudo de caso de caráter descritivo e exploratório, como estratégia metodológica. Foi selecionado, para este estudo, um caso único que foi o município de Curitiba, com duas unidades de análise que são as práticas dos médicos e a dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família. Este método foi escolhido por permitir estudar um fenômeno cujos limites com o contexto no qual está inserido ainda não estão muito nítidos, conforme apontam Yin³⁴ e Becker³⁵ e, ainda, porque permite aprofundar o conhecimento de uma determinada realidade local em construção, em seus múltiplos e variados aspectos. Para Becker³⁵, o método de estudos de caso permite a exploração intensa de um único caso e,

[...] objetiva a compreensão abrangente do grupo em estudo e, ao mesmo tempo, tenta desenvolver análises teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais. [...]. Os vários fenômenos revelados pelas observações do investigador têm que ser todos incorporados ao seu relato do grupo e em seguida receber atribuição de relevância teórica [...] levando o investigador a considerar as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos que observa (p.64).

Considerando que o estudo de caso requer um desenho de pesquisa detalhado e rigoroso para evitar possíveis problemas de validação interna, foram construídas, a partir do estudo teórico e da análise documental, duas matrizes analíticas: a Matriz de Referência para a Análise das Práticas Profissionais dos Médicos das equipes de Saúde da Família e a Matriz de Referência para a Análise das Práticas Profissionais dos Enfermeiros das equipes de Saúde da Família.

Estas Matrizes foram estruturadas a partir de três dimensões de análise, sendo: **1)** campo das práticas de atenção à saúde; **2)** campo das práticas administrativas e gerenciais, e **3)** campo das práticas de participação social em saúde. Para cada dimensão de análise definiu-

se um perfil de competências e desempenhos profissionais desejados e, por sua vez, para cada campo foram definidas as categorias e suas respectivas variáveis de análise.

Estas matrizes subsidiaram a elaboração dos questionários específicos para os médicos e enfermeiros de Saúde da Família. Estes instrumentos foram construídos contendo questões fechadas sobre o perfil dos profissionais, práticas profissionais e práticas organizacionais e foram submetidos à validação por um grupo denominado pela autora como Grupo de Apoio (GA) composto por médicos e enfermeiros, todos com larga experiência de trabalho no nível local sendo que nenhum deles fez parte do universo da pesquisa. Os profissionais do GA foram identificados pela pesquisadora por meio dos seguintes critérios previamente estabelecidos, a saber:

- ▶ Experiência de trabalho predominantemente em Unidades Básicas de Saúde, na assistência direta ao paciente;
- ▶ Profissionais reconhecidos por seus pares e pela população como bons profissionais;
- ▶ Profissionais envolvidos com a Saúde da Família desde sua implantação nos municípios em que atuam.

Este GA reuniu profissionais com as seguintes características:

- ▶ Cinco médicos sendo quatro integrantes de equipes e um atuando na coordenação municipal do PSF;
- ▶ Uma das médicas era ex-Secretária Municipal de Saúde;
- ▶ Uma das médicas tinha curso internacional de formação em Medicina da Família e Comunidade;
- ▶ Médicos comprometidos com o SUS e envolvidos na implantação e desenvolvimento da Saúde da Família;
- ▶ Médicos recomendados pela equipe e/ou coordenação local e pelo nível central, referidos como profissionais dedicados e comprometidos com o trabalho;
- ▶ Reconhecidos pela população como bons profissionais segundo informações das coordenadoras locais das UBS;
- ▶ Sete enfermeiras com larga experiência em UBS sendo duas atuando apenas em Saúde da Família, três acumulando a função de coordenação local de UBS e enfermeira de

equipe; uma acabara de assumir um cargo no nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e uma enfermeira Secretária Municipal de Saúde com larga experiência de trabalho em UBS e estava implantando a Saúde da Família no município sob sua gestão;

- ▶ Enfermeiras reconhecidas pelo compromisso com o SUS e pelo envolvimento com a Saúde da Família pelas equipes e pelos seus pares;
- ▶ Envolvidas com iniciativas em torno das mudanças dos processos de trabalho das equipes e com as atividades de ensino nas UBS e nas equipes.

Estes critérios e características conferiram a estes profissionais o reconhecimento por suas práticas na Atenção Básica e, assim sendo, os mesmos foram convidados a validar os instrumentos da pesquisa respondendo os questionários e já atendendo à fase de teste piloto dos mesmos. Naquele momento, os profissionais foram convidados também a opinar sobre as Matrizes Analíticas que posteriormente foram analisados e discutidos em uma reunião conduzida pela pesquisadora. Após discussão e consenso em torno das questões que emergiram, as matrizes foram redefinidas e os questionários readequados para, na seqüência, serem aplicados aos profissionais no trabalho de campo. As matrizes estão apresentadas na sessão Apêndices (A e B).

Os questionários foram elaborados considerando as especificidades de cada categoria profissional e aplicados como *surveys* aos médicos e enfermeiras das equipes de Saúde da Família do município selecionado e foram entregues em seus locais de trabalho pela própria pesquisadora, após apresentação dos objetivos do estudo aos profissionais presentes nas Unidades de Saúde.

A opção por uma primeira aproximação ao cotidiano dos sujeitos sociais envolvidos na pesquisa foi mediante a aplicação de *surveys* com duas finalidades: uma descritiva e outra explicativa. Segundo Babbie³⁶, os *surveys* descritivos “são frequentemente realizados para permitir enunciados descritivos sobre alguma população, isto é, descobrir a distribuição de certos traços e atributos” (p.96). Por sua vez, segundo este mesmo autor, “os *surveys* explicativos têm o objetivo adicional de fazer asserções explicativas sobre a população de estudo” (p.97). Desta forma, optou-se por aplicar o *survey* para construir, inicialmente, um panorama geral da situação e trajetória dos profissionais.

Os questionários foram elaborados de modo a garantir o sigilo e anonimato dos profissionais em todo o processo e sua aplicação foi acompanhada de uma explanação escrita dirigida aos profissionais que, após terem lido e concordado, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde de Curitiba, conforme determinação vigente (ver Anexos A e B).

Para delimitar o grupo de profissionais a ser pesquisado foram estabelecidos os seguintes critérios: ter, no mínimo, um ano de experiência no trabalho em Saúde da Família; ter pelo menos um ano de trabalho no município em estudo e estar na equipe há pelo menos seis meses.

Estes critérios, no entanto, no momento do trabalho de campo, não puderam ser aplicados em sua plenitude e tiveram que ser reconsiderados por dois motivos: primeiro, porque a Secretaria Municipal de Saúde acabara de concluir um processo de remoção interna dos profissionais culminando com um rearranjo de várias equipes que até então, vinham trabalhando juntas e a solução foi desconsiderar este prazo e, segundo, porque devido à dificuldade de fixação de profissionais nas equipes, vários profissionais principalmente médicos, tinham menos de um ano de trabalho no município de Curitiba e, neste caso, a solução foi excluir os profissionais com menos de seis meses no município. Desta forma, apenas o critério de experiência em Saúde da Família foi mantido integralmente.

Os questionários que foram entregues aos profissionais eram compostos por blocos de questões, de modo a permitir identificar o perfil do profissional, a trajetória profissional, as ações de atenção à saúde organizada por ciclos de vida que mais ocupam a agenda dos profissionais, a formação de vínculo e acompanhamento dos pacientes, o trabalho em equipe, a valorização e satisfação com o trabalho e por fim, a percepção dos profissionais sobre as práticas institucionais. Várias perguntas objetivas foram acompanhadas de opções valorativas, visando apreender o sentimento dos profissionais ou o peso atribuído por eles diante de algumas situações. Ao final de cada bloco de questões, reservou-se um espaço em branco para livre manifestação dos profissionais.

Os questionários respondidos foram submetidos a uma análise descritiva por meio de tabelas e gráficos de frequência absoluta e percentual. Estes resultados permitiram construir uma visão panorâmica das principais características e atributos das práticas profissionais dos médicos e enfermeiros e permitiu identificar algumas questões ou situações atípicas que foram aprofundadas mediante entrevista a dois médicos e dois enfermeiros das equipes,

selecionados pelo critério de antiguidade de tempo de trabalho no município e na inserção profissional no PSF de Curitiba. Estes profissionais foram identificados pela coordenação da Saúde da Família em exercício no momento da entrevista.

Paralelamente, foi construído um roteiro de entrevista semi-estruturado contendo elementos referentes aos aspectos da implantação e desenvolvimento da Saúde da Família no município, com destaque para as iniciativas voltadas à gestão dos recursos humanos em saúde, em especial, nos aspectos de gestão de pessoas. Foram entrevistados cinco dirigentes do nível central, sendo eles o secretário municipal de saúde, a diretora da Atenção Básica, a diretora do Centro de Educação em Saúde, a coordenadora do PSF em exercício e a coordenadora da Saúde Mental, com o objetivo de conhecer os mecanismos institucionais adotados pelos serviços voltados especificamente à implementação da Saúde da Família e do funcionamento da rede de serviços.

2.7 MUNICÍPIO DE CURITIBA: O LOCAL SELECIONADO PARA O ESTUDO DE CASO

Para o desenvolvimento do estudo empírico, foi selecionado o Município de Curitiba, capital do Paraná, por tratar-se de uma cidade pólo de região metropolitana com problemas e características próprias dos grandes centros urbanos e que apresenta, como todo grande centro, uma fragmentação social composta por diferentes extratos sociais e onde o consumo de bens e serviços se reflete nas diferentes necessidades de saúde da população.

Curitiba é a maior capital da região sul do Brasil, com uma população estimada de 1.727.010 habitantes (2004), sendo pólo de uma região metropolitana com aproximadamente 2,5 milhões de habitantes. Foi fundada oficialmente em 29 de março de 1693 e, portanto, tem 313 anos. Das cidades brasileiras foi a única a entrar no século 21 como referência nacional e internacional de planejamento urbano e qualidade de vida. Em 2001 foi reconhecida pela ONU como a melhor capital do Brasil pelo Índice de Condições de Vida (ICV)³⁷.

Sua atividade econômica teve início com a mineração, aliada à agricultura de subsistência no século XVII. Nos dois séculos seguintes, foi a atividade tropeira, derivada da pecuária que predominou. Os tropeiros eram condutores de gado que circulavam entre Viamão, no Rio Grande do Sul, e a Feira de Sorocaba, em São Paulo, conduzindo gado cujo destino final era o Estado de Minas Gerais. O longo caminho fazia com que os tropeiros se

protegessem do inverno em fazendas localizadas nos campos de Curitiba. Desta forma, muitos dos costumes dos tropeiros foram sendo absorvidos pelos povoados como o uso do chimarrão, o sotaque e o fogo de chão. No final do século XIX, com o ciclo da erva-mate e da madeira em expansão, dois fatos marcaram um novo ciclo de desenvolvimento: a chegada em massa dos imigrantes europeus e a construção da estrada de ferro ligando Curitiba ao Porto de Paranaguá. Os imigrantes europeus e os de outros continentes foram chegando ao longo do século XX e deram certa particularidade ao cotidiano de Curitiba por meio do trabalho minucioso e diversificado. Estas características, aliadas às gestões municipais sem quebra de continuidade, contribuíram para a formação de uma cultura de gestão urbana planejada e de preservação ao meio ambiente. A área verde por habitante em Curitiba é de 51m² e 30 parques e bosques existentes na cidade são resultados de uma série de medidas públicas tomadas ao longo do tempo³⁷.

No século XX, a indústria agregou-se com força ao perfil econômico somando-se às atividades comerciais e ao setor de serviços. Na década de 1970, a urbanização acelerada causada pelas migrações do campo, induziu a cidade a investir com mais vigor no planejamento urbano. Naquele período, muitos vazios urbanos que poderiam ter sido loteados para moradia e que significariam um lucro imobiliário imediato, não o foram porque futuramente se transformariam em áreas de enchentes. A opção estratégica foi a de criar reservas de áreas verdes que além de evitar problemas sociais e de saúde, cumpriram a função de preservação ambiental e lazer cultural³⁷.

A coleta de lixo reciclável, a compra de lixo e o sistema de deposição de resíduos chamaram a atenção da Organização das Nações Unidas, em 1990 e naquele mesmo ano, Curitiba recebeu da ONU o United Nations Environment Program, prêmio máximo na área de meio ambiente. Os programas de separação domiciliar e coleta seletiva de lixo reciclável têm uma grande adesão e participação da população e iniciativas como a do Câmbio Verde (troca de lixo reciclável por sacolas de hortifrutigranjeiros de época) é um dos benefícios gerados por estes programas ambientais³⁷.

Se nos últimos 30 anos, a cidade esteve voltada para o planejamento urbano, atualmente avança no sentido de estender seus serviços e soluções à sua Região Metropolitana que é formada por 26 municípios. Curitiba criou a Secretaria Especial de Assuntos Metropolitanos e por meio dela fornece assessoria aos 26 municípios que compõem a região, trabalhando na perspectiva da integração metropolitana. A região metropolitana apresentou

uma taxa de crescimento de 3,4% no período de 2000 a 2006, uma população de 3.261.168 habitantes e um PIB (2003) de R\$ 32,7 bilhões³⁷.

A cultura do planejamento urbano data de 1965 (gestão municipal de 1962-66) com a criação da Assessoria de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba que inaugura, então, o Plano Preliminar de Urbanismo chamado *Curitiba de Amanhã*. Esta é a origem do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), hoje Autarquia Municipal. O IPPUC é responsável também pelo planejamento da área de informática do município por meio da parceria com o Instituto Curitiba de Informática (uma Organização Social); pela elaboração orçamentária do Plano Plurianual e Anual de Investimentos da Prefeitura e pelo acompanhamento das metas físico-financeiras de programas e projetos, articulando e consolidando programas, projetos e planos entre as várias unidades administrativas do município, na perspectiva da articulação interinstitucional e da racionalização de recursos³⁸.

Ainda em 1964, foi criado o Instituto de Administração Municipal com a finalidade de manter cursos de administração pública e de aperfeiçoamento dos servidores da Prefeitura Municipal. Em 1991 foi transformado em Instituto Municipal de Administração Pública (IMAP) e em 1994, o IMAP instituiu a Escola de Administração Pública/EAP em substituição à Diretoria de Recursos Humanos, medida que permitiu ao Instituto alargar seus projetos de formação e desenvolvimento em projetos da área da Administração Pública. O IMAP trabalha no fomento e aperfeiçoamento contínuo da capacidade de governo municipal e tem no planejamento estratégico sua linha de orientação. Atua junto aos demais órgãos da prefeitura por meio de programas e projetos elaborados a partir das necessidades sociais conhecidas e por meio de equipes matriciais, na perspectiva da intersectorialidade e da qualidade dos serviços e da gestão pública³⁹.

O município tem uma administração descentralizada e regionalizada, organizadas como se fossem subprefeituras que têm a atribuição de gerenciar os bairros. Ao todo são nove regiões, cada qual com sua respectiva Administração Regional que:

Identificam e estabelecem prioridades; promovem formas e métodos de desenvolvimento e execução de projetos comunitários; desenvolvem o planejamento local de modo compatível com as condições e a legislação vigente, de forma a instrumentalizar as ações concretas definidas pela municipalidade; promovem a interligação do planejamento local ao planejamento da cidade como um todo. Acompanham, de maneira integrada, as ações das secretarias municipais dentro de suas áreas-limites, e participam da organização de seus serviços. Apresentam alternativas de obras e serviços que satisfaçam as perspectivas da administração e da população. Fornecem à

comunidade informações e atendimentos, dentro dos limites de sua competência, ou os encaminham aos órgãos competentes.³⁷

Como se observa, o município tem uma trajetória diferenciada de administração pública que favorece a continuidade e incremento das políticas, programas e projetos sociais. E, do ponto de vista político-partidário, o município tem uma história de continuidade administrativa cujos mandatos políticos ou têm se repetido ou têm sido substituídos por aliados partidários ou ainda, as lideranças eleitas têm respeitado e mantido a linha condutora implantada, preservando a qualidade da gestão pública⁴⁰.

Em síntese, a cidade tem uma cultura institucional de *gestão de cidades* que busca qualificar a administração pública por meio dos Institutos de Planejamento Público Urbano de Curitiba (IPPUC); do Instituto Municipal de Administração Pública (IMAP); da Secretaria Especial de Assuntos Metropolitanos e das Administrações Regionais que atuam em alguns projetos em conjunto com as demais secretarias municipais fomentando a parceria entre secretarias.

2.7.1 A TRAJETÓRIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA NA SAÚDE PÚBLICA

Curitiba é um dos municípios paranaenses que muito tem investido na organização dos serviços de atenção básica. Desde 1979 quando adotou os princípios da Atenção Primária à Saúde como eixo norteador da organização dos serviços, vem trabalhando na perspectiva da melhoria da oferta e da qualidade dos serviços prestados.

Em 1991, implantou a primeira experiência em Medicina da Família na Unidade de Saúde da Pompéia e a primeira Unidade de Saúde 24 horas com serviços de pronto atendimento. O processo de municipalização teve início em 1992 e foi marcado pela assinatura do termo de adesão ao SUS, com o repasse pelo INAMPS/MS e pela SESA/FCMR de dez Unidades de Saúde, das ações de vigilância sanitária e epidemiológica e a gerência do contrato de prestação de serviços básicos de saúde⁴¹.

Ainda em 1992, a SMS deu início à descentralização do sistema com a estruturação de sete Regionais de Saúde e na implantação do conceito de Vigilância à Saúde. Este movimento provocou mudanças no modelo de gestão, estabelecendo gerências mais próximas das unidades locais e da população⁴².

As Gerências Distritais junto com as Autoridades Sanitárias Locais (ASL) são responsáveis pela saúde da população na suas respectivas áreas de abrangência. Com isso,

criou um processo de descentralização e responsabilização das funções técnico-administrativas tendo como prioridade a saúde da população, fortalecendo a Unidade de Saúde como porta de entrada do sistema.

De 1992 a 1996 estruturou a Central de Ambulâncias, a Central de Leitos e a Central de Marcação de Consultas Especializadas e em 1996, com a Secretaria Estadual de Saúde e com o apoio dos prestadores de serviços vinculados ao SUS, implantou a Central Metropolitana de Leitos⁴².

Em 1996 aderiu ao Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde embora já tivesse investido nesta proposta desde 1991.

Em 1998, o município habilitou-se à Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a NOB/96 e ampliou os recursos para a implementação da rede básica de serviços. Neste mesmo ano, com a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, inicia a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde, reforçando as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

No ano de 2000, a Secretaria Municipal de Saúde consolida o Distrito Sanitário do Bairro Novo como o primeiro Distrito Sanitário Saúde da Família de Curitiba. Atualmente a rede própria de serviços municipais é composta por 105 Unidades de Saúde e destas, 45 com o Programa Saúde da Família onde atuam 133 equipes; 12 Unidades de Saúde com especialidades; 5 Unidades de Saúde 24 horas; 1 Hospital Geral e Maternidade com 60 leitos e 1 Laboratório de Análises Clínicas⁴².

A Secretaria Municipal de Saúde adotou uma tecnologia de informática que agrega um cartão personalizado de saúde, do tipo cartão SUS, vinculando os usuários ao sistema mediante a abertura de prontuário eletrônico único que registra todos os atendimentos realizados aos usuários. Este prontuário eletrônico (atendimento médico, de enfermagem e odontológico) está implantado na quase totalidade das Unidades de Saúde e é denominado Cartão Qualidade Saúde. Paralelamente a este processo encontram-se implantados o Sistema de Gerenciamento do Alto Custo e a Central de Marcação de Consultas Especializadas, permitindo o acesso *on line* com as Unidades e o Sistema de Atendimento para os Centros de Especialidades.

O município responsabiliza-se pela organização e funcionamento da rede de serviços vinculados ao SUS dos quais há 281 prestadores de serviços ambulatoriais sendo, 129 públicos (incluindo as 105 UBS/USF), 17 filantrópicos e os demais privados. A assistência

hospitalar é realizada por 30 hospitais credenciados ao SUS sendo 3 públicos, 12 filantrópicos e 15 privados, num total de 4.735 leitos cadastrados. A assistência pré-hospitalar ao trauma é prestada pelo SIATE que está em vigor desde 1990 e funciona em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, o Corpo de Bombeiros e o município⁴².

Atualmente, há perspectiva de criação de mais uma Unidade 24 horas, ampliação dos leitos de UTI neonatal e de adultos, estruturação do Centro Municipal de Controle de Zoonoses e Vetores visando a redução e o controle das zoonoses, além da implementação e expansão da Saúde da Família. O município de Curitiba foi selecionado pelo Projeto PROESF do Ministério da Saúde e, assim como outras capitais, vem enfrentando dificuldades para a fixação de profissionais nas áreas mais distantes e nas áreas onde os índices de violência são maiores.

A SMS implantou o movimento de Acolhimento Solidário mais recentemente visando fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde e cidadãos usuários dos serviços públicos de saúde, para, entre outros, mudar a lógica do processo de trabalho das equipes, reorganizando-o centrado no cidadão e na prática solidária, com vistas a melhorar o acesso aos serviços e a resolutividade das ações.

Por fim, o município atua como cenário de ensino-aprendizagem aos estudantes de graduação da área da saúde de várias instituições de ensino públicas e privadas, sendo que cada uma delas trabalha em um determinado Distrito Sanitário do município, configurando um processo de articulação ensino-serviço favorável ao fortalecimento do SUS⁴².

2.7.2 OS CAMINHOS PROPOSTOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE CURITIBA

Para a implementação do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde definiu em seu Plano Municipal de Saúde⁴³ os seguintes eixos:

REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba está reorientando a organização dos serviços de saúde na perspectiva que eles denominam de Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) no qual, além do atendimento à demanda, vários programas e protocolos buscam reforçar a proteção e a promoção em saúde e a prevenção das doenças, tais como: Mãe Curitibana; Saúde Mental; Nascer em Curitiba; Cárie Zero-Amigo Especial; Vida Saudável e o Pacto pela Vida.

O município está reforçando a importância da base populacional (território, áreas de risco, famílias) e voltando-se ao enfrentamento dos problemas de saúde crônicos como a hipertensão e a diabetes, integrando os diferentes serviços numa rede horizontal de serviços constituída por Pontos de Atenção.

“Ponto de Atenção” é qualquer lugar onde se presta serviços de saúde, sendo este interligado a outros pontos de atenção. São eles: unidades de saúde, ambulatórios de especialidades, centros de atenção psicossocial, pronto-atendimento, atenção domiciliar, entre outros. A rede de Unidades de Saúde deverá ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, acompanhando permanentemente o cidadão e organizando o fluxo de atendimento entre os serviços. Mesmo que o usuário entre por outros pontos de atenção, caberá à rede de Unidades acompanhá-lo longitudinal e permanentemente.

Para esta reorientação do modelo a SMS estabeleceu as seguintes operações:

- **Gestão da Assistência:** enfrentar problemas com criatividade, buscando novas respostas e propondo desafios, organizar os Pontos de Atenção e atuar em rede;
- **Gestão de Riscos Populacionais:** utilização intensiva das ações de promoção da saúde e procedimentos de prevenção das doenças e atuar na assistência individual, coletiva e na intersetorialidade.

MELHORIA DA GESTÃO, DO ACESSO E DA QUALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A operacionalização do Sistema Integrado de Serviços de Saúde significa ampliar a capacidade de resposta da atenção Básica e da especializada, incluindo a melhoria dos sistemas de apoio diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica, por meio da gestão da atenção básica; gestão da atenção à média e alta complexidade; gestão da atenção pré-hospitalar; gestão da atenção hospitalar e gestão de outros pontos de atenção.

GESTÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE — CONTROLE DE PATOLOGIAS

O controle de patologias tem por objetivo intervir na evolução natural da doença, identificando pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, realizando intervenção preventiva ou a atenção adequada o mais precocemente possível. A operacionalização se dá por meio de protocolos clínicos que contém os fluxos entre os **Pontos de Atenção** (serviços) e os procedimentos mais adequados desde a prevenção até o cuidado hospitalar e estão voltadas às:

- **Condições Crônicas:** Saúde Mental; Hipertensão Arterial; Diabete; Aids e DST; Saúde do Trabalhador; Saúde Bucal; Tuberculose; Hanseníase; Câncer e Pacientes Portadores de Necessidades Especiais.
- **Condições Agudas:** Doenças Transmissíveis.
- **Causas Externas:** Atenção ao Trauma.

REDUÇÃO DA MORBIDADE E MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL — SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

O acompanhamento dos indicadores de mortalidade materna no município aponta para uma tendência de redução. Em 1999 ocorreram 21 óbitos maternos, representando um coeficiente de 71 óbitos/100.000 nascidos vivos. No ano de 2000, este número foi reduzido para 10 óbitos e o coeficiente caiu para 34 óbitos/100.000 nascidos vivos. O Programa Mãe Curitibana vem melhorando a atenção às gestantes e recém nascidos, diminuindo a transmissão vertical do HIV e outras infecções correlatas.

A operacionalização desta proposta se dá por meio das seguintes ações:

Redução da Morbidade e Mortalidade Materna e Promoção da Saúde da Mulher: Promover a Saúde da Mulher; Reduzir a Ocorrência de Doenças e Mortes Maternas e Reduzir a Violência Contra a Mulher.

Redução da Morbidade e Mortalidade Infantil e Promoção da Saúde da Criança e do Adolescente: promover a Saúde da Criança e do Adolescente; reduzir a Ocorrência de Doenças e Mortes de Crianças e Adolescentes; Prevenir e Erradicar o Trabalho Infantil e Proteger o Trabalho do Adolescente.

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS DO SETOR SAÚDE

A SMS conta com 4842 profissionais da área da saúde, sendo 745 médicos, 370 enfermeiros, 1504 auxiliares e técnicos de enfermagem, 487 cirurgiões dentistas, 183 técnicos de higiene dental, 498 auxiliares de consultório dentário, 3211 auxiliares e assistentes de administração, 77 farmacêutico-bioquímicos e 657 pertencentes a outras categorias funcionais.

Em parceria com outros setores, a SMS vem atuando na capacitação dos profissionais de acordo com as propostas e programas prioritários como a Mãe Curitibana, Saúde Mental, Acolhimento Solidário e Saúde da Família. Tendo em vista a reorganização do Modelo Assistencial, o município busca preparar as pessoas para os processos de mudança,

priorizando o redirecionamento dos quadros funcionais e a capacitação dos profissionais de saúde, voltados para o desenvolvimento de novas habilidades técnicas, gerenciais, relacionais e de atitudes, com vistas à operacionalização do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, destacando: a Aprendizagem Baseada em Problemas; a Prática Baseada em Evidências; a Aprendizagem Dirigida para a Aquisição de Competências Básicas, Cognitivas, Tecnológicas e Interdisciplinares; a Incorporação da Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde e a Bioética.

A operacionalização desta proposta ocorre por meio das ações de capacitação para o Sistema Integrado de Serviços de Saúde e Gestão do Desenvolvimento de Recursos Humanos.

QUALIFICAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL

O exercício do Controle Social em Curitiba privilegia a participação ascendente, por meio dos Conselhos, Conferências Locais e Distritais de Saúde e desta forma é que vem se consolidando. As Conferências Municipais e o Conselho Municipal de Saúde vêm legitimando esta forma de participação da população nos diferentes níveis do sistema de saúde do município.

Em 2005 foi realizada a 8ª Conferência Municipal de Saúde e foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2006-2009, após realização de 90 Conferências Locais e 9 Conferências Distritais de Saúde. Durante o período preparatório desta Conferência o município realizou a 1ª Conferência Municipal de Saúde Bucal; a 2ª Conferência Municipal de Recursos Humanos – Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; a 1ª Conferência Municipal de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a 1ª Conferência Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência e uma Oficina de Trabalho sobre a Saúde do Trabalhador.

Este movimento em torno das Conferências e da gestão do SUS está refletido nas propostas apresentadas no Plano Municipal.

2.7.3 A SAÚDE EM CURITIBA E A ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

O município de Curitiba tem uma trajetória de organização dos serviços de saúde que está estruturada em quatro pilares:

- 1º) SISTEMA DE INFORMAÇÃO** – os dados e informações epidemiológicos do município são sistematizados e disponibilizados para toda a rede de forma desagregada, por Distritos Sanitários e por Unidades de Saúde, de modo que cada instância técnico-administrativa tem acesso rápido e facilitado às informações. A SMS publica periodicamente o Boletim Epidemiológico de Curitiba, no qual apresenta os principais dados dos sistemas de informação em saúde (SIM, SINASC, SISVAN e as Doenças de Notificação Obrigatória);
- 2º) INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES** – sempre que necessário, as ações de intervenção dos problemas de saúde são elaboradas de forma interinstitucional no sentido de otimizar recursos e potencializar os resultados e essas articulações se refletem em todos os níveis da rede, uma vez que as ações são discutidas e pactuadas em instâncias administrativas superiores com representação técnica, mas sua operacionalização e avaliação ocorrem nos níveis locais;
- 3º) PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS** – estes protocolos são elaborados para o município e muitos deles contam com a participação de outros órgãos da prefeitura e outros serviços existentes no município, que podem ser públicos e de outras esferas de governo (serviços estaduais, hospitais de ensino público e privado) ou serviços filantrópicos, prestadores do SUS. Atualmente a SMS dispõe dos seguintes protocolos assistenciais: **1)** Protocolo do Programa Mãe Curitibana – Pré-Natal, Parto e Puerpério e Planejamento Familiar, **2)** Protocolo Mulher de Verdade – Atenção à Mulher Vítima de Violência, **3)** Protocolo Viva Mulher – Controle do Câncer de Mama e de Colo de Útero, **4)** Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente, **5)** Protocolo Integrado de Saúde Mental em Curitiba, **6)** Protocolo de Atendimento Inicial do Portador de HIV em Unidades Básicas de Saúde, **7)** Protocolo de Organização do Sistema Integrado de Atenção à Hanseníases, **8)** Protocolo Crescendo com Saúde – Alergias e Doenças Respiratórias da Infância, **9)** Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal, **10)** Protocolo de Hipertensão, **11)** Protocolo de Fisioterapia e **12)** Integra o Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência;
- 4º) MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE RESULTADOS** – a SMS, há mais de dez anos vem trabalhando com indicadores e metas de acompanhamento dos programas e protocolos de forma desagregada por Distritos e Unidades de Saúde, por meio de programas específicos para tal fim (PIQ, IDQ, POA, entre outros).

Para ver a distribuição dos principais agravos e das principais causas de óbitos por faixa etária, a fim de cotejá-las com os protocolos e com os resultados do estudo realizado, foram selecionados os indicadores de morbimortalidade, segundo os dados e informações disponibilizados pelo Boletim Epidemiológico⁴². O perfil epidemiológico do município estudado é o seguinte:

Quadro 2.1 — Distribuição dos Casos Novos de Agravos de Notificação Obrigatória no Município de Curitiba, 2005.

CASOS NOVOS	Nº DE CASOS CONFIRMADOS
Rubéola	02
Difteria	01
Coqueluche	01
Hepatite viral	587
Hanseníase	56
Tuberculose	507
Aids adulto	217
Aids criança	06
Gestante HIV	92
Sífilis congênita	30
Sífilis gestante	63
Toxoplasmose gestante	100
Toxoplasmose congênita	02
Dengue	09
Atendimento anti-rábico	7.336
Ocorrências toxicológicas	1.145
Acidentes com animais peçonhentos	2.740
Leptospirose	113
Doença meningocócica	43

Em relação às principais causas de morte na população, de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico são: 1ª) Infarto agudo do miocárdio; 2ª) Agressão, disparo de arma de fogo; 3ª) Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas; 4ª) Diabetes Mellitus e 5ª) Doença isquêmica crônica do coração.

Em relação às principais causas de morte segundo faixa etária, tem-se:

▶ **MENORES DE 1 ANO:**

1. Afecções maternas não relacionadas à gravidez atual	67	21,9%
2. Afecções maternas relacionadas à gravidez atual	27	8,8%
3. Afecções da placenta, cordão umbilical e membranas	18	5,9%
4. Desconforto respiratório do RN	18	5,9%
5. Outras malformações congênicas do coração	14	4,2%
6. Demais causas	162	52,9%

▶ **1 A 14 ANOS:**

1. Pedestre traumatizado outro acidente de transporte	11	8,1%
2. Acidente de veículo NE	09	6,7%
3. Pneumonia por microorganismo NE	09	6,7%
4. Infecção meningocócica	07	5,2%
5. Neoplasia maligna do encéfalo	06	4,4%
6. Ciclista traumatizado acidente de transporte	06	4,4%
7. Demais causas	87	64,4%

▶ **15 A 24 ANOS:**

1. Agressão por disparo de arma de fogo	171	39,7%
2. Acidente de veículo NE	22	5,1%
3. Ocupante de automóvel traumatizado/acidente transporte NE	20	4,6%
4. Suicídio	16	3,7%
5. Afogamento e submersão em águas naturais	14	3,2%
6. Demais causas	188	43,6%

▶ **25 A 34 ANOS:**

1. Agressão por disparo de arma de fogo	102	21,7%
2. Aids	32	6,8%
3. Acidente de veículo NE	23	4,9%
4. Agressão por objeto cortante ou penetrante	16	3,4%
5. Ocupante de automóvel traumatizado/acidente transporte NE	16	3,4%
6. Demais causas	282	59,9%

▶ **35 A 44 ANOS:**

1. Agressão por disparo de arma de fogo	57	8,4%
2. Doenças alcoólicas do fígado	33	4,8%
3. Aids	31	4,6%
4. Infarto agudo do miocárdio	28	4,1%
5. Acidentes de veículos NE	28	4,1%
6. Demais causas	504	74,0%

▶ **45 A 54 ANOS:**

1. Infarto agudo do miocárdio	91	9,3%
2. Doenças alcoólicas do fígado	40	4,1%
3. Hemorragia intercerebral	34	3,5%
4. Diabetes mellitus	32	3,3%
5. Neoplasias malignas da mama	32	3,3%
6. Demais causas	751	76,6%

▶ **55 A 64 ANOS:**

1. Infarto agudo do miocárdio	171	12,3%
2. Diabetes mellitus	65	4,7%
3. Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	56	4,0%
4. Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	54	3,9%
5. Doença isquêmica crônica do coração	53	3,8%
6. Demais causas	991	71,3%

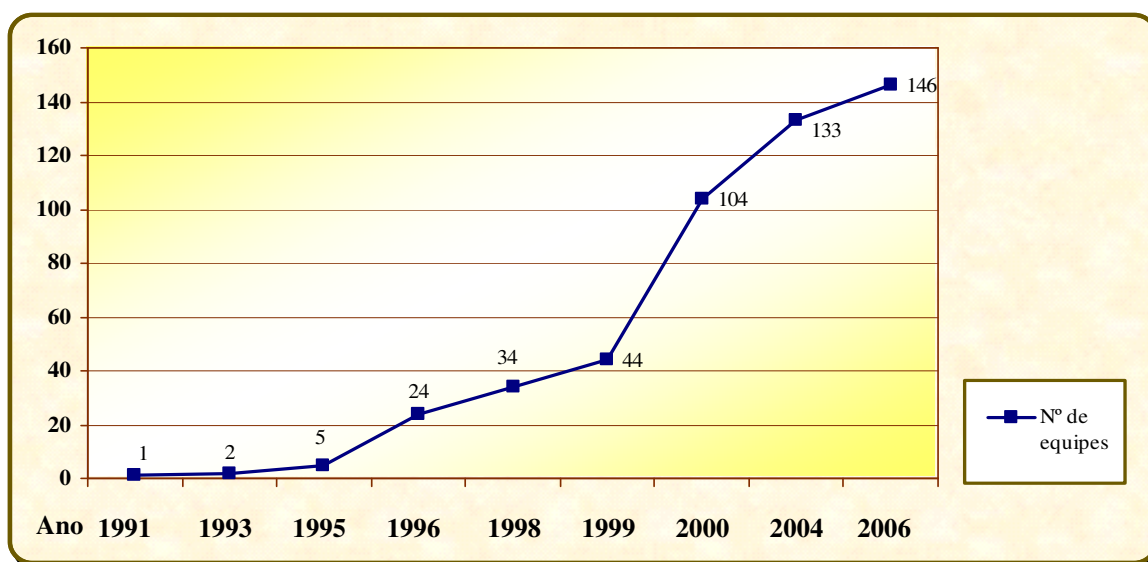
▶ **65 E MAIS ANOS:**

1. Infarto agudo do miocárdio	492	9,9%
2. Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	285	5,5%
3. Acidente vascular cerebral	253	5,1%
4. Pneumonia por microorganismo	233	4,7%
5. Doença isquêmica crônica do coração	232	4,7%
6. Demais causas	3430	69,4%

2.7.4 TRAJETÓRIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE CURITIBA

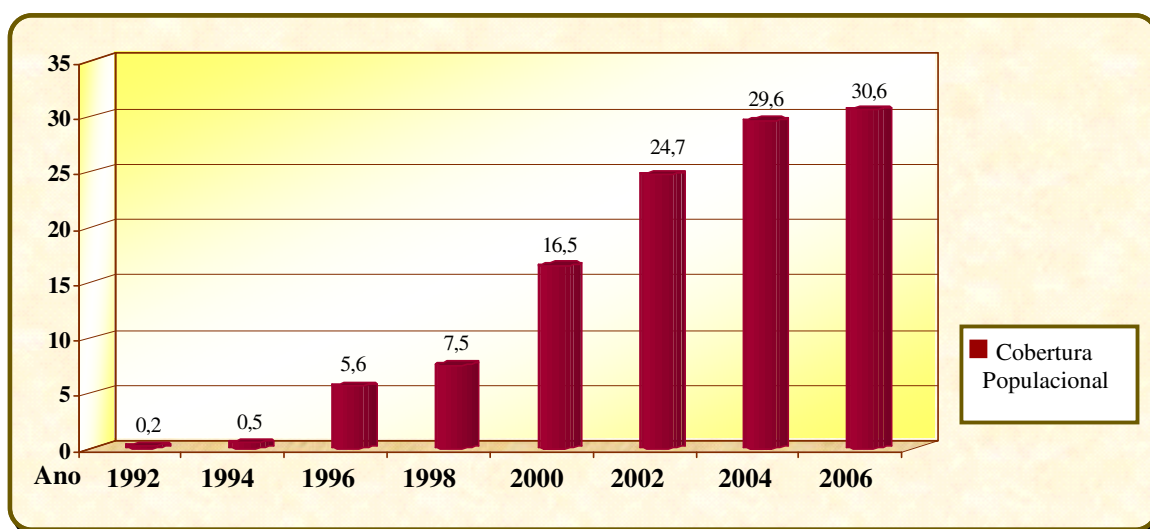
Como já foi dito anteriormente, a primeira experiência do Município de Curitiba com a lógica da Medicina da Família ocorreu em 1991, no Centro de Saúde da Pompéia, sob inspiração do Grupo Hospitalar Conceição que já desenvolvia, naquele período, práticas médicas generalistas. Até 1995 a expansão foi lenta e seguindo critérios para atender as necessidades socioeconômicas e sanitárias da população, priorizando as regiões de mais difícil acesso. Durante este período, o município implanta um processo seletivo interno para os profissionais da rede interessados em atuar nesta modalidade de atenção à saúde, inclui a saúde bucal nas equipes e busca a capacitação dos profissionais mediante assessoria com a Universidade de Toronto, Canadá. Em 1996 a SMS adere, então, ao Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde e, com o repasse de recursos, implementa a expansão das equipes na rede, conforme apontam os gráficos a seguir.

FIGURA 2.2 — Evolução histórica do número de equipes do PSF em Curitiba, 2006.



Fonte: Volpi e Kami, CABS – Coordenação da Atenção Básica, Curitiba, 2006.

FIGURA 2.3 – Evolução da cobertura populacional do PSF no Município de Curitiba, segundo parâmetros do Ministério da Saúde, 2006.



Fonte: Volpi e Kami, CABS – Coordenação da Atenção Básica, Curitiba, 2006.

Este conjunto de iniciativas justificou a escolha do município de Curitiba como estudo de caso por acreditar-se que podem ser extraídas experiências que contribuam para a organização e gestão do SUS no âmbito municipal e para a implementação da Saúde da Família como estratégia estruturante da Atenção Básica. Curitiba tem se destacado na área da administração pública em diferentes setores e, na saúde, em particular. Por ter construído um caminho sólido na descentralização e articulação dos serviços de saúde tornou-se instigante estudá-lo com maior profundidade visando conhecer as práticas profissionais exercidas no interior da Saúde da Família.

Por sua vez, constatou-se que as competências e desempenhos delineados nas Matrizes de Referência (e que foram elaboradas a partir também da revisão dos protocolos existentes na SMS) assim como as categorias de análise selecionadas para o estudo estão em consonância com as propostas apresentadas no Plano Municipal de Saúde vigente.

A seguir, apresenta-se a distribuição geográfica das equipes de Saúde da Família de acordo com as Regionais de Saúde do Município.

FIGURA 2.4 – Mapa da estruturação do PSF no Município de Curitiba, segundo Distritos Sanitários, 2006.

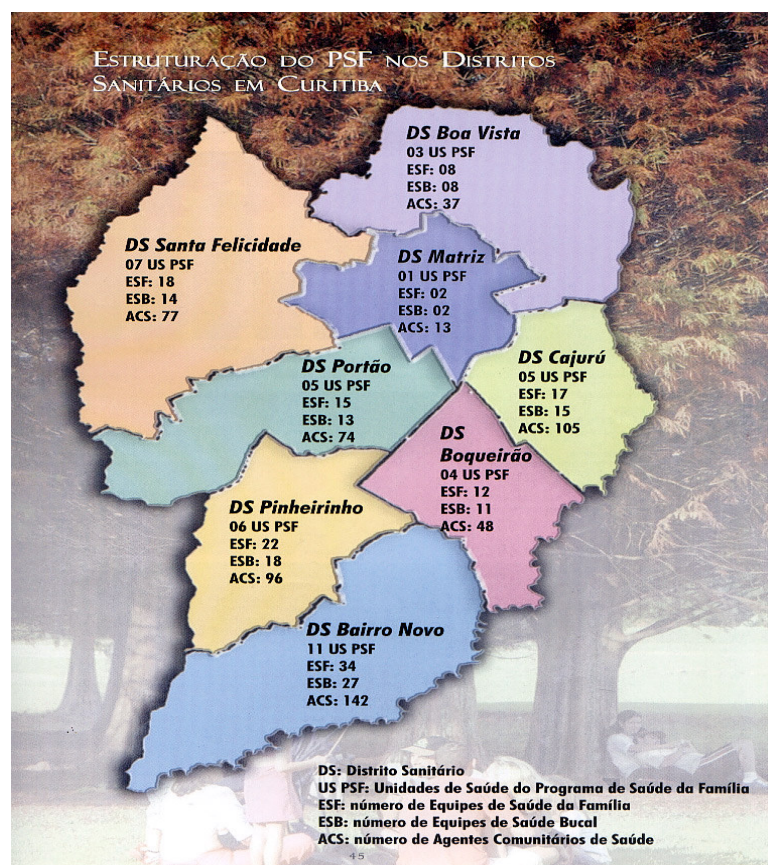


FIGURA 2.5 – Mapa da localização das Unidades Saúde da Família no Município de Curitiba, segundo Distritos Sanitários, 2006.



**3 ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS
RELACIONADOS AO OBJETO
DE ESTUDO**

3.1 AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE: CRÍTICAS E REFLEXÕES

As práticas profissionais em saúde constituem o recorte deste estudo. Para compreendê-las, tomou-se como pressuposto que as práticas profissionais são decorrentes da intersecção das práticas assistenciais e das práticas institucionais e resultam em distintos processos de trabalho em saúde que, por sua vez, estão inseridos em um dado contexto. Sendo o trabalho em saúde um trabalho social, pode-se entender as práticas profissionais como práticas sociais e analisá-las à luz deste campo.

Até o final da década de 1970, o debate instigador sobre as práticas em saúde quase não ocorria até porque o grande *boom* na expansão das instituições universitárias acontece durante esta mesma década. Até então, a visão predominante sobre as práticas em saúde era a tecnicista que enfatizava o saber técnico desprovido e dissociado do saber político, perpassando, na relação profissional de saúde - usuário, uma relação de autoridade técnica na qual o profissional era o “sujeito” e o paciente o “objeto” das práticas.

A partir da década de 1970 é que começa a haver uma politização do significado das práticas em saúde e, embora voltada à prática médica, extrapola-se para as demais categorias. Arouca⁴⁴ trouxe para o interior do debate na saúde, reflexões sobre o significado da Prática na perspectiva do materialismo histórico, evidenciando a determinação das relações sociais no processo de construção das práticas. Segundo o autor,

[...] Prática, dentro do materialismo histórico, tem implícita a idéia de uma transformação de um dado objeto em um outro, para cuja transformação foi gasto um trabalho humano. Temos, portanto, duas idéias fundamentais no conceito de prática, a idéia de processo e a noção de trabalho. O materialismo histórico, ao tomar o conceito de processo como uma das suas categorias fundamentais, determinou também, segundo Althusser, que somente sob relações existe um processo, de tal maneira que assumir a idéia de processo é também assumir a idéia de relações. As relações dentro de um processo colocam o Agente frente à natureza e aos seus semelhantes. Não se trata aqui de um retorno ao antropologismo, mas, sim, de colocar um sujeito social determinado pelo conjunto de relações em que é colocado e na atividade que o constituiu como homem, ou seja, o trabalho (p.90).

Os debates acerca desta concepção, contribuíram para desconstruir a visão eminentemente técnica sobre a prática, chamando a atenção para a visão de processo e do conceito de trabalho e da determinação destes pelas relações de produção. Ainda que novas teorias fossem produzidas ao longo do tempo, a concepção estruturalista mostra um modelo

de sociedade que tem na relação de produção e, portanto, no trabalho, o eixo estruturante da organização social. Esta concepção, no entanto, no transcorrer do tempo e na medida em que não há trabalho para todos, coloca em xeque a “sociedade do trabalho” dando sinais de limites por não dar conta da realidade imposta pelas complexas mudanças ocorridas no mundo do trabalho e pela configuração de uma sociedade contemporânea que descortina problemas e situações para além dessas relações.

Arendt⁴⁵ traz uma abordagem sobre as relações humanas que, na interface com as práticas, instiga a olhá-las de outra forma. Para esta autora, o que expressa a sociedade dos homens não é o trabalho, mas sim, a ação. Arendt distingue as atividades humanas diferenciando o labor, o trabalho e a ação e coloca que o labor e o trabalho, no sentido estrito, prescindem da presença de outros homens para acontecer. Para ela, todas as atividades humanas são condicionadas pelo fato de que os homens vivem juntos; mas a ação é a única que não pode ser de forma alguma, imaginada fora da sociedade humana. Afirma a autora que,

A atividade do labor não requer a presença de outros, mas um ser que ‘laborasse’ em completa solidão não seria humano, e sim um *animal laborans* no sentido mais literal da expressão. Um homem que trabalhasse e fabricasse e construísse num mundo habitado somente por ele mesmo não deixaria de ser um fabricante, mas não seria um *homo faber*: teria perdido a sua qualidade especificamente humana [...] Só a ação é prerrogativa exclusiva do homem; nem um animal nem um deus é capaz de ação, e só a ação depende inteiramente da constante presença de outros (p.31).

Ao trazer o debate que se trava em torno das esferas pública e privada e apontar a necessidade de recuperação do espaço político-social na vida humana, Arendt evidencia a necessidade de um (re)pensar a prática como ação transformadora e como possibilidade de reconstrução do espaço político público nas relações entre os homens.

Estas citações ilustram alguns aspectos conceituais sobre as práticas que orientaram a busca e sistematização da definição utilizada neste estudo, quer seja: as práticas profissionais em saúde são práticas sociais que resultam de uma inter-ação entre as práticas institucionais e assistenciais e se traduzem em ações individuais e coletivas; são institucionalmente reconhecidas e socialmente legitimadas e dotadas de uma racionalidade determinada pelos contextos sócio-históricos em que estão inseridas, logo, expressam modos singulares de pensar e fazer saúde tendo a capacidade intrínseca de produzir transformações em seus próprios contextos e, com isso, de se auto transformarem.

Por sua vez, as práticas em saúde, ao mesmo tempo em que constituem o centro motor do sistema de saúde, também representam o nó crítico dos problemas relativos à baixa efetividade e resolutividade, especialmente no âmbito da atenção básica. Muitas são as críticas apontadas sobre as práticas em saúde e, Santos⁴⁶, ao abordar os vários ângulos da imagem e prática profissional desejável para os médicos (que estendemos para todos os profissionais de saúde) traz questionamentos importantes sobre os valores que se quer imprimir ao processo de formação e atuação dos médicos/profissionais, apontando a visão ético-humanista como a desejável “desde sempre”. Para este autor, o valor universal de solidariedade se traduz em “ações oportunas” de promoção e proteção da saúde, de diagnóstico e tratamento precoce e tardio, ou seja, de todas as ações cujo objetivo é minimizar ou evitar o sofrimento humano.

A nosso ver, a racionalidade desta proposição regida pela Humanização da Atenção à Saúde permeia transversalmente o debate sobre o trabalho e as práticas profissionais tendo no seu bojo, além dos valores ético-humanistas propriamente ditos, valores subjacentes como o de respeito ao usuário, compromisso com a equipe, responsabilidade na prestação do cuidado e valorização da cidadania como projeto social. Estes valores se agregam aos saberes e ações que se almeja alcançar na perspectiva da adequação dos profissionais às necessidades do SUS e às práticas em saúde, resultando em um novo modo de fazer saúde.

Neste sentido, para Ramos⁴⁷, o trabalho em saúde em suas especificidades tecnológicas, é um trabalho que requer, para cada tomada de decisão,

[...] a articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, tais como das bases científicas e instrumentais, com ênfase no conhecimento científico, das bases tecnológicas, com ênfase no conhecimento técnico e da experiência de trabalho e social (qualificações tácitas) e que são mediados pela dimensão ético-política (p.3-4).

Campos¹⁸ acrescenta a este debate a necessidade de desenvolver outro modo de produzir saúde que seja mais adequado do que o anterior e que supere a dicotomia entre os saberes centrados na clínica e os centrados na saúde coletiva. Segundo ele,

[...] a tarefa atual é a de recolher, integrar, aprofundar e reinventar estes saberes, adaptando-os ao contexto contemporâneo. Assim, a valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos; a ampliação de ações de promoção e de prevenção; a rearticulação dos serviços especializados e de alta complexidade segundo diretrizes de humanização, e de adoção de práticas alternativas como internação domiciliar, tratamentos e cirurgias ambulatoriais, têm se espalhado por todo

o mundo indicando a necessidade de proceder-se a uma verdadeira reengenharia humanizada dos serviços de saúde (p.3).

As reflexões trazidas por esses autores suscitam dúvidas quanto à geração de uma expectativa superdimensionada sobre o novo papel dos profissionais nos serviços de saúde, em especial, dos que atuam na Saúde da Família. Seriam necessários superprofissionais para darem conta da resolutividade na Atenção Básica? Ou, ao contrário, seria este o perfil profissional que deveria, de fato, ser formado pelas instituições de ensino? Ou ainda, seria esta a terminalidade que os cursos de medicina e de enfermagem deveriam contemplar?

Arouca⁴⁴ um dos pioneiros na crítica sistematizada sobre a tríade de problemas — educação médica, modelo assistencial e práticas médicas — ao contestar que a prática médica curativa, além da sua atomização, se esgota no diagnóstico e na conduta terapêutica, afirma que ela acaba por também minimizar as práticas de prevenção e de recuperação da saúde. Para ele, este tipo de medicina privilegia a doença e a morte em detrimento da saúde e da vida. Suas contundentes críticas se voltam para as práticas médicas apontando: a ineficiência e ineficácia das práticas, levando ao encarecimento da atenção à saúde; a especialização crescente da medicina com perda da noção de totalidade do ser humano; do conhecimento médico dominado pela visão biológica; a visão individualista da medicina e sua desvinculação com os problemas de saúde da população, onde, paradoxalmente, o raro se torna prioritário e o predominante é esquecido. Finaliza suas críticas destacando que a educação médica:

[...] dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam as necessidades de atenção médica das comunidades. Esse problema agravava-se para os países subdesenvolvidos, que estavam formando médicos segundo padrões dos países desenvolvidos e que, portanto, eram estranhos ao seu próprio meio social (p.38).

Por sua vez, ao analisarmos as observações de Foucault⁴⁸ sobre a natureza e repercussões da clínica no saber e prática médica, fica claro que o surgimento da clínica fez uma clivagem no discurso sobre a patologia. Se antes, para se apreender a doença do paciente, a interlocução do médico com o doente era importante, paradoxalmente, o nascimento da clínica modifica sobremaneira esta aproximação aos problemas de saúde, passando a dar mais valor à visão classificatória dos sinais e sintomas do que ao doente. Este passa a ser visto de forma reducionista, apenas como um apêndice da doença e esta sim, é que passa a ter valor substantivo para o médico no estudo e classificação das patologias.

Esta busca pela objetividade e racionalidade da doença, segundo Foucault⁴⁸, fez com que a medicina das espécies patológicas se empenhasse “em uma atenção renovada do individual — atenção cada vez mais impaciente e menos capaz de suportar as formas gerais de percepção, nas apressadas leituras de essência” (p.15). Por sua vez, o ensino médico, totalmente voltado para a aprendizagem no leito hospitalar “como se o leito dos doentes tivesse sido sempre um lugar de experiência constante e instável, em oposição às teorias e sistemas que teriam estado em permanente mudança e mascarado, sob sua especulação, a pureza da evidência clínica” (p.59), reafirma esse individualismo e a doença em si. Para o autor:

No século XVIII, a clínica é, portanto, uma figura muito mais complexa do que um puro e simples conhecimento de casos. E, no entanto, ela não desempenhou papel específico no movimento do conhecimento científico; forma uma estrutura marginal que se articula com o campo hospitalar sem ter a mesma configuração que ele; visa à aprendizagem de uma prática que ela resume mais do que analisa; agrupa toda a experiência em torno dos jogos de um desvelamento verbal que nada mais é do que sua simples forma de transmissão, teatralmente retardada (70).

Já apontando as mudanças pela qual a clínica deveria passar diante da ainda obscurecida oposição entre a medicina das espécies e a medicina do espaço social, este mesmo autor aponta:

[...] nos últimos anos do século (XVIII), a clínica vai ser bruscamente reestruturada: separada do contexto teórico em que nascera, vai receber um campo de aplicação não mais limitado àquele em que se *diz* um *saber*, mais coextensivo àquele em que nasce, se experimenta e se realiza: ela fará corpo com a totalidade da experiência médica. Para isso, entretanto, ainda será preciso que seja armada de novos poderes, separada da linguagem a partir de que era proferida como lição e libertada por um movimento de descoberta (p.70).

Transpondo esse debate para o nosso contexto, observa-se que no âmbito acadêmico, a dicotomia entre a medicina curativa *versus* preventiva esteve em evidência durante toda a década de 1970 e até meados da de 1980, sendo superada com o amadurecimento das reflexões frente ao conceito ampliado de saúde e o pressuposto da atenção integral à saúde. Conceitos esses que passam a compor a agenda da Reforma Sanitária em decorrência dos debates em torno da Atenção Primária e da democratização da saúde. O cenário político-sanitário vivido no país e os debates e reflexões durante a VIII Conferência Nacional de Saúde nos anos 80, foram fundamentais para esta superação. Mais adiante, com o SUS, essa

falsa dicotomia fica explicitada e deixa de ser valorizada principalmente pelos sanitaristas e profissionais da saúde coletiva.

Por sua vez, nos anos 90, no campo das especialidades médico-assistenciais, assiste-se à valorização das ações de prevenção e de promoção, ainda que no seu sentido mais estrito e prescritivo. Mesmo com estes avanços e nesta zona de transição das práticas em saúde, o que se observa é que permanece certo tensionamento entre os campos da clínica e da saúde coletiva, mais perceptível no ambiente da formação acadêmica e que traduz, de certa forma, a valorização das especialidades e a resistência ao reconhecimento e adesão aos princípios e diretrizes do SUS. No Brasil, a área da saúde é caracterizada por um grande contingente de especialidades. Na medicina, de acordo com a Resolução Nº. 1763/2005 do Conselho Federal de Medicina⁴⁹ (CFM), são 58 especialidades que disputam o espaço de formação dos profissionais e que demonstram além da fragmentação da prática e do saber médico, a desvantagem do campo da atenção básica em relação às demais especializações, sendo um total de 2 para o primeiro e de 56 para o segundo. Em relação à formação e ao trabalho do enfermeiro a ênfase também é marcada pelas especializações, sendo que o Conselho Federal de Enfermagem⁵⁰ (COFEN) tem definidas 42 especialidades sendo que dessas, apenas duas estão voltadas para a atenção básica (Saúde Coletiva e Saúde da Família).

Sobre a clínica, Campos⁵¹ faz um interessante contraponto que é válido para todas as profissões da saúde, embora ele esteja se referindo mais especificamente à médica. O autor fala em duas clínicas: a clínica da doença e a clínica do sujeito mostrando que, ao supervalorizar a clínica, “para a medicina haveria um apagamento de todas as outras dimensões existenciais ou sociais do enfermo; a doença o recobriria como uma segunda pele, uma nova identidade” (p.56). E mais, ao separar-se do sujeito e dos fatores associados às suas condições de vida e saúde, “a clínica empobrece-se toda vez que ignora essas inter-relações, perdendo até mesmo a capacidade de resolver problemas estritamente clínicos” (p.57). E complementa afirmando que:

Há necessidades de mudanças no campo da política, da gestão e dos próprios saberes e práticas, quer da Saúde Coletiva, quer da Medicina [...]. E a Saúde é um campo comprometido com a prática. Os achados científicos têm repercussão quase que imediata sobre os modos como se lida com a saúde e com a doença. E vice-versa (p.10-11).

Nesse sentido, concordamos com o autor quando afirma que, assim como a clínica necessita ser repensada e reformulada para atender as necessidades de saúde impostas à humanidade nesta nova era, também a própria saúde coletiva precisa ser repensada e dotar-se de outros saberes e práticas para atender coerentemente seus próprios postulados.

No interior desse debate surgem duas questões que, do nosso ponto de vista, trazem contribuições para o campo das práticas. Uma delas refere-se à necessidade da articulação entre a prática clínica e a prática da saúde coletiva, justamente para por fim à dicotomia curativo/preventivo e por clarificar a perspectiva da integralidade do cuidado. A outra, trata da clínica ampliada que destaca a importância da subjetividade nas relações médico-paciente (leia-se profissionais de saúde-usuário) para que haja a formação de vínculos e acolhimento e para que a humanização do atendimento seja efetivamente incorporada ao ato do cuidado em saúde. Em síntese, estas questões reiteram e qualificam o debate em torno da mudança das práticas em saúde.

Nota-se que em diferentes momentos do contexto sanitário, o debate em torno da necessidade de mudança das práticas em saúde e do processo de formação dos profissionais que atuam na área é recorrente. Essas reflexões, embora estejam majoritariamente voltadas à educação e prática médica, se aplicam às demais profissões da saúde, visto que além de sofrerem influência do modelo de formação desta profissão (médica), também são decorrentes do mesmo modelo biológico de atenção à saúde que se tornou dominante no mundo ocidental e, conseqüentemente, no Brasil.

Um contraponto merece ser destacado no que se refere à formação do enfermeiro uma vez que, mesmo sob influência do modelo médico, este profissional tem, historicamente, um processo de formação e atuação mais generalista e voltado à arte do cuidar em saúde. Isso não significa, no entanto, que este cuidado priorize a visão do usuário como sujeito ou a do cuidado emancipatório, conforme refere Pires⁵², mas também não deixa de ser um diferencial interessante quando se compara as diferentes expressões das práticas em saúde sob a mesma égide.

No cenário brasileiro, a organização dos serviços e das práticas de atenção na esfera da saúde pública passou por quatro momentos de mudanças relativamente delimitados. O primeiro, vem do início do século e predomina, com algumas nuances, até meados dos anos 70. Neste período, os serviços e as práticas organizavam-se em torno do controle das

principais doenças transmissíveis como a varíola, a hanseníase e a tuberculose, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, a febre amarela, a malária, o combate à verminose e às doenças diarréicas e, mais adiante, a saúde materno-infantil, muito em função da alta mortalidade infantil naquele período. Pode-se caracterizar este período como o das práticas tradicionais da Saúde Pública.

O segundo momento, o dos anos 70, surge com a proposta de interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS), a implantação das primeiras experiências municipais de serviços de saúde, com a discussão em torno da Atenção Primária à Saúde (APS) e com a adoção pelos municípios, do referencial dos Cuidados Primários de Saúde. As poucas iniciativas de serviços municipais de saúde existentes naquele período organizavam a prestação do cuidado nos Postos de Saúde com equipes compostas pelo médico clínico geral, pelos auxiliares de saúde e enfermeiros. Os médicos realizavam atendimentos aos problemas de saúde de alta frequência e baixa complexidade na rede de serviços, principalmente nas áreas da saúde da criança e da mulher, mas já atendiam a população adulta e idosa nas patologias mais comuns incluindo a hipertensão. O mesmo faziam os enfermeiros que, além da assistência propriamente dita, realizavam outros procedimentos como curativos, vacinação, aplicação de injeções, visitas domiciliares e atendimento às patologias mais comuns que lhes eram delegadas pelos médicos, de acordo com as rotinas dos serviços. Faziam ainda atendimento em puericultura, pré-natal e o acompanhamento dos hipertensos. Concomitante a isso, eram responsáveis pelas capacitações dos auxiliares de enfermagem e de auxiliares de saúde; pela elaboração das rotinas de organização e funcionamento dos Postos de Saúde e pelos relatórios de produção que eram atribuições por vezes compartilhadas com os médicos que atuavam nestes serviços. Pode-se caracterizar este período como o das práticas da saúde comunitária.

O terceiro momento foi o dos anos 80 quando houve o início da descentralização da saúde, nos moldes da Atenção Primária à Saúde. Em meados da década foram introduzidas nos Postos de Saúde as especialidades médicas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia e clínica geral), após o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS) e depois com o Sistema Unificado e Descentralizado em Saúde (SUDS). Ao longo deste período, aquela dinâmica de funcionamento e organização dos serviços modificou-se e o atendimento passou a ser feito segundo as especialidades disponíveis: a criança passou a ser atendida pelo pediatra, a mulher gestante e em idade fértil, pelo gineco-obstetra e os demais problemas de saúde eram repassados ao clínico-geral que acabou se *especializando* no tratamento da hipertensão

arterial, diabetes e estados psicossomáticos. Os enfermeiros diminuíram suas atividades assistenciais e deixaram de fazer os atendimentos de puericultura, do pré-natal, das doenças comuns da infância e outros, porque estas atividades agora eram de competência dos especialistas. Neste contexto, estes profissionais passaram a priorizar as atividades administrativas em detrimento das assistenciais.

Nesse período, houve uma mudança qualitativa na organização dos serviços com aumento na cobertura assistencial decorrente da inclusão dos médicos das especialidades básicas nos serviços e da ampliação das contratações de enfermeiros e de pessoal de enfermagem e de outros profissionais que passaram a compor a rede de serviços de saúde. Muitos municípios passaram a implantar laboratórios de análises clínicas para os exames de rotina e a ofertar serviços de odontologia. Em relação às atividades assistenciais, o escopo das ações de saúde é ampliado e as abordagens deixam de ser pontuais e passam a ser de atenção integral. São exemplos desta fase, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Além disso, rompe-se com as tradicionais práticas de atendimento em tuberculose e hanseníase (os vidros que separavam médicos e pacientes são retirados) e implantam-se práticas mais humanizadas de atendimento; passa-se a dar maior ênfase à atenção precoce em hipertensão e diabetes, entre outros agravos de saúde. Da mesma forma, inicia-se o fortalecimento da proposta de organização de grupo de promoção da saúde e estimular à auto-ajuda. Pode-se caracterizar este período como o que marca o início das práticas da saúde coletiva.

O quarto momento é o do início dos anos 90 até os dias atuais. Várias e importantes iniciativas marcam a organização dos serviços e das práticas em saúde. Com a instituição do SUS pelas suas leis ordinárias, as ações em torno da organização do sistema, principalmente no âmbito municipal, começam a traçar novos contornos no perfil dos serviços. Os municípios entram definitivamente para o cenário da organização do sistema e assumem a responsabilidade pela oferta das ações de saúde; cresce a rede básica; aumenta o número de profissionais atuando nos serviços e muda o perfil dos problemas de saúde da população. Em relação às atividades assistenciais, neste período, mais do que nos outros, o escopo das ações de saúde é ampliado e vai se acentuando a necessidade de novas abordagens. Além das ações já incorporadas nos períodos anteriores, novos desafios são colocados para os profissionais e gestores do sistema: a epidemia de Aids, o aumento dos casos de tuberculose e hanseníase, o crescimento da população idosa, o aumento das doenças crônico-degenerativas, os acidentes de trânsito, a violência, a dependência química, o aumento da gravidez na adolescência, o

aumento das doenças e transtornos mentais e o recrudescimento da epidemia de dengue são exemplos da complexificação do quadro sócio-sanitário do país. Pode-se caracterizar este período como o da ampliação das práticas da saúde coletiva.

Portanto, este último e mais recente momento é um período de muitos desafios para a implementação do SUS com crescimento acelerado das necessidades de mudanças das práticas profissionais para viabilizá-lo e, mesmo com a criação dos incentivos para o fortalecimento Atenção Básica e da Saúde da Família, as dificuldades são muitas. No que diz respeito à organização dos serviços, os avanços são evidentes, mas, no campo das práticas, os velhos problemas somaram-se aos novos desafios.

Ainda que a Saúde da Família preconize o médico generalista ou o clínico geral como principal protagonista da atenção básica, esta prática ainda está por acontecer na rede básica. Primeiro, porque a formação acadêmica não valoriza o generalista e, sim, o especialista; segundo porque a descentralização do sistema no período dos anos 80 absorveu na rede, as especialidades básicas — pediatria e ginecologia e obstetrícia junto com o clínico geral; terceiro porque o processo de trabalho dos médicos está dividido segundo suas especialidades e quarto, porque o médico geral não se sente suficientemente preparado para atender crianças e gestantes, dado que a sua formação não está voltada para a atenção básica e sim, para o atendimento das complicações decorrentes da atenção à saúde tardia. É comum, onde há médico pediatra, por exemplo, o médico da Saúde da Família não assistir as crianças das famílias pertencentes ao seu território-área e o mesmo acontece com as mulheres em idade reprodutiva que continuam sendo atendidas pelos gineco-obstetras, ferindo o pressuposto de “ver” o indivíduo em sua totalidade. Ou seja, ainda não houve a “conversão” dos profissionais médicos especialistas em generalistas.

Em relação às práticas do enfermeiro, as atividades gerenciais ganham força na década de 90 e, mesmo com a implantação da Saúde da Família que efetivamente aumenta o número destes profissionais nos serviços e preconiza uma atuação mais assistencial do que gerencial, suas respectivas práticas profissionais continuam centradas nas atividades burocrático-administrativas em detrimento das assistenciais. É fato comum os municípios contratarem um só enfermeiro para atuar na gerência da unidade, atuar na equipe de Saúde da Família e até mesmo em outro serviço de referência no município (hospital).

Em que pese a formação do enfermeiro, em tese, ser mais generalista que a do médico, o processo de formação não o prepara suficientemente para as atividades assistenciais e seu trabalho, muitas vezes, deixa a desejar em relação à resolutividade da assistência. Com isso, é comum o enfermeiro priorizar as atividades administrativas e gerenciais e muitas vezes, o fazendo numa perspectiva normativa do trabalho porque sua formação também não o instrumentaliza adequadamente para o exercício da liderança e da gerência na perspectiva mais contemporâneas da gerência. Desta forma, apesar de ser competência do enfermeiro a consulta de enfermagem, a prescrição e administração de medicamentos e a solicitação de exames laboratoriais de rotina e complementares previstos por vários programas e protocolos do próprio Ministério da Saúde, ainda são tímidas as iniciativas dos enfermeiros no campo da assistência direta ao paciente na atenção básica e na Saúde da Família.

Estas diferentes configurações na organização das práticas profissionais em saúde ao longo do caminho da descentralização nos remetem à constatação de que a organização dos serviços tem se dado por situações conjunturais própria de um contexto de reforma setorial frágil. As práticas, por sua vez, vão se adaptando conforme as conjunturas permitem. Do nosso ponto de vista, é importante nos debruçarmos sobre isso porque nossas acumulações vêm desses diferentes desenhos desenvolvidos em tempos institucionais muito curtos e é preciso avançar na consolidação da atenção básica no SUS. Afinal, os recursos destinados para esta área são limitados e insuficientes e existe ônus para a sociedade quando não se procura a otimização dos mesmos.

Foram sistematizadas, no quadro a seguir, as críticas recorrentes apontadas por diferentes autores sobre a inadequação das práticas profissionais em saúde e, ao mesmo tempo, as proposições apresentadas visando superá-las e que, em tese, poderiam nortear os processos de (re)adequação das práticas na perspectiva da mudança de modelo. Esta construção se deu a partir da literatura estudada e sem a pretensão de relacioná-las aos seus respectivos autores. A idéia básica foi traçar uma visão panorâmica acerca do assunto.

QUADRO 3.1 – Síntese das características das práticas em saúde, críticas recorrentes e proposições apontadas na revisão de literatura sobre modelos de atenção e práticas em saúde. 2006.

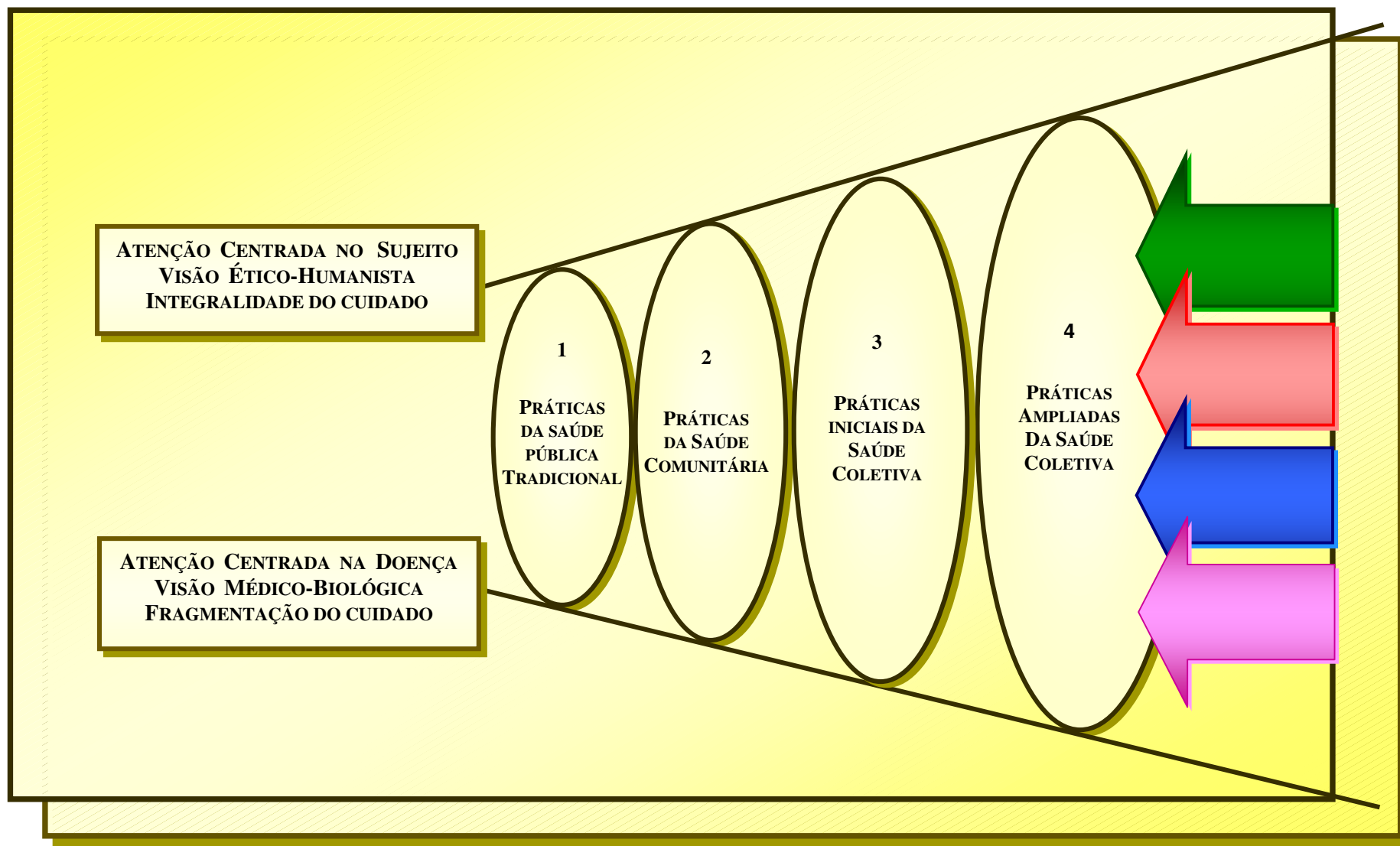
CARACTERÍSTICAS DAS PRÁTICAS EM SAÚDE	CRÍTICAS ÀS PRÁTICAS DO MODELO DOMINANTE	PROPOSTAS PARA SUPERAÇÃO DAS CRÍTICAS
Visão ético-humanista	Pouco valorizada.	Valorizar e incorporar em todas as ações e cuidados de saúde.
Visão ético-política	Ausente ou irrelevante.	Importante e traduzida na não alienação do trabalho e no compromisso com o usuário e com a equipe.
Visão biológica	A doença ganha mais importância que o doente.	O doente é mais importante que a doença.
Saber e fazer técnico	Muito valorizado.	Muito valorizado, mas com consciência de sua limitação.
Saber médico	Detém a centralidade do cuidado e do modelo.	Compartilhar com os demais componentes da equipe na perspectiva da integralidade do cuidado.
Papel da Clínica	Muito valorizado e considerado o núcleo duro do atendimento.	Muito valorizado, mas tido como parte integrante de um atendimento mais holístico.
Articulação entre saberes	Inexistente ou pouco valorizado.	Reconhecido como fundamental para a integralidade do cuidado.
Atenção individual	Muito valorizada e tida como suficiente.	Muito valorizada, porém com reconhecimento da necessidade de conhecer o papel familiar e social no adoecimento e no cuidado à saúde.
Paciente/doente como sujeito	Pouco considerada ou desvalorizada.	Reconhecida como fundamental para a apreensão da situação de saúde do paciente.
Atomização do cuidado	Só o órgão ou sistema afetado importa.	O órgão ou sistema está contido em um todo, no paciente.
Diagnóstico	Finaliza a atenção.	É parte integrante da atenção.
Conduta terapêutica	Pontual, quase sempre medicamentosa e de responsabilidade do paciente pelo seu resultado.	Contínua, de interesse do serviço, não apenas medicamentosa e acompanhada de outras orientações de cuidado.
Práticas de promoção da saúde	Minimamente valorizadas.	Muito valorizadas no acompanhamento do processo saúde/doença.
Práticas de prevenção das doenças	Pouco valorizadas.	Muito valorizadas no acompanhamento do processo saúde/doença.
Articulação com especialidades de apoio	Procedimento burocrático.	Procedimento que extrapola o burocrático e busca trazer informações para a continuidade do cuidado.
Resolutividade	Dependente da tecnologia e pouco valorizada pelos serviços.	Valorizada em todos os níveis da assistência, com desenvolvimento de tecnologia adequada a cada nível da assistência.
Relação médico-paciente/profissional de saúde/paciente	Baseada na autoridade técnica do profissional; relação de subordinação do paciente ao profissional	Valorização da relação de igualdade entre usuário e profissional
Integralidade / Atenção Integral	Pouco valorizada nos procedimentos, sem preocupação com o acompanhamento e evolução do paciente após o momento do atendimento.	Valorizada e presente nas diferentes formas e momentos da prestação do cuidado de saúde, com acompanhamento do paciente para conhecimento acerca da evolução do problema.

Na seqüência, por meio de uma figura esquemática, procurou-se representar a evolução do escopo das práticas de saúde de acordo com os diferentes momentos e necessidades presentes no contexto brasileiro (Figura 2). O primeiro círculo representa as práticas tradicionais da saúde pública; o segundo, as práticas da saúde comunitária dos anos 70; o terceiro, o início das práticas da Saúde da Coletiva, ainda circunscritas às necessidades de saúde mais afetas ao campo biológico; e o quarto momento, o das práticas mais ampliadas da Saúde Coletiva apontando o crescimento dos problemas de saúde e da necessidade da interação com outras áreas do conhecimento. Desta forma, para enfrentar o escopo cada vez mais amplo e complexo da assistência, é necessário implementar as práticas de atenção centrada no sujeito e na visão ético-humanista e, com isso, relativizar a valorização dada à atenção centrada na doença e na visão biologicista do cuidado.

Na figura esquemática, as setas que penetram a saúde coletiva representam a incorporação de outros saberes que necessitam ser agregados às práticas da saúde coletiva para que as ações superem a visão centrada no campo médico-biologicista e sejam mais efetivas no âmbito da Saúde da Família e, conseqüentemente, da Atenção Básica indo ao encontro do que está proposto no SUS.

A readequação dessas ações requer primeiramente, a articulação entre as diferentes áreas da medicina propriamente dita com as quais a saúde coletiva deve interagir visando a incorporação de alguns saberes das clínicas médica e cirúrgica que resultaria, no cômputo final, numa atenção básica mais resolutiva e com profissionais da Saúde da Família melhor preparados para a complexidade do quadro sanitário diversificado com o qual ele se depara na sua rotina de trabalho. E mais, existe a necessidade de articulação com as demais áreas da saúde para além da enfermagem e da odontologia que já são tradicionais nas unidades básicas (mas nem por isso conseguem atuar de forma articulada), como a nutrição e a saúde mental, entre outras, na perspectiva das ações de promoção e proteção da saúde. Por fim, é imprescindível a articulação com outros saberes, em especial, com a área de humanidades.

FIGURA 3.1 — Evolução do escopo das ações de saúde na rede básica de acordo com seus diferentes momentos.



A necessidade crescente de conhecimentos das áreas da antropologia, da sociologia, da filosofia, da comunicação, do serviço social, da nutrição, da educação física e da administração, entre outros, é fundamental na perspectiva da atenção à saúde centrada no sujeito, na família e no seu contexto socioeconômico e cultural, e ainda quando um dos princípios do SUS é a integralidade das ações e quando o que se almeja é a resolutividade dos serviços.

A representação gráfica apresentada ajuda a constatar a evolução do escopo da atenção básica para se pensar na adequação das práticas em saúde e nos cenários de atuação dos profissionais inseridos na Saúde da Família, definindo seus limites e possibilidades de atuação. A Saúde da Família pode vir a ser o esteio e concretização de novas práticas em saúde, à medida que busque enfrentar estes novos desafios que representam as necessidades e problemas de saúde contemporâneos da população. Isso posto, o impacto na resolutividade da atenção básica e no reconhecimento das práticas generalistas seriam mais significativos e, assim, poderiam contribuir para o enfrentamento de problemas como a desvalorização da atenção básica e a desqualificação das práticas exercidas neste âmbito da atenção e poderiam nortear o planejamento e organização dos serviços de referência secundária mais efetivo e racionalizado.

O pressuposto que defendemos é de que, se houver uma ampliação do escopo da atenção básica *a partir e com* a Saúde da Família é possível garantir o aumento da resolutividade e qualificar as práticas generalistas em saúde, respondendo às demandas mais frequentes da população. Isso fortalecerá o processo de conversão do modelo e contribuirá para desfazer a visão predominante no senso comum de que “os postinhos de saúde” pouco ajudam na resolução dos problemas da população. Estas readequações poderiam da mesma forma, contribuir para dar novo significado a este espaço de produção da saúde (Unidades de Saúde) e às práticas profissionais neste âmbito valorizando-as técnica, política e socialmente.

3.2 PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DESENHOS E POSSIBILIDADES

Cordeiro⁵³ desperta a atenção sobre as dificuldades para se preparar adequadamente os médicos e enfermeiros para a atuação na Saúde da Família. Ao se referir à definição dos princípios centrais desta estratégia (Saúde da Família) e às competências, desempenhos e habilidades esperadas de uma equipe de PSF, destaca os desafios que as mesmas representam

para os processos de formação e a educação permanente dos recursos humanos em saúde.

Para ele,

[...] em que pese as Leis de Diretrizes e Bases da Educação – LDB/MEC, serem hoje facilitadoras na formação dos profissionais de saúde, ainda é preciso implementar medidas que assegurem a formação dos médicos e enfermeiras para exercerem suas práticas profissionais centradas na estratégia de Saúde da Família (p.45).

Sem a pretensão e desejo de encontrar um único modelo de práticas para a orientação dos profissionais e equipes, caminhou-se na busca de situações e experiências diversificadas que envolvem a Saúde da Família. Neste sentido, resgata-se Canesqui e Oliveira⁵⁴, que fazem uma incursão a diferentes países apontando que a designação de medicina de família, no âmbito internacional, comporta desde concepções mais restritas, centradas na clínica, até as mais ampliadas que se referem ao trabalho em equipe multiprofissional e com enfoque na atenção integral à saúde. Em comum, estruturam a porta de entrada dos sistemas de saúde em muitos países onde foi adotada, em consonância com as características específicas de cada contexto. Segundo as autoras,

Não são homogêneas as designações para a medicina de família nos países. Assim, em Cuba, denomina-se medicina íntegra; na Espanha e no Canadá mencionam-se, respectivamente, medicina familiar e comunitária; na Inglaterra diz-se clínica geral; e nos Estados Unidos, medicina de família é referência corrente, e clínica geral/medicina familiar é a denominação em Portugal. Países como a Dinamarca, a Austrália e a China adotam cuidados primários em saúde, da mesma forma que a Malásia e nas Filipinas é medicina comunitária (p.243).

Em cada um desses países, as reformas setoriais conduziram a diferentes desenhos de modelos e configuração da organização dos serviços do primeiro nível do sistema e, de certa forma, influenciam ou inspiram o Brasil e demais países latino-americanos na construção de suas reformas. Nesta perspectiva, buscou-se verificar como estão estruturadas as práticas profissionais em Saúde da Família (ou equivalente) em alguns países para melhor compreender as possibilidades do nosso contexto.

De modo geral, sentiu-se muita dificuldade na busca destes exemplos, pois as publicações, via de regra, priorizam o financiamento dos sistemas e o funcionamento ou papel da APS nos diferentes países, pouco abordando exemplos de como as práticas estão organizadas para atender às necessidades de saúde das respectivas populações. Assim sendo,

pensar em algum grau de comparabilidade entre as práticas é impossível devido à imensa distância que separa nossa realidade da dos países aqui selecionados.

Segundo Giovanella⁵⁵, nos países da União Européia, de modo geral, a ênfase no primeiro nível de atenção está na clínica e nos cuidados individuais preventivos e curativos, com destaque para a longitudinalidade do cuidado ao paciente ao longo de sua vida. O ator principal da porta de entrada do sistema (*gatekeeper*) são os médicos gerais — os *general practitioners (GPs)* ou os *family doctors*. O GP (clínico geral ou generalista) é o principal profissional médico de primeiro contato na maioria dos países. Segundo a autora,

[...] na Dinamarca, Itália, Portugal, Espanha, Reino Unido, Irlanda e Holanda, o generalista exerce a função de *gatekeeper*, a unidade de saúde na qual trabalha é a porta de entrada obrigatória do sistema de saúde e serve de filtro para o acesso aos serviços prestados por especialistas. No Reino Unido, Holanda e Dinamarca, os GPs são o serviço de primeiro contato para a maior parte dos problemas de saúde, independente do sexo e idade dos pacientes (p.6-7).

Em alguns países a responsabilidade pelo primeiro contato do paciente com o sistema é compartilhado com outros profissionais da APS. Na Itália e Espanha, os GPs e os pediatras são responsáveis pelo primeiro nível de atenção. Na Suécia, além dos GPs, estão incluídas os enfermeiros e os ginecologistas e parte das crianças é atendida por pediatras e, na Inglaterra e Holanda, estão incluídos enfermeiros, odontólogos, visitantes domiciliar, educadores de saúde, massagistas, fisioterapeutas, parteiras e optometristas.

Em relação às atividades realizadas pelos profissionais no primeiro nível de atenção, desde a década de 1990, alguns países europeus vêm expandindo o espectro de serviços. Em alguns países, além das ações de atenção à saúde e de prevenção voltadas à população em geral, são realizadas ações dirigidas à saúde da mulher e à saúde da criança; outros realizam atendimentos psicossociais. Porém, as maiores diferenças estão na oferta de serviços visando ao cuidado de doentes crônicos, que exigem uma maior coordenação entre os diferentes níveis de complexidade e na incorporação de novas ações curativas, serviços comunitários de saúde mental, atendimento domiciliar e oferta de procedimentos como pequenas cirurgias, métodos diagnósticos mais complexos, procedimentos especializados e compartilhamento de atenção a algumas patologias, que é feita mediante definição de protocolos clínicos. Os GPs que desempenham, concomitantemente, as funções assistenciais e gerenciais dos serviços são Autoridades Sanitárias Locais dotadas de poder de organização dos serviços.

O que parece ser o ponto de convergência em todos os países citados pela autora são as visitas domiciliares que fazem parte da rotina de atividades dos GPs e a demanda predominante por consultas e atendimentos médicos. O número de cidadãos inscritos por GP é bem menor que o preconizado pelo nosso PSF (até 3.000 pessoas). Naqueles países, a relação varia de cerca de mil a até, no máximo, 2.500 pessoas.

No modelo canadense, segundo Quinhões⁵⁶ e o disposto no Relatório Health Canada⁵⁷, a ênfase é dada ao médico generalista ou clínico geral e ao médico de família que representam 80% dos responsáveis pela APS e constituem a porta de entrada ao sistema de saúde (*gatekeepers*). Os profissionais médicos recebem um salário bastante acima da média do país e são submetidos a processos de acompanhamento da performance profissional, dos padrões de prática médica em diferentes especialidades numa espécie de avaliação da qualidade.

A atuação desses profissionais é baseada nos determinantes de saúde, com ações voltadas à promoção, prevenção, atenção precoce e recuperação da saúde, contemplando no atendimento às doenças desde o estilo de vida até a saúde ambiental. O sistema engloba organizações comunitárias, grupos de auto-ajuda, grupos de ajuda mútua, educadores e agentes de desenvolvimento comunitário que, como atesta Fierlbeck⁵⁸, se articulam em diferentes arranjos organizacionais, de acordo com as características locais ou regionais. São priorizados o atendimento domiciliar, atendimento em serviços comunitários e a atenção ao idoso. As equipes de APS são multiprofissionais.

Quinhões⁵⁶ e Fierlbeck⁵⁸ apontam algumas medidas que têm sido implantadas com vistas a reduzir e controlar os gastos com a atenção médica. Uma delas é a expansão do papel do enfermeiro no campo assistencial. De acordo com os autores, tem-se incluído atividades de enfermagem na área psiquiátrica e, na enfermagem geral, ações voltadas às atividades de assistência aos problemas e agravos mais comuns da população; nas ações preventivas; no atendimento domiciliar e em outras atividades de assistência clínica, que são delegadas pelos médicos após capacitação específica dos enfermeiros para tal.

Em relação ao modelo americano, quase nada se encontrou sobre as práticas em saúde, uma vez que a maioria dos documentos versa sobre as formas de gerenciamento do sistema e o financiamento do modelo.

De modo geral, o que se pôde observar é que, à parte das especificidades de cada país, é unânime a referência sobre a incorporação das ações de promoção da saúde, ações preventivas e de atenção precoce junto à atenção curativa (tardia) e as de recuperação. As experiências de trabalho compartilhado do médico generalista ou clínico geral e/ou médico de família com pediatras e gineco-obstetras também é fato recorrente, assim como predomina seu papel como o profissional que regula o acesso aos demais níveis ou especialidades do sistema. Da mesma forma, a presença do enfermeiro seguida da dos odontólogos são as mais citadas como componentes dos serviços de medicina de família e da APS. Predomina a organização regionalizada dos serviços e onde eles ainda não estão totalmente regionalizados, como é o caso do Canadá, esse processo está em curso. É nítida a predominância da demanda por atendimento médico. E o ponto fraco ainda parece ser o trabalho dos profissionais na perspectiva do desenvolvimento comunitário.

A realidade brasileira, como foi visto anteriormente, demonstra acentuadas diferenças na configuração da atenção básica, entre elas: a forma de gerenciamento da porta de entrada do sistema; o financiamento dos serviços; o aporte de recursos disponíveis; a concepção de cidadania que tanto a população quanto os profissionais de saúde têm e, principalmente, a autonomia e valorização do profissional, principalmente do médico *gatekeeper*. Ressalta-se que a valorização é traduzida em níveis salariais e, em alguns países como Inglaterra e Canadá, em programas de educação continuada (com predomínio na área clínica e, mais especificamente, ao atendimento das patologias crônico-degenerativas) e em processos contínuos de avaliação profissional. No caso dos enfermeiros, assim como em nosso contexto, desempenha atividades predominantemente preventivas e, quando se trata da atenção à saúde propriamente dita, como esperado, atuam nas de maior frequência e baixa complexidade e mediante *delegação* médica e adoção de protocolos. Não foram encontradas referências sobre a remuneração dos enfermeiros neste nível de atenção.

Diante disso e dando continuidade ao estudo, emerge a questão sobre quais seriam, então, as práticas profissionais dos médicos e enfermeiros na Saúde da Família adequadas ao nosso contexto e como identificá-las. Para explorar este aspecto do trabalho, partiu-se das recomendações oficiais do Ministério da Saúde, com ênfase em dois documentos norteadores da estruturação da Saúde da Família na Atenção Básica: o Guia Prático de Implantação do Programa Saúde da Família⁵⁹, lançado em 2001 pela Secretaria de Políticas de Saúde, e a Portaria n.º 648/GM⁶⁰, de 28 de março de 2006, editada pela Secretaria de Atenção à Saúde.

O primeiro documento propôs, por meio do Departamento de Atenção Básica, um conjunto de ações específicas para cada profissional que compõe a equipe de Saúde da Família. Este Guia Prático serviu de orientação à implantação do PSF e foi largamente disseminado nos estados e municípios brasileiros. Mais recentemente, em março de 2006, no bojo das discussões sobre o Pacto pela Saúde (Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão) entre as esferas de governo, as atribuições definidas no Guia foram reformuladas e apresentadas na Portaria nº. 648/06, que trata da Política Nacional da Atenção Básica.

A fim de facilitar a compreensão das propostas contidas nestes dois documentos em relação às práticas profissionais, foram sistematizadas, nos quadros a seguir, as proposições que vêm direcionando as atribuições dos componentes das equipes de Saúde da Família, destacando as dos médicos, dos enfermeiros e as que são comuns a todos os profissionais.

QUADRO 3.2 — Atribuições dos médicos de Saúde da Família segundo o Guia Prático de Implantação do PSF de 2001 e a Portaria 648/GM, de 28/03/2006. Brasil.

GUIA PRÁTICO/2001	PORTARIA Nº 648/2006
<p>Realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adstrita.</p> <p>Realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio.</p>	<p>Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc).</p>
<p>Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso.</p> <p>Realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001): saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão, controle da diabetes, controle da tuberculose e erradicação da hanseníase.</p> <p>Solicitar exames complementares</p>	<p>Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases de vida do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.</p>
<p>Fomentar a criação de grupos de patologias específicas como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.</p> <p>Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva.</p> <p>Realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências.</p> <p>Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.</p>	<p>Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins diagnósticos.</p>
<p>Encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e de referência e contra-referência.</p>	<p>Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência.</p>
<p>Indicar internação hospitalar.</p>	<p>Indicar as necessidades de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário.</p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD.</p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.</p>
<p>Verificar e atestar óbito.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

O que se observa a partir destes dois documentos é que apesar de algumas modificações nas atribuições definidas para o médico, no geral, o núcleo duro, o eixo nuclear das ações é o mesmo. Algumas poucas diferenças merecem ser comentadas, embora sejam mais decorrentes das particularidades dos contextos em que ambos os documentos foram produzidos. Por exemplo, o Guia traz a demanda apresentada pela NOAS/01 e a Portaria traz propostas de participação nas atividades de Educação Permanente em Saúde, presente no contexto mais recente. Da mesma forma, em 2001 a discussão em torno da articulação entre os saberes da clínica e da saúde coletiva estavam mais presentes nos *fóruns* da Saúde da Família e aparecem no primeiro documento.

Em relação às práticas profissionais dos médicos, observa-se que a Portaria de 2006:

1) retira do médico a atribuição de criação de grupos por patologias e, embora subtenda-se que esta atribuição esteja contida na proposta de assistência integral, do nosso ponto de vista, ela poderia ter sido mantida no sentido de estimular estes profissionais a trabalharem mais na perspectiva de educação em saúde e no estímulo às atividades de redes de apoio entre os pacientes;

2) aponta, mais objetivamente, para a inclusão da família na assistência, para o atendimento no domicílio, quando necessário e para as ações extra-unidades de saúde, ou seja, nos demais equipamentos sociais existentes no território;

3) avança na definição da realização de procedimentos em cirurgias ambulatoriais e pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos diagnósticos;

4) é mais diretiva ao definir como responsabilidade do médico, o acompanhamento do plano terapêutico prescrito dos pacientes encaminhados assim como o acompanhamento dos pacientes indicados para internação. Neste aspecto, a nosso ver, estas definições contribuem para o avanço das práticas de longitudinalidade e da integralidade do cuidado.

Por fim, o que foi definitivamente retirado do Guia Prático foi a atribuição do médico de verificar e atestar óbitos.

QUADRO 3.3 — Atribuições dos enfermeiros de Saúde da Família segundo o Guia Prático de Implantação do PSF de 2001 e a Portaria nº. 648/GM, de 28/03/2006. Brasil.

GUIA PRÁTICO/2001	PORTARIA Nº 648/2006
Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever ou transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão.	Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações.
<p>Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso.</p> <p>Realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001): saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle de tuberculose, controle da hipertensão, controle da diabetes e erradicação da hanseníase.</p> <p>Realizar cuidados de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para continuidade da assistência prestada.</p> <p>Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva.</p> <p>Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.</p> <p>Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio.</p> <p>No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.</p>	<p>Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc) em todas as fases de vida do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.</p>
Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF.	Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS.
Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.	<p>Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem.</p> <p>Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD.</p>
□	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

No que se refere às atribuições do enfermeiro, também não são observadas mudanças substantivas nas atividades propostas em ambos os documentos. Entretanto, do nosso ponto de vista, a Portaria de 2006 é tímida no que se refere à consulta de enfermagem. Ressalta-se que todas as recomendações da Portaria iniciam com uma ação direta (verbo no infinitivo) e apenas nesse quesito entra já ponderando o ato em si (“conforme” protocolos, etc), ou seja, haja vista que a prestação direta do cuidado realizada pelo enfermeiro no Brasil precisa ser fortalecida como direito e responsabilidade profissional, da forma como está colocada nesse documento, parece condicionar as práticas do enfermeiro aos protocolos e às normas técnicas estabelecidas pelos gestores mais do que a própria Lei do Exercício Profissional que regulamenta a profissão.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem⁵⁰ N.º271/2003 define em seu Artigo 1º que “É ação da Enfermagem, quando praticada pelo Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos”; Artigo 4º - “ Para assegurar o pleno exercício profissional, garantindo ao cliente/paciente, uma atenção isenta de risco, prudente e segura, na conduta prescritiva/terapêutica, o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares, conforme disposto na Resolução COFEN 195/97” e Artigo 5º “O Enfermeiro pode receber o cliente/paciente, nos limites previstos ao Art. 2º, para efetuar a consulta de enfermagem, com o objetivo de conhecer/intervir, sobre os problemas/situações de saúde/doença”. O Artigo 2º, por sua vez, diz que “os limites legais, para a prática desta ação (consulta de enfermagem) são os Programas de Saúde Pública e rotinas que tenham sido aprovadas em Instituição de Saúde, pública ou privada”. Sabendo-se que a maioria dos municípios não tem protocolos institucionalizados e o próprio Ministério da Saúde deixa vago em alguns de seus protocolos as atribuições do enfermeiro (vide os da Saúde da Mulher e da Criança), a Portaria poderia ter mantido a redação anterior para que os gestores e profissionais não fiquem reféns da corporação médica em seus municípios.

Como nas práticas dos médicos, as mesmas observações anteriores são pertinentes e reiteramos que a educação em saúde deveria ter sido mantida por ser uma orientação pedagógica para a organização das práticas para além da visão biologicista da saúde. E ainda, porque o enfermeiro (mais até do que os médicos) tem atuado para a viabilização de tais práticas como forma de articular as ações de promoção e atenção à saúde e de prevenção das doenças e de agravos.

QUADRO 3.4 — Atribuições comuns aos componentes das equipes de Saúde da Família segundo o Guia Prático de Implantação do PSF de 2001 e a Portaria 648/GM, de 28/03/2006. Brasil.

GUIA PRÁTICO/2001	PORTARIA Nº 648/2006
<p>Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas.</p> <p>Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais a população está exposta.</p>	<p>Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.</p>
<p>Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde.</p>	<p>Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.</p>
<p>Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada.</p> <p>Resolver os problemas de saúde no nível da atenção básica.</p>	<p>Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outras), quando necessários.</p> <p>Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.</p> <p>Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.</p>
<p>Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida.</p>	<p>Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde.</p>
<p>Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito.</p>	<p>Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento de vínculo.</p>
<p>Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento.</p>	<p>Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.</p>
<p>Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar.</p>	<p>Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção de outros serviços do sistema de saúde.</p>
<p>Promover ações, intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais, existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados.</p>	<p>Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS.</p>
<p>Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais.</p> <p>Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.</p>	<p>Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.</p>
<p>—</p>	<p>Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica.</p>
<p>Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde.</p>	<p>—</p>
<p>—</p>	<p>Participar das atividades de educação permanente.</p>
<p>Auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde.</p>	<p>—</p>

Em relação às atividades comuns a todos os membros da equipe, observa-se que há confluência entre as duas propostas. No entanto, a Portaria de 2006, a nosso ver, apresenta alguns avanços em relação ao Guia de 2001, que são os seguintes: **1)** processo de territorialização como instrumento do planejamento e avaliação local; **2)** uso da informação no planejamento e priorização das ações; **3)** realização de ações extra-muros da unidade de saúde (domicílios e outros equipamentos sociais); **4)** uso de protocolos institucionais nas gestões locais; **5)** integralidade da atenção; **6)** escuta qualificada e, **7)** responsabilização e coordenação do cuidado prestado aos pacientes.

Por outro lado, o Guia era mais enfático nos pontos que se referem à abordagem familiar no processo de organização do trabalho das equipes e em relação ao controle social e o Guia também era mais ousado ao recomendar o envolvimento e participação da população no planejamento das ações das equipes de saúde.

Estes sete pontos da Portaria destacados acima, além de se aproximarem mais das atuais ferramentas de gestão recomendadas para a organização dos serviços locais, permitem um maior avanço em direção aos pressupostos da Saúde da Família.

Especificamente sobre a responsabilização e coordenação do cuidado aos pacientes, estes temas nos remetem, por sua vez, à continuidade e à longitudinalidade do cuidado, visto que estas ações se complementam e são fundamentais na perspectiva da integralidade e na da formação de vínculos entre profissionais e usuários.

Ao apresentar algumas abordagens próprias da APS, Starfield⁶¹, ao destacar esses dois pontos entre os demais, ressalta a importância dos mesmos principalmente quando se tem como um dos pressupostos da Saúde da Família a formação de vínculos e de coresponsabilidade com o paciente pela sua saúde e, segundo ela, “a continuidade consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa **sucessão ininterrupta** (grifo nosso) de eventos” (p.60).

Por sua vez, a continuidade da atenção pode ser assegurada por meio de diferentes mecanismos que vão desde o próprio registro nos prontuário, as informações computadorizadas, as visitas ao domicílio até a própria contra-referência dos especialistas sobre os pacientes encaminhados. O importante, neste caso, é a valorização de todas as informações que permitam aos profissionais, conhecer e acompanhar a evolução dos pacientes de seu território-área em todos os procedimentos a que fossem submetidos.

No nosso contexto, é comum *perder* o paciente quando ele é encaminhado a outros serviços (especialidades ou hospitais) em função de não se dispor de mecanismos eficientes de contra-referência. E também, pela passividade dos serviços e das equipes locais em não realizar uma busca mais ativa das informações sobre os pacientes referidos a outros serviços, seja por meio de visitas ou de registros dos especialistas e, quando o fazem, pecam por não registrar as informações nos prontuários.

Em relação à longitudinalidade da atenção ou do cuidado, esta mesma autora⁶¹ a define como “uma **relação pessoal de longa duração** (grifo nosso) entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde” (p.247) e pressupõe “a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo” (p.62).

Portanto, para que a longitudinalidade exista, a unidade de saúde precisa conhecer a população de seu território-área (importância da territorialização), identificando as pessoas individualmente e mapeando a clientela a ser atendida, de acordo com suas necessidades de saúde. Com isso e ao longo do tempo, o esperado é que os profissionais passem a conhecer a população e a população passe a conhecer os profissionais das equipes de sua área. A longitudinalidade pressupõe ainda, a fixação dos profissionais em seus territórios-área para que a relação de longa duração se concretize e que ambos, paciente e profissional, tenham tempo de construir esta relação.

Entretanto, nossa realidade demonstra uma alta rotatividade dos profissionais das equipes de Saúde da Família, especialmente dos médicos e uma grande mobilidade da população e estes são fatores que dificultam o estabelecimento destas relações. Em todo caso, a nosso ver, a longitudinalidade é um pré-requisito estratégico para a Saúde da Família porque tem influência direta em vários outros: na formação de vínculos; na integralidade e continuidade do cuidado; no processo de construção do trabalho em equipe e no conhecimento do território como base do planejamento do trabalho. Da mesma forma, a longitudinalidade revela em que medida está ocorrendo ou não a estabilidade dos profissionais e das equipes para que os pressupostos da Saúde da Família sejam efetivados.

3.3 DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE QUE ORIENTARAM O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

A partir do arcabouço conceitual aqui apresentado, foram selecionadas e definidas as categorias de análise que nortearam o desenvolvimento do trabalho de campo desta pesquisa, com a finalidade de explorar o cotidiano de trabalho dos médicos e enfermeiros nas equipes de Saúde da Família.

Cabe ressaltar que, as categorias foram definidas respeitando as especificidades do trabalho dos médicos e dos enfermeiros e em consonância com as diretrizes propostas para a Saúde da Família, muito embora exista muita semelhança entre as mesmas, haja vista o processo de organização do trabalho.

Para os médicos foram definidas as seguintes categorias:

QUADRO 3.5 — Categorias de análise e suas respectivas definições relativas às Práticas Profissionais dos Médicos nas equipes de Saúde da Família.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO
1- Práticas médicas de atenção à saúde provenientes do campo da Saúde Pública tradicional.	Consultas e atendimentos médicos individuais voltados ao controle da tuberculose, da hanseníase, das doenças sexualmente transmissíveis, das verminoses e das doenças diarreicas, priorizadas pelo modelo de Saúde Pública vigente até os anos 70 e que continuam presentes no quadro sanitário brasileiro.
2- Práticas médicas de atenção à saúde provenientes do campo da Saúde Comunitária.	Consultas e atendimentos médicos individuais prestados aos indivíduos nas unidades de saúde, na comunidade ou no domicílio, voltados aos programas de saúde da mulher e saúde da criança e ao controle das doenças mais frequentes de adultos e crianças.
3- Práticas médicas voltadas às ações de atenção à saúde próprias do campo da saúde coletiva, prestadas de forma individual ou a grupos de saúde.	Consultas e atendimentos médicos voltados aos indivíduos e grupos de população organizados por patologias, ciclos de vida ou necessidades especiais de saúde (grupo de hipertensos, de diabéticos de gestantes, entre outros), prestados nas unidades de saúde, no domicílio e em outros equipamentos sociais, preferentemente na área da Unidade de Saúde..
4- Práticas médicas voltadas às ações de atenção integral próprias do campo da saúde coletiva em seu escopo mais ampliado, frente às necessidades do quadro sanitário contemporâneo.	Consultas e atendimentos médicos voltados aos indivíduos e grupos de população portadores de problemas e agravos presentes no quadro sanitário mais recente, como: gravidez na adolescência, RN de risco, obesidade, transtornos mentais, HIV/Aids, violência, portadores de necessidades especiais, entre outros, prestados nas unidades de saúde, no domicílio ou em outros equipamentos sociais, preferentemente no território-área da equipe de Saúde da Família..
5- Práticas médicas voltadas à integralidade do cuidado e da assistência à saúde.	Postura do médico frente ao paciente considerando-o como sujeito do cuidado em saúde e valorizando, no ato do cuidado em si, além dos aspectos objetivos da queixa ou doença, a subjetividade do paciente e a sua realidade de vida como fatores de vulnerabilidade do processo saúde-doença.
6- Práticas médicas voltadas à longitudinalidade do cuidado e à formação de vínculo com pacientes e famílias.	Ações e iniciativas médicas voltadas ao acompanhamento horizontal dos pacientes e famílias do território ao longo dos seus diferentes ciclos de vida e ao acompanhamento vertical de seus respectivos episódios de doenças ou agravos de saúde.
7- Práticas médicas voltadas à continuidade e coordenação do cuidado.	Ações e iniciativas médicas voltadas ao acompanhamento dos pacientes encaminhados a serviços de exames complementares, consulta a especialistas, internação hospitalar ou domiciliar.
8- Práticas médicas voltadas às atividades do trabalho em equipe.	Participação e envolvimento do médico nas atividades conjuntas de planejamento, organização, execução e avaliação das ações de saúde realizadas pela equipe; nas reuniões técnico-administrativas e demais atividades da equipe de Saúde da Família e/ou da USF que objetivem a adequação do processo de trabalho e melhoria da qualidade dos serviços prestados.
9- Práticas médicas de envolvimento e coresponsabilização com a organização dos serviços em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.	Desenvolvimento do trabalho na perspectiva dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; reconhecimento dos protocolos e rotinas existentes na Secretaria Municipal de Saúde e cumprimento do compromisso de trabalho firmado com a instituição.
10- Práticas de participação social em saúde e trabalho comunitário.	Participação em práticas coletivas voltadas à construção e fortalecimento das relações sociais de apoio, cooperação, solidariedade e direitos e deveres de cidadania.
11- Práticas de educação popular em saúde.	Desenvolvimento de atividades de educação e saúde que consideram e valorizam os diferentes saberes e crenças da população e que são expressões de suas experiências de vida e saúde.
12- Práticas de participação e envolvimento nos Conselhos de Saúde.	Participação e envolvimento nas reuniões do Conselho Local de Saúde, acompanhamento direto ou indireto das reuniões e deliberações do Conselho Municipal Saúde e estímulo à participação e envolvimento de profissionais e população em movimentos sociais.

As categorias definidas para os enfermeiros, como já foi dito anteriormente, são muito similares às dos médicos uma vez que o foco de ambos é a análise do trabalho em Saúde da Família. Mesmo assim, algumas especificidades do trabalho do enfermeiro foram consideradas, principalmente no que se refere às atividades técnico-administrativas e gerenciais da equipe que, via de regra, são de responsabilidade desta categoria profissional.

As categorias analíticas definidas foram as seguintes:

QUADRO 3.6 — Categorias de análise e suas respectivas definições relativas às Práticas Profissionais dos Enfermeiros das equipes de Saúde da Família.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO
1- Práticas do enfermeiro nas ações de atenção à saúde provenientes do campo Saúde Pública tradicional.	Consultas e atendimentos do enfermeiro voltados ao controle da tuberculose, da hanseníase, das doenças sexualmente transmissíveis, das verminoses e das doenças diarreicas, priorizadas pelo modelo de Saúde Pública vigente até os anos 70 e que continuam presentes no quadro sanitário brasileiro.
2- Práticas do enfermeiro nas ações de atenção à saúde provenientes do campo da Saúde Comunitária.	Consultas e atendimentos do enfermeiro prestados aos indivíduos nas unidades de saúde, na comunidade ou no domicílio e voltados aos programas de saúde da mulher e da criança, e ao atendimento das patologias mais frequentes de adultos e crianças.
3- Práticas do enfermeiro voltadas às ações de atenção à saúde próprias do campo da saúde coletiva, prestadas de forma individual ou a grupos e de saúde.	Consultas e atendimentos do enfermeiro voltados aos indivíduos e grupos de população organizados por patologias, ciclos de vida ou necessidades especiais de saúde (grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros), prestados nas unidades de saúde, no domicílio e em outros equipamentos sociais, preferentemente no território da Unidade de Saúde.
4- Práticas do enfermeiro voltadas às ações de atenção integral à saúde próprias do campo da saúde coletiva em seu escopo mais ampliado, frente às necessidades do quadro sanitário contemporâneo.	Consultas e atendimentos do enfermeiro voltados aos indivíduos e grupos de população portadores de problemas e agravos presentes no quadro sanitário mais recente, como: gravidez na adolescência, RN de risco, obesidade, transtornos mentais, HIV/Aids, violência, portadores de necessidades especiais, entre outros, prestados nas unidades de saúde, no domicílio ou em outros equipamentos sociais, preferentemente no território-área da equipe de Saúde da Família.
5- Práticas do enfermeiro voltadas à integralidade do cuidado e da assistência à saúde.	Postura do enfermeiro frente ao paciente considerando-o como sujeito do cuidado em saúde e valorizando, no ato do cuidado em si, além dos aspectos objetivos da queixa ou doença, a subjetividade do paciente e a sua realidade de vida como fatores de vulnerabilidade do processo saúde-doença.
6- Práticas do enfermeiro voltadas à longitudinalidade do cuidado e à formação de vínculo com pacientes e famílias.	Ações e iniciativas do enfermeiro voltadas ao acompanhamento horizontal dos pacientes e famílias do território ao longo dos seus diferentes ciclos de vida e ao acompanhamento vertical de seus respectivos episódios de doenças ou agravos de saúde.
7- Práticas do enfermeiro voltadas à continuidade e coordenação do cuidado.	Ações e iniciativas do enfermeiro voltadas ao acompanhamento dos pacientes encaminhados aos médicos, aos serviços de exames complementares, consulta a especialistas, internação hospitalar ou domiciliar.
8- Práticas do enfermeiro voltadas às atividades técnico-administrativas de apoio ao trabalho da equipe.	Ações e iniciativas do enfermeiro na identificação de áreas críticas na organização dos serviços; na provisão de recursos materiais; na adequação de RH; realização de reuniões técnico-administrativas e demais atividades da equipe de Saúde da Família e participação nas reuniões da USF/UBS ou demais reuniões e eventos institucionais voltadas à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Continua...

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO
9- Liderança do enfermeiro nas práticas de gerência e organização do processo de trabalho da equipe.	Ações e iniciativas do enfermeiro na mobilização da equipe de Saúde da Família para a identificação, estruturação e readequação da organização dos serviços visando o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população do território-área; valorização do sistema de informação em saúde a partir da coleta, registro e análise dos dados epidemiológicos e de saúde; elaboração de atividades coletivas de planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde realizadas pela equipe; análise e avaliação das ações de saúde prestadas pela equipe e de sua capacidade de resposta aos problemas predominantes do território-área.
10- Práticas do enfermeiro voltadas às atividades de qualificação do trabalho desenvolvido pelos auxiliares e técnicos de enfermagem e pelos Agentes Comunitários de Saúde na perspectiva da Educação Permanente em Saúde.	Ações e iniciativas do enfermeiro de valorização das discussões e necessidades da equipe no que se refere ao processo de trabalho, estimulando, encaminhando e organizando ações de capacitação, reuniões administrativas, adequações nos modos de produzir o cuidado em saúde, de acordo com as necessidades da equipe ou ainda, mediante a adoção de novos procedimentos e/ou protocolos assistenciais.
11- Práticas do enfermeiro de co-responsabilização com a organização dos serviços em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.	Ações e iniciativas do enfermeiro para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem na perspectiva dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; reconhecimento dos protocolos e rotinas existentes na Secretaria Municipal de Saúde e cumprimento do compromisso de trabalho firmado com a instituição.
12- Práticas de associativismo e participação social.	Participação em práticas coletivas voltadas à construção e fortalecimento das relações sociais de apoio, cooperação, solidariedade e direitos e deveres de cidadania.
13- Práticas de educação popular em saúde.	Desenvolvimento de atividades de educação e saúde que consideram e valorizam os diferentes saberes e crenças da população e que são expressões de suas experiências de vida e saúde.
14- Práticas de participação e envolvimento nos Conselhos de Saúde.	Participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde, acompanhamento direto ou indireto das reuniões e deliberações do Conselho Municipal Saúde e estímulo à participação e envolvimento de profissionais e população em movimentos sociais.

Em síntese, considerou-se que estas categorias e definições podem contribuir para a reorientação das práticas profissionais, ao delinear parâmetros do que seriam as práticas dos médicos e enfermeiros mais adequadas às premissas da Saúde da Família. Se implementadas, podem proporcionar uma atenção à saúde mais qualificada para o atendimento das necessidades de saúde da população e mais coerentes com as mudanças e conversão do modelo.

**4 SAÚDE DA FAMÍLIA:
DECORRÊNCIA OU SOLUÇÃO?**



Para a apreensão do objeto de estudo – Práticas Profissionais em Saúde da Família e com a finalidade de aprofundar a compreensão dos textos e contextos em que o mesmo está inserido, neste capítulo apresenta-se uma revisão de literatura procurando mostrar os múltiplos fatores que se entrelaçam no cenário das reformas e que influenciam (e determinam) a organização dos serviços e a orientação das práticas profissionais.

4.1 A REFORMA DO ESTADO E SEUS REFLEXOS NO CENÁRIO DA SAÚDE

Vários estudos como os de Mendes^{5,14}, Costa e Ribeiro⁶², Almeida⁶³, Pierantoni⁶⁴, Viana⁶⁵, Dal Poz⁶⁶ e Fiori⁶⁷ apontam que a década de 1980 foi marcada por reformas do Estado em quase todo o mundo. No início da década, com forte influência neoliberal, as reformas tinham como objetivo reduzir o tamanho do Estado e redefinir sua função, limitando sua atuação às ações convencionalmente reconhecidas como específicas ou próprias do mesmo.

O pressuposto desta corrente de pensamento neoliberal pautava-se na afirmação de que o reequilíbrio da crise fiscal só seria possível a partir de ajustes macroeconômicos obtidos, entre outros, por meio de mecanismos de redução do papel do Estado. Entre elas, o enxugamento do setor público e o insulamento do Estado das pressões de grupos de interesses privados. Este pressuposto sustentava-se sobre o argumento crítico dos serviços e benefícios de proteção social na perspectiva do Estado provedor, o Estado de bem-estar keynesiano. Este pensamento neoliberal foi hegemônico durante a primeira metade da década de 1980 e caracterizava-se, principalmente, pela aposta na falência do *welfare state* e pela desvalorização das questões sociais, como apontam Costa e Ribeiro⁶² e Almeida⁶³.

Para Fiori⁶⁷, foi a partir da década de 1950 que as idéias econômicas neoliberais passaram a adquirir nitidez e força, começando paulatinamente, a ganhar maior espaço na academia, sobretudo na norte-americana. Segundo o autor, foi a crise econômica mundial da década de 1970 que deu uma súbita credibilidade às idéias liberais diante do aparente fracasso do keynesianismo. Ilustra este argumento afirmando que:

Na década de 1970, surgiram teorias ainda mais radicais [...] na defesa do fundamentalismo neoclássico e da perfeição e eficácia dos mercados desregulados. Enquanto isso, os keynesianos, acuados, também retrocedem em relação às suas posições teóricas, renomeiam-se neokeynesianos e afastam-se quase absolutamente do espírito crítico e inovador da obra fundamentada por Keynes. Seja por um lado ou por outro, a ortodoxia

neoclássica torna-se monoliticamente hegemônica na academia americana nos anos 90, transformando-se em foco de irradiação de professores e *policy makers*, que oriundos, principalmente, de países em desenvolvimento, vão realizar aí seus estudos de pós-graduação [...] A etapa decisiva, entretanto, nesta evolução do neoliberalismo em direção à atual hegemonia mundial, ocorreu com sua passagem do campo acadêmico para o terreno da política [...] em 1979, na Inglaterra, [...], em 1980, nos Estados Unidos, [...] em 1982, na Alemanha [...] as teorias foram retraduzidas para o plano prático e se transformaram no programa universalmente conhecido e organizado em torno da estabilização, desregulação e privatização (p.59).

Na segunda metade desta mesma década, as reformas passam a ser repensadas de forma menos vinculada ao caráter político-ideológico, adquirindo um viés mais analítico e tecnicamente fundamentado, numa perspectiva de tornar o Estado mais competente para responder, com maior eficiência e eficácia, o seu papel na regulação das políticas sociais, ainda que na perspectiva do Estado mínimo⁶³.

Na agenda de reforma do Estado dos países centrais pelo menos cinco grandes temas foram objeto das agências internacionais, a saber: 1) a centralização e controle da política macroeconômica nos gastos públicos e na política monetária, com subordinação das políticas sociais às políticas econômicas; 2) descentralização de serviços na área social e privatização da provisão desses serviços; 3) introdução da competição entre provedores de bens e serviços (públicos e privados) com o objetivo de aumentar a eficiência e a qualidade dos mesmos; 4) delegação de funções regulatórias para agências independentes encarregadas de monitorar e controlar os processos de prestação de serviços e questões advindas da privatização, flexibilização, desregulação e outras reformas orientadas ao mercado e 5) criação de um quadro restrito de funcionários públicos essenciais, mais capazes, com maior poder operacional, recrutados e selecionados por sistemas meritocráticos e avaliados por padrões específicos de desempenho. Estas questões apresentadas pelo Banco Mundial tiveram marcada influência nas reformas institucionais da América Latina^{63, 68}.

Na arena política econômica, entretanto, existem alguns consensos em torno do que tem sido denominado de “a reforma orientada para o mercado” e que tem procurado integrar novos modelos de reforma em diferentes países, constituindo o chamado novo gerenciamento público. Este gerenciamento se traduz em: **1)** flexibilidade gerencial — centrada na quebra dos monopólios estatais, na diminuição do quadro de funcionários públicos e na dispensa da força de trabalho supérflua; **2)** remoção das barreiras burocráticas — predomínio da idéia de gerenciamento da qualidade total em oposição à de controle burocrático hierarquizado; **3)**

atendimento das demandas do consumidor — cliente/cidadão, em oposição às conveniências dos burocratas e políticos; 4) introdução de mecanismos de competição de mercado como incentivo à eficiência e competência; 5) terceirização e investimento em novas tecnologias de informação e 6) foco na mudança de procedimentos e nos processos e não na estrutura organizacional⁶³.

Esta nova visão passou a influenciar os modelos de reformas da década de 1990 voltando sua preocupação mais para a operacionalização das políticas sociais, elegendo como foco central o *gerencialismo*. Este arcabouço referencial passa a fazer parte da agenda política de muitos países, inclusive os latino-americanos e, conseqüentemente, o Brasil, trazendo para o centro das discussões o deslocamento do foco de análise das atividades produzidas na esfera pública — produtos (*output*) para as análises de seus resultados (*outcomes*).

Gusso⁶⁹ aponta que o questionamento neoliberal sobre o papel do Estado e de seu aparato, presente no mundo todo nestas últimas décadas, sustentou-se sobre o argumento de que as sucessivas crises econômicas e a elevação dos gastos públicos desde os anos setenta, subverteram a dinâmica do mercado. No entanto, para o autor, o que se observa neste quadro é que:

[...] avançados os processos políticos que direcionam a produção e determinam os padrões destinados a reverter essas “anomalias” - traduzidas, em geral, na minimização do Estado (com drástica redução de sua participação no processo econômico), no traslado de funções para o setor privado e para o mercado e em tentativas de imprimir formas e métodos de gestão empresarial aos organismos governamentais - nem aquelas anomalias desapareceram, nem se estava conseguindo do setor público o esperado aumento de efetividade e de poder de controle sobre as imperfeições inerentes ao mercado e que também as determinam (p.68).

Aponta ainda que nos países em desenvolvimento esta realidade é muito mais complexa, alertando para a necessidade de esforços adicionais no encaminhamento do processo de reforma do Estado e na revisão e redistribuição de suas funções. Ressalta o autor, que os efeitos do ajuste econômico sobre as já precárias condições de vida da população e as debilidades dos sistemas públicos de proteção social merecem considerações especiais no enfrentamento das dificuldades e limitações dos processos de reforma.

Esta questão remete à análise da reforma do Estado também pelo prisma da sua dimensão política, das questões relativas à sua governabilidade. Para Bresser Pereira⁷⁰, não há reforma do Estado que não envolva uma reforma política que lhe garanta governabilidade ou

capacidade política de governar. E essa capacidade “deriva da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade” (p.45) e argumenta que:

A governabilidade nos regimes democráticos depende: a) da adequação das instituições políticas capazes de intermediar estes interesses dentro do Estado e na sociedade civil; b) da existência de mecanismos de responsabilização (*accountability*) dos políticos e burocratas perante a sociedade; c) da capacidade da sociedade de limitar suas demandas afinal mantidas; e, principalmente, d) da existência de um contrato social básico. É este acordo social básico, é o contrato social hobbesiano, que garante às sociedades avançadas legitimidade e governabilidade. Nos países em desenvolvimento, especialmente nos da América Latina, que se caracterizam por uma profunda heterogeneidade, esse acordo está muitas vezes ausente ou é imperfeito. Daí a importância dos pactos políticos orientados para o desenvolvimento. Estes pactos, e o projeto de desenvolvimento envolvido, são sempre relativamente excludentes, mas dão à sociedade e mais amplamente à população um sentido de futuro, viabilizando o governo (p.46).

No Brasil, segundo Costa e Ribeiro⁶² o projeto da reforma do Estado “aponta para a crise de ineficiência e inefetividade na administração pública direta que resultou em aumento da burocracia pública e redução do controle dos cidadãos sobre as decisões dos tecnocratas, refletindo-se no baixo impacto das políticas públicas adotadas” (p.96). Para os autores, esta é uma crise de governança, termo tido como a capacidade financeira e administrativa de uma organização para implementar suas políticas, transformando em realidade as decisões que toma.

Ainda, neste debate, Bresser Pereira⁷⁰ aponta que,

[...] a crise do Estado nos anos 80 (no mundo) foi antes de mais nada uma crise de governança porque manifestou-se, primeiramente, como uma crise fiscal. Por isso as políticas de ajuste fiscal foram colocadas em primeiro plano nessa década. Nos anos 90 o ajuste fiscal continua fundamental – na verdade este é um problema permanente de todos os países – mas foi necessário combiná-lo com uma visão mais ampla da reforma do Estado. Nesta visão mais ampla, o problema da capacidade gerencial do Estado, e, portanto, da reforma administrativa, passou a ser fundamental (p.40).

É consenso entre os autores citados que todo este quadro de movimento em torno da reformas de Estado neste período além de ter sido muito amplo, acabou configurando uma agenda bastante homogênea e, com isso, foi rapidamente difundido em todo o mundo.

Portanto, nos últimos vinte anos, este tem sido o cenário de fundo da agenda das reformas na saúde em todo o mundo e, a nosso ver, dois pontos merecem ser destacados neste

contexto. O primeiro é que, ainda que tenha havido uma mudança no eixo de proposta da reforma e do papel do Estado após meados da década de 1980, continua predominando o viés racionalista que impõe limitações para a implementação das políticas sociais. Em consequência, a pauta da agenda da reforma aponta, invariavelmente, em direção às políticas de redução dos custos e dos gastos na saúde. Nos países periféricos, as limitações decorrentes desta política econômica, dificultam a implementação de processos que contemplem a consolidação de sistemas de saúde mais democráticos, universalistas e que visam a promoção da equidade em sociedades desiguais, como é o nosso caso. Nesse sentido, ressalta-se a afirmação de Cohn⁷ quando ela argumenta sobre a necessidade premente de superação da antinomia — políticas econômicas *versus* políticas sociais — como caminho para viabilizar um projeto de desenvolvimento social. Enquanto esta questão não for equacionada, haverá consequências para as políticas sociais e, em particular, para a política de saúde.

Outro ponto refere-se à capacidade executiva do governo em operar, a contento, suas políticas sociais, principalmente nos países em que as relações entre Estado e democratização da sociedade são frágeis, como é o nosso caso. São perceptíveis os limites decorrentes dos arranjos institucionais que predominam no país, nos quais, muitas vezes, as regras do jogo político contrariam as próprias leis, normas e práticas organizacionais e, até mesmo, os preceitos constitucionais. A necessidade de coalizões políticas para viabilizar propostas e projetos de reformas necessárias ao país, muitas vezes acabam sendo contrárias às necessidades da população acumulando saldo negativo de descrença nas instituições, nos governos e partidos políticos e, em decorrência, obnubilando o papel dos mesmos no processo de democratização da sociedade e enfraquecendo a luta pela conquista dos direitos sociais.

No caso específico das reformas sanitárias, com a incorporação e agregação crescente de novas tecnologias na medicina, o envelhecimento da população e a acumulação epidemiológica aliados à incapacidade das instituições burocráticas de se adaptarem a situações cada vez mais adversas, configurou-se um quadro composto pela escassez e má utilização dos recursos públicos tornando a saúde um campo em que as reformas tornaram-se bastante necessárias, conforme aponta Nogueira⁷¹. Desta forma, as análises situacionais em torno das políticas de saúde não podem prescindir da compreensão deste quadro e de seus fatores restritivos.

O movimento de reformas setoriais que se generalizou pelo mundo a partir dos anos 80, gerou alguns novos paradigmas para a reestruturação dos sistemas de saúde cujos consensos se deram em torno de: **1)** racionalização da assistência médica, com o intuito de

diminuir os gastos hospitalares e redirecionar as práticas para as ações extra-hospitalares, como atenção ambulatorial, atendimento domiciliar, priorização da atenção primária ou atenção básica e da saúde pública, em especial as ações de prevenção; **2)** separação entre prestadores e compradores de serviços, com fortalecimento da capacidade regulatória do Estado; **3)** criação de mecanismos competitivos como assistência gerenciada (*managed care*), competição administrada (*managed competition*), mercado interno, competição pública; **4)** utilização de subsídios e incentivos diversos visando a reestruturação do *mix* público e privado, com a quebra do monopólio estatal^{5, 24,72}.

Cada país tem adotado sua concepção de reforma sanitária criando modelos de atenção à saúde que, por sua vez, configuram um cenário internacional que tem como ponto convergente o investimento na atenção básica ou atenção primária como forma de desospitalização e redução dos gastos hospitalares. Isso posto, não é possível deixar de reconhecer que a implantação da Saúde da Família no Brasil faz parte de um caminho global de reorganização dos serviços de saúde e que responde de certa forma, algumas das questões apresentadas nas agendas da reforma do Estado e na setorial, em consonância, inclusive, com o preconizado pelas agências internacionais de financiamento. Porém, nosso ponto de vista é que diferenciamos-nos de outros países, principalmente dos centrais, pelo fato de que a inspiração da Reforma Sanitária Brasileira foi a luta pela democratização e pela justiça social no país. Por isso, mais do que a racionalização dos gastos em saúde (também necessária, sem dúvida), nossa perspectiva é a de que o SUS se legitime e se consolide como um processo social da nação brasileira, um processo de conquista dos direitos de cidadania. Que o SUS se efetive, de fato e de direito, como política de Estado — com seu financiamento assegurado e definido, com direcionalidade na organização e expansão dos níveis de atenção, com uma política nacional de formação de recursos humanos definida e com perfil para atender as necessidades de saúde da população, com salários e carreiras valorizadas e remuneradas dignamente, enfim, com tudo o que foi idealizado em sua concepção. É nesta perspectiva que entendemos o papel estratégico da Saúde da Família — não como decorrência das políticas de racionalização dos serviços, mas como solução para a adequação dos serviços às necessidades de saúde da população e como possibilidade de avanço na construção e fortalecimento do SUS democrático.

4.2 A SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DAS REFORMAS SANITÁRIAS INTERNACIONAIS

A atenção básica tem-se constituído em porta de entrada para os serviços de saúde em muitos países, por meio da Saúde da Família ou terminologias similares, conforme será exposto na seqüência, de acordo com as especificidades de cada país. Os estudos de Canesqui & Oliveira⁵⁴, Giovanella⁵⁵ Almeida⁶³ e Goulart⁷³ retrataram as diferentes realidades e contextos destes modelos cujas concepções e arcabouços influenciaram o modelo brasileiro, de modo que, para a finalidade proposta neste capítulo, será apresentada uma síntese destacando os pontos pertinentes ao trabalho.

Segundo Viana⁷⁴, o Reino Unido, Canadá e Cuba são exemplos de países onde a agenda da reforma é mais antiga e, portanto, seus sistemas nacionais de saúde podem ser considerados maduros e estáveis em relação à atenção básica.

No Reino Unido, a prática médica generalista já é uma tradição e seu sistema faz parte de um processo mais amplo de reformas de padrão redistributivo e universal, estruturado nos moldes do *welfare state*. Foi a partir do final do século XIX que foram formadas as primeiras Associações de Médicos Clínicos Gerais — os *general practitioners* (GP) que, em princípio, atuavam no atendimento de grande parte da população trabalhadora. Entretanto, naquela época, estes grupos não realizavam o atendimento às pessoas não inseridas no mercado de trabalho como mulheres, crianças e idosos. Estes, sem atendimento, dependiam dos hospitais filantrópicos ou serviços de grupos voluntários. No início do século seguinte, com o objetivo de minimizar a exclusão dos desassistidos, o governo inglês passa a ter maior controle e poder sobre os grupos de seguro. Após a Primeira Guerra Mundial, com o agravamento da crise da saúde decorrente da dificuldade de acesso dos grupos marginalizados aos cuidados de saúde, da ineficácia do sistema e do aumento do desemprego, o governo faz uma ampla reforma no setor e separa o sistema de seguro e o de serviços médicos e a cria uma rede de serviços financiada por recursos públicos^{54, 55}.

Na década de 1940, observam-se duas políticas fundamentais para as reformas futuras: o estabelecimento da Comissão de Planejamento Médico criada para analisar o cenário futuro dos serviços médicos em todo o país e a criação do *National Health Service* (NHS). Para Righetti⁷⁵ et al,

Diversas condições foram determinantes para a implementação desse novo sistema de saúde. A reforma foi sendo realizada a partir de vários relatórios que davam corpo a uma série de diagnósticos e de propostas que buscavam redirecionar o sistema de saúde, culminando no Relatório Beveridge, em 1942. Esse relatório utilizava as idéias de Keynes sobre a distribuição de renda, dando suporte para as necessárias reformas do aparelho estatal, incluindo o Sistema Educacional, o Sistema Nacional de Seguridade e o Sistema Nacional de Saúde, que deram origem ao *Welfare State* inglês (p.10).

O NHS é implantado em 1948, com base redistributiva, universal e gratuita a todos e com financiamento predominantemente público. O sistema passou a ter os centros de saúde comunitários, o serviço de médico de família e o atendimento hospitalar disponível a toda a população^{55, 58, 63}.

O modelo inglês preservou o princípio de livre escolha do cidadão pelos médicos e serviços, permitindo que esses possam atuar fora de seu sistema territorial. Também permite ao paciente comprar serviços privados ou ter um plano de saúde privado, caso seja sua preferência. O sistema de saúde inglês tem no Ministério da Saúde (NHS) sua autoridade máxima, seguido pelas autoridades regionais e locais. Ligado às autoridades locais estão os comitês das clínicas gerais, as autoridades de distritos e os Conselhos de Saúde da Comunidade e Equipes de Cuidado Médico e de Planejamento. Até meados da década de 1970, o NHS experimentou novas transformações ampliando o escopo e a oferta de serviços numa perspectiva descentralizada e horizontal, atuando mais em forma de rede do que por níveis hierarquizados e verticalizados de assistência, buscando atender as necessidades de saúde de forma integral^{54, 55, 76, 77}.

Porém, com a crise financeira mundial no final da década e com a ascensão do governo conservador de Margareth Thatcher, novas e menos promissoras mudanças foram elaboradas e introduzidas no funcionamento do NHS. Em meio à exacerbada crítica da ineficiência do setor público e da dominação de grupos de interesses, a reforma passou a enaltecer o setor privado como o espaço mais adequado para a execução das políticas, assim como a predominância da importância da economia em detrimento das questões sociais e do mercado em relação à burocracia estatal. Tais críticas, sintonizadas com os pressupostos da reforma do Estado e revisão de seu papel, colocam em xeque a forma de organização do sistema de saúde⁷⁶.

Este discurso, entretanto, sofre grande resistência de diferentes segmentos a ponto de modificar a agenda da reforma do sistema. As mudanças introduzidas não chegam a ser

suficientes para modificar totalmente a estrutura e os princípios do modelo já instalado e, ao contrário, no processo de formulação da reforma, os princípios de integralidade, garantia de acesso, gratuidade e manutenção da base de financiamento são reiterados. As mudanças atingiram a forma de provisão dos serviços dos hospitais, das clínicas gerais e comunitárias, por meio de mecanismos de mercado, com o intuito de controlar e assegurar a divisão entre os prestadores e compradores institucionais, introduzindo a competitividade entre os serviços. A atenção primária passou a atuar como porta de entrada para o sistema (*gatekeepers*) e a ser responsável pelo acesso da população a outros serviços de maior complexidade^{54, 63}.

Os médicos de família (*general practitioners* ou *family doctors*) e os enfermeiros de comunidade atuam como porta de entrada do sistema (*gatekeepers*), trabalhando em grupos e desenvolvendo suas práticas em territórios definidos, com autonomia para contratar outros profissionais ligados à equipe generalista, também composta por dentistas, visitantes domiciliares, educadores de saúde, massagistas, fisioterapeutas, parteiras, optometrista, além de recepcionistas e gerentes. O princípio da livre escolha do paciente continua preservado^{55, 58}.

No Canadá, o sistema de saúde é estruturado com base na assistência médica, com acentuado grau de investimento na formação e capacitação desta categoria profissional. Assim como o Reino Unido, o Canadá tem uma forte tradição de prática médica generalista. Em 1954 foi criada a Faculdade de Medicina de Família e a partir de 1970, o Programa de Residência em Medicina da Família nas Escolas Médicas, atribuindo às universidades a responsabilidade pela formação desses profissionais. Desde os anos 60, cerca de 50% dos médicos atuam como *family physicians* e cerca de 90% dos canadenses dispõem de um médico de família, livremente escolhido pelos usuários^{58, 77}.

Aproximadamente dois terços de todos os médicos canadenses em exercício da função atuam na atenção primária que é composta por médicos de família, clínicos gerais, pediatras, ginecologistas-obstetras e internistas. Estes médicos também atuam como *gatekeepers* do sistema, sendo de sua competência o encaminhamento dos pacientes a especialistas ou hospitais^{58, 77}.

O sistema de saúde canadense é bastante descentralizado e cada uma de suas dez províncias tem responsabilidades constitucionais pelos serviços de saúde em suas jurisdições, orientadas por legislação federal. O sistema é financiado pelos contribuintes mediante o pagamento de impostos, garantindo assistência universal e gratuita a todos os cidadãos canadenses. Grande parte dos hospitais canadenses são entidades sem fins lucrativos

gerenciadas por organizações voluntárias ou municipalidades. Sendo o seguro público o maior pagador dos serviços, o controle sobre o sistema tem sido apontado como um fator facilitador na contenção dos custos da saúde^{58, 71, 76,77}.

A Lei Canadense de Saúde prevê penalidades se qualquer província permitir cobranças a usuários ou faturamento adicional por serviços de saúde assegurados. A lei também prevê penalidades discricionárias nos casos de violação de qualquer dos cinco princípios estabelecidos por ela: administração pública do plano provincial de seguros; abrangência do plano que deve assegurar todos os serviços necessários do ponto de vista médico; universalidade; acessibilidade e transportabilidade quando os pacientes estão fora do domicílio⁷⁷. Desde meados da década de 1980, o Canadá investe em políticas de Promoção da Saúde, direcionando suas ações para os determinantes do processo saúde/doença por meio da adoção de políticas públicas saudáveis, englobando ações de organizações comunitárias, de auto-ajuda, grupos de ajuda mútua, educação em saúde e criação de novos profissionais da saúde pública, como os agentes de desenvolvimento comunitário, em diferentes arranjos organizacionais^{71, 76,77}.

Nos anos 80 e 90 o sistema de saúde desse país sofreu alterações no sentido de conter os custos e assegurar a otimização dos recursos, porém, dado que as forças do mercado são limitadas, a reforma canadense tem evitado políticas como a da competição administrada assim como a da criação de mercados internos por meio de um cuidadoso controle das fontes pagadoras principais para a assistência à saúde, com iniciativas que visam a cooperação estimulada entre governos, prestadores de serviços e consumidores. Em decorrência disto, o sistema canadense tem sido considerado como referência, em razão da grande satisfação e aprovação dos usuários^{54, 71, 77}.

Em Cuba, o sistema de saúde único, regido pelo Estado, foi criado em 1959, em decorrência das transformações políticas, sociais e econômicas introduzidas pela Revolução Socialista. Até 1960, os serviços de saúde cubanos eram majoritariamente privados e disponíveis apenas nas grandes cidades, o desemprego médico era alto e os recursos públicos eram mínimos. Grande parte da população não tinha acesso aos serviços qualificados. Os primeiros serviços médicos para as populações rurais se deram a partir dos médicos guerrilheiros que desviavam recursos para atender a população camponesa residente nas zonas onde as guerrilhas iam se desenvolvendo.

Em 1960 foi criada a Lei do Serviço Médico Rural que promoveu um plano para a construção de hospitais e postos médicos naquelas áreas. A partir daí, foram definidas as

novas funções do Ministério da Saúde Pública que estabeleceram as bases do Sistema Nacional de Saúde. Os princípios socialistas foram implantados sob a ótica do atendimento integral da população por meio dos serviços primários de saúde. Em 1978 houve uma expansão dos serviços com a aquisição de modernas tecnologias e ampliação da cobertura de serviços em todo o país^{54, 78}.

O Sistema Nacional de Saúde cubano foi estruturado mediante três princípios: **1)** A saúde é um direito de todos os indivíduos e uma responsabilidade do estado; **2)** os Serviços de Saúde devem ser integrais (preventivos-curativos) com nítida ênfase na prevenção e, **3)** a comunidade deve participar ativamente nas ações que o Sistema de saúde desenvolve. Com estes princípios, no final da década de 1970, com a nova divisão político-administrativa do país, foram criadas 14 províncias e seus respectivos municípios, com oferta de serviços regionalizados e de diferentes níveis de complexidades, sendo predominante as equipes básicas de saúde que constituem a base do sistema de saúde cubano. Estas equipes são formadas por um médico e uma enfermeira que residem na comunidade em que atuam e têm sob sua responsabilidade 120 famílias^{54, 76, 78}.

O modelo de medicina da comunidade e familiar constitui a porta de entrada do sistema compondo, junto com outros serviços, a atenção primária à saúde e é de sua competência o encaminhamento dos pacientes aos demais níveis de complexidade da atenção. Aproximadamente 97% da população é atendida por estas equipes, com uma alta resolutividade. O sistema de saúde cubano é de responsabilidade do Estado que garante acesso universal e gratuito a toda a população⁷⁸.

O Brasil e a Espanha são exemplos de países cujos sistemas de saúde são considerados tardios, porém a inserção da atenção básica ocorre de forma sistêmica⁷⁴.

Na Espanha, o sistema de saúde é universal e público e a medicina familiar na atenção primária à saúde também constitui a base do sistema. A reforma sanitária espanhola teve início em meados da década de 1980 e, inspirada no exemplo principalmente do Reino Unido, criou o Sistema Nacional de Saúde cujos princípios são a universalização, descentralização, regionalização e integração dos serviços, financiamento público, gratuidade, expansão da atenção primária à saúde, participação da população e livre escolha do médico de família pelos usuários^{54, 76}. Há dois níveis de assistência no sistema espanhol que são a atenção primária — porta de entrada do sistema e que recebeu um investimento significativo na reforma, e a atenção especializada. As equipes de Saúde da Família são compostas por médicos de família, pediatras, enfermeiros, parteiras, assistentes sociais, auxiliares de

enfermagem e auxiliares administrativos. Cada médico de família assiste entre 1.200 a 2.000 pacientes com idade acima de 14 anos e há aproximadamente 25 mil médicos atuando na atenção básica sendo que metade deles são especialistas em medicina familiar e comunitária^{54, 55,76}.

Assim como o Brasil e outros países de reforma sanitária tardia, a Espanha enfrenta problemas em relação à execução das ações de promoção e prevenção e de adesão de profissionais e população aos preceitos conceituais e filosóficos da atenção primária à saúde.

Nos Estados Unidos, o sistema de saúde considerado o mais caro do mundo é predominantemente privado. Nele, a reforma tem tido pouco impacto e os gastos com saúde continuam aumentando. A criação de um sistema nacional de saúde encontra pouca aderência no país e, em se tratando de políticas públicas, são conhecidos os programas *Medicare* e *Medicaid*, criados em meados de 1960 e voltados, o primeiro para os aposentados e o segundo, para a população pobre. Há, no país, desde os anos 70 e com forte implementação na década de 1980, a prestação de serviços por meio do denominado *managed care* (atenção gerenciada) que são semelhantes aos planos de saúde pré-pagos e que se propõem a oferecer pacotes de assistência médica a determinados grupos mediante negociação prévia de pagamento.

O *managed care* privilegia a atenção básica funcionando como porta de entrada por meio dos médicos generalistas e diminuindo a procura por especialistas e hospitais. A vinculação dos médicos generalistas à finalidade de atuarem como porta de entrada para os serviços especializados (*gatekeepers*) só ocorreu a partir de 1990, e devido à necessidade de racionalizar os gastos com saúde e, apesar de existir desde 1969, a medicina familiar vem crescendo mais recentemente, tanto nos serviços públicos como nos privados^{14, 63}.

De modo geral, o que se buscou evidenciar nesta síntese sobre a reforma sanitária desses países, à exceção dos Estados Unidos e guardada as especificidades do contexto de cada país, é que há certa similitude nos desenhos dos sistemas de saúde. Primeiro, o financiamento da saúde é predominantemente público e isso caracteriza bem o papel do Estado na definição do modelo a ser implementado. Segundo, os países têm os serviços do primeiro nível de atenção estruturados e eles (Atenção Primária à Saúde) constituem a porta de entrada do sistema. Terceiro, há uma forte tradição da prática médica generalista nos países cujas reformas são mais antigas (Reino Unido, Cuba) ou encontram forte adesão da população (Canadá) e, por sua vez, são modalidades predominantes nestes países. Quarto, os médicos

generalistas têm a responsabilidade reconhecida no controle e acesso aos serviços mais especializados de saúde e atuam efetivamente, como porta de entrada do sistema ou *gatekeepers* e são responsáveis pela continuidade e longitudinalidade do cuidado.

Por fim, em relação à Saúde da Família no seu sentido mais amplo, observa-se que há uma heterogeneidade na composição das mesmas, porém, predomina a presença do médico generalista e da enfermeira e a atuação em espaços territoriais definidos. À exceção de Cuba, existe a livre escolha do paciente pelos médicos e pelos serviços de atenção primária.

A Medicina da Família enquanto área de concentração ou especialidade está presente nos países citados e parece ter uma importância estratégica na formação dos profissionais, em particular dos médicos e enfermeiros, para a atuação na atenção primária e, conseqüentemente, nos respectivos sistemas de saúde.

4.3 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E OS CONCEITOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

Pode-se considerar como o marco zero da descentralização dos serviços de saúde no Brasil o final da década de 1970, quando são inauguradas as primeiras experiências municipais que se espelham, pouco depois, na Atenção Primária à Saúde.

Desde então, na trajetória da descentralização dos serviços de saúde no Brasil, os conceitos de Atenção Primária e, posteriormente, de Atenção Básica e de Saúde da Família, foram incorporados paulatinamente ao cenário da Reforma Sanitária Brasileira. As reflexões em torno do legado da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia dos cuidados primários ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da política nacional de saúde.

No período anterior à criação do SUS, a Atenção Primária representava um marco referencial para a organização dos serviços, sendo considerada como uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Por sua vez, desde a criação do Sistema Único de Saúde e do desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, percebe-se que tem sido cada vez mais freqüente a utilização do termo Atenção Básica em detrimento do de Atenção Primária.

Nos últimos anos com o advento do Programa Saúde da Família (PSF), este debate tem-se vivificado ao explicitar a superposição destes conceitos e referenciais que permeiam a

organização dos sistemas e serviços locais. Há experiências municipais que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da *Atenção Primária*, outros o fazem na da *Atenção Básica*, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora em contraposição.

No decorrer do desenvolvimento deste estudo, uma das inquietações que surgiram é se há diferentes compreensões acerca destas concepções, se as mesmas podem ser entendidas como sinônimos no contexto brasileiro e, ainda, se a Saúde da Família sofre influências decorrentes da superposição destes conceitos ou das diferentes interpretações sobre a APS. Nosso contexto apresenta referências à Saúde da Família ora como proposta estruturante para a organização da atenção básica, ora como da atenção primária, e ainda, como mais um dos programas da rede básica de serviços.

No intuito de compreender o cenário de implementação do PSF enquanto política pública e na perspectiva do objeto desta tese buscou-se, neste momento, evidenciar como este debate tem ocorrido no âmbito da Reforma Sanitária e do SUS e em como estes conceitos foram incorporados e utilizados ao longo do tempo. Para tanto, fez-se uma análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos e uma ampla revisão da literatura pela Bireme, *on line*, verificando como os conceitos Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família são apresentados pelos diferentes atores e autores ao longo das últimas décadas.

4.3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A gênese da Atenção Primária à Saúde encontra-se nas formulações de Bertrand Dawson (Inglaterra) quando, no início do século XX, Abraham Flexner propõe, nos EUA, um modelo polarizado de atenção à saúde, no qual, de um lado, estava o *médico da comunidade*, cuja formação deveria ser generalista para atuar nas pequenas cidades americanas e, de outro, o *médico especialista* cuja formação deveria ser mais qualificada para atender nos hospitais, apontando, nesta proposição, uma superioridade dos médicos especialistas sobre os generalistas. Em contraposição, Dawson, por meio de uma consistente crítica a este modelo, propõe um sistema de saúde integrado, organizado por níveis de complexidade crescente, com serviços regionalizados e realizados, basicamente, por médicos de formação generalista^{79,80}.

Como visto anteriormente, os sistemas de saúde da Inglaterra, Canadá, Cuba e Espanha têm, nos serviços de Atenção Primária, a porta de entrada do sistema, promovendo

cuidados primários contínuos para toda a população e integrado aos demais componentes do sistema. Naqueles países, à exceção de Cuba, é garantida a escolha livre do médico pelo usuário. Neles, a APS constituiu a base do sistema que é universal, gratuito e público.

Starfield⁸¹ traz duas importantes referências sobre a Atenção Primária a partir do ponto de vista de sistemas de saúde. A primeira é a da Associação Médica Canadense que assume a Atenção Primária como porta de entrada articulada aos demais componentes do sistema de saúde. Essa Associação Médica define segundo a autora, que a atenção primária é:

Primer contacto y valorización del paciente, la provisión de atención continuada para un amplio conjunto de trastornos de salud, que incluye tanto el manejo de los problemas de la salud, y el apoyo continuado, con intervenciones en la familia y en la comunidad si es necesario (p.25).

Outra referência citada por esta mesma autora é a “Carta para Clínica Geral e Medicina de Família na Europa”, desenvolvida por um grupo de trabalho da região europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, que reconhece o papel da APS como um sistema de atenção que deve oferecer atendimento acessível e aceitável aos pacientes; assegurar a distribuição equitativa de recursos de saúde; coordenar e integrar a rede de serviços curativos, preventivos e de promoção à saúde; controlar a tecnologia da atenção secundária; controlar os medicamentos e aumentar a relação custo-efetividade dos serviços por meio de doze características: **1)** ser de caráter geral e não se restringir a faixa etária ou tipos de problemas ou condições especiais da população; **2)** ser acessível quanto ao tempo, lugar, financiamento e cultura; **3)** ser integral, com ações curativas, reabilitadoras, preventivas e promotoras da saúde; **4)** ser continuada, garantindo a longitudinalidade da atenção ao longo de períodos importantes da vida; **5)** ser realizada em equipe na qual o médico é parte integrante de um grupo multiprofissional; **6)** ser holística, incluir perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades; **7)** ser centrada na pessoa e não na enfermidade; **8)** ser orientada para a família, compreendendo os problemas a partir do contexto familiar e da rede social; **9)** ser orientada para a comunidade, compreendendo o contexto de vida da comunidade local; consciência de necessidade de saúde na comunidade; colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde; **10)** ser coordenada, assegurando os cuidados necessários e as orientações prestadas às pessoas; **11)** ser confidencial, garantindo o sigilo das informações e **12)** ser solidária, defensora do paciente em todas as questões de saúde, inclusive em relação a outros provedores de atenção à saúde.

Entre estas doze características, quatro são consideradas essenciais e específicas para a Atenção Primária: **1)** acessibilidade — porque pressupõe a garantia do primeiro contato do paciente e o uso do serviço sempre que ocorrer um problema novo ou um novo episódio de um mesmo problema); **2)** longitudinalidade — porque pressupõe a existência de um acompanhamento contínuo de atenção às pessoas e, seu uso ao longo do tempo, resulta em formação de vínculo da população com sua fonte de atenção à saúde (serviço local e profissionais de saúde); **3)** integralidade — porque implica que as unidades de atenção primária estão garantindo que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde que forem necessários (encaminhamento para referência, contra-referência), mas sempre retornando às unidades de atenção primária e **4)** coordenação do cuidado que implica o monitoramento da atenção e requer alguma forma de continuidade — consultas subseqüentes para avaliar a evolução dos problemas e detectar precocemente novos problemas⁶¹.

A partir dos anos 50 devido ao aumento generalizado dos gastos com saúde decorrentes da demanda crescente por serviços cada vez mais especializados, aumento das internações hospitalares, elevação contínua dos custos da assistência devido ao envelhecimento e aumento da expectativa de vida da população, baixa qualidade da relação médico-paciente e falta de acesso da população aos serviços de saúde, generaliza-se a crise setorial^{5,82}. Para superá-la, uma das estratégias, em âmbito internacional, é a realização, em 1978, da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde — Conferência de Alma Ata, sob auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, na qual a Atenção Primária à Saúde torna-se uma doutrina para a organização dos serviços.

Em 1979, a Assembléia Mundial de Saúde⁸³ define a APS como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio do seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o foco principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (p.14).

O Relatório de Alma Ata reafirmou um conjunto de preceitos essenciais para a reorganização dos serviços, tais como: saúde como direito humano fundamental (abordado no Cap.I); responsabilidade dos governos pela saúde de sua população (Cap.V); adequação tecnológica, porta de entrada do sistema, universalidade, participação da comunidade, acessibilidade; racionalidade nos custos e continuidade no processo de assistência (Cap.VI); e construção dos sistemas a partir dos principais problemas de saúde, educação em saúde, serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, intersetorialidade e articulação com serviços de referência (Cap.VII)⁸³.

Para Mendes⁵ há, entretanto, diferentes interpretações acerca da atenção primária, que se explicam pela trajetória histórica de como este conceito foi gerado, de como evoluiu e pela ambigüidade das definições estabelecidas em foros internacionais acerca do termo *atenção primária*. Estas interpretações variam desde o reconhecimento da APS como estratégia de reordenamento do setor saúde, estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde até a APS como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade (cesta mínima).

Este mesmo autor posiciona-se em defesa da corrente de interpretação na qual a APS é tida como nível de atenção, concebendo-a como estratégia de reordenamento do primeiro nível de atenção como caminho catalisador também para o reordenamento dos demais níveis (secundário e terciário). Aponta, ainda, que a interpretação da APS como a de um programa específico para os marginalizados e excluídos é a mais encontrada em países do terceiro mundo e está materializada na proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres⁵.

Nos países de industrialização tardia, com é o caso do Brasil, a APS só ganhou visibilidade no início da década de 1980, com o estímulo de organizações internacionais como a UNICEF, OMS, OPAS e Fundação KELLOG. É reconhecido o papel e o poder de influência que o contexto internacional exerce na definição das políticas sociais e, no caso, da saúde, na determinação de modelos e práticas assistenciais. Para Mattos⁸⁴, a criação das agências internacionais de sustentação do capital financeiro (FMI, Banco Mundial/BIRD) e das políticas de segurança e paz no mundo (ONU, OMS e UNICEF), logo após a Segunda Grande Guerra, mudou não apenas a forma, mas também a configuração das relações internas e externas dos países, desencadeando uma nova ordem no cenário mundial.

O autor argumenta que as agências econômicas configuradas pelas instituições de Bretton Woods, de um lado, cada vez mais vêm criando meios para assegurar a composição dos recursos financeiros das agências internacionais pela sua estrutura de poder centrada na política do voto proporcional, garantindo aos países capitalistas, detentores de maiores recursos, mecanismos de influência e de decisão nos rumos das políticas econômicas e sociais dos diferentes países, principalmente nos do hemisfério sul. De outro, as agências internacionais ligadas às Nações Unidas, mais voltadas às políticas sociais, vêm exercendo importante papel no sentido de viabilizar a consecução de políticas mais equânimes para os povos e entre eles, mediando conflitos de interesses entre financiamento e necessidades sociais dos países⁸⁴.

A Conferência Internacional de Alma-Ata é citada como exemplo de um evento internacional ímpar que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a “saúde como direito humano fundamental”⁸⁴. Em que pese ter sido realizada em um contexto acirrado da crise monetária internacional^{84,85}, a APS continuou influenciando mudanças no cenário mundial durante toda a década de 1980, considerada a dos “anos de ajuste fiscal” sendo que vários países têm adotado, entre as estratégias para superar suas crises^{5,61,86}, a Atenção Primária à Saúde como marco referencial a partir do qual tem-se dado a reestruturação do sistema e da organização dos serviços.

Porém, por ter sido realizada e difundida em um período e contexto histórico de fortalecimento das propostas de ajuste fiscal do FMI e Banco Mundial, nos países latino-americanos pouca atenção foi dada ao fato de que os princípios defendidos na Conferência de Alma-Ata podem ter representado um dos últimos esforços de criação de um padrão internacional de pactuação no qual os países em desenvolvimento tiveram voz e representatividade em um *fórum* internacional⁸⁴.

No Brasil, o referencial proposto em Alma Ata da Atenção Primária à Saúde inspirou e fortaleceu as primeiras experiências empíricas de implantação dos serviços municipais de saúde e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos¹³. Mesmo em meio a um contexto sócio-político desfavorável e autoritário, foram implantados alguns projetos de organização de serviços de saúde municipais orientados pela perspectiva de um sistema de saúde democrático, descentralizado e equânime. Estes projetos pilotos tornaram-se políticas oficiais em algumas prefeituras como Campinas (SP), Londrina (PR), Niterói (RJ) e Curitiba (PR) incrementando o debate sobre a necessidade de reorientações e reformulações na política nacional de saúde, propiciando avanços no campo da política de saúde. Na década

seguinte, 1980, marcada por vários fatores que contribuíram para a descentralização do sistema, este conceito permanece presente.

Em março de 1980 foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde⁸⁷, no auge dos debates sobre a APS. O tema central desta Conferência foi “Um novo caminho para a Saúde” e o então Ministro da Saúde Waldir Arcoverde fez importantes referências à Atenção Primária colocando-a como a resposta mais promissora até então apresentada para mudar o panorama da saúde no Brasil. Em relação ao modelo de atenção, essa Conferência trouxe a definição de serviços básicos de saúde como conjunto integrado de serviços prestados às pessoas e às comunidades e voltados para a melhoria do meio ambiente, necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à reabilitação básica.

Nesse período, foi proposto pelos Ministérios da Previdência Social e da Saúde o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAUDE), como alternativa para a crise do setor no Brasil. No entanto, a proposta, mesmo sendo apresentada a várias instituições e entidades afins e, embora várias versões da mesma proposta fossem elaboradas, ela não chegou a ser implantada. Em uma de suas versões, o Prevsauúde propunha a reorganização do setor público; a participação comunitária; a contratação de pessoal em regime de tempo integral e dedicação exclusiva e com remuneração digna; descentralização executiva e precisa definição do papel do setor privado, entre outras. Com as críticas acirradas da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) que questionava o caráter estatizante da proposta, outras versões foram produzidas porém, cada vez mais descaracterizando as suas proposições iniciais⁸⁸.

Entre a 7ª e a 8ª CNS, muita coisa aconteceu no cenário brasileiro em relação à mudança do modelo. Alguns estados e municípios brasileiros avançaram na implantação e expansão da APS em contraposição ao modelo hegemônico, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio do CONASP — Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária lançou a proposta de reorientação técnica e política da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social, em 1982. Esta proposta⁸⁹ foi elaborada sobre quatro grandes eixos: racionalização dos gastos, reorganização dos serviços, maior e melhor utilização dos serviços da rede pública e valorização do quadro próprio de recursos humanos apresentando, como estratégia de desenvolvimento, as Ações Integradas de Saúde - AIS, que previa, entre outros, mecanismos de repasse de recursos financeiros para estados e municípios destinados à prestação de serviços básicos de saúde mediante relações convencionais

entre União e estados e a criação de instâncias colegiadas de programação integrada nas diferentes esferas de governo.

Na época da implantação das AIS, a discussão sobre o *como* descentralizar os serviços de atenção médica do Inamps foi intensa. Por um lado, havia experiências de organização dos serviços chamados de atenção primária, centrados no papel dos médicos generalistas, nas patologias delegadas aos enfermeiros e auxiliares de saúde e nas ações de prevenção das doenças. Era freqüente a valorização do papel dos programas de saúde como expressão das ações de prevenção em detrimento da clínica que era tida como expressão das ações curativas. Estava posto o dilema entre demanda programada *versus* demanda espontânea.

Por outro lado, havia o debate sobre a incorporação das especialidades médicas básicas nas Unidades de Saúde - da Pediatria, da Ginecologia e Obstetrícia e da Clínica Geral como forma de ampliar o acesso, tornar os serviços mais efetivos e aumentar a cobertura destas especialidades nos grupos mais vulneráveis da população, principalmente crianças e mulheres na fase reprodutiva. Ao final, o que predominou na organização dos serviços foi um *mix* de ambas, mas com perda significativa para o processo de valorização do médico generalista e do papel do enfermeiro em relação às atividades clínico-assistenciais no âmbito dos serviços municipais de saúde.

Para Campos⁹⁰, as reformas decorrentes da reorganização da política nacional de saúde a partir das Ações Integradas de Saúde não tiveram um impacto suficiente para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população. Elas transformaram a função e o papel das secretarias estaduais, das regionais de saúde e dos municípios, mas, do ponto de vista do modelo assistencial, estas reformas não quebraram a hegemonia do projeto privado nem a predominância do enfoque curativo e medicalizante.

Muitos outros passos foram dados para se chegar a um cenário que favorecesse a criação do SUS. O fato considerado ímpar nesta jornada foi, sem dúvida, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, seis anos depois da 7ª Conferência. Com o tema “Saúde como direito de todos e dever do Estado” e com um amplo processo de discussão que permeou todo o país por meio de pré-conferências estaduais, criou-se um contexto que permitiu aprofundar, conceitualmente, as bases para a formulação de uma política nacional de saúde pela via de um sistema público, único e universal.

No discurso de abertura proferido pelo então Ministro Roberto Santos, no que se refere ao tema “modelo de atenção à saúde”, observa-se que faz referências aos cuidados primários⁹¹, valorizando a adequação tecnológica e destacando a regionalização e a hierarquização como passos aprendidos com a experiência das AIS para se chegar à descentralização e municipalização dos serviços de saúde no Brasil.

Os últimos anos da década de 1980, subseqüentes à realização da 8ª Conferência, foram marcados pelos debates em torno da Assembléia Nacional Constituinte (ANC) e da criação do SUS (Artigo 198 do Capítulo II). Em que pese o referencial da Atenção Primária à Saúde de Alma Ata ter orientado as experiências de serviços municipais durante os anos 70 e toda a década de 1980, a terminologia *Atenção Primária à Saúde*, no transcorrer do tempo e com a criação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, na década seguinte, foi perdendo paulatinamente sua potência, sendo cada vez mais substituído pela concepção crescente da Atenção Básica à Saúde.

4.3.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A década de 1990 inicia com conquistas no plano político brasileiro – a recém aprovação da Constituição Federal, contemplando avanços na esfera social, e a eleição direta para presidência da República. Também inicia com a formulação das leis infraconstitucionais do SUS, editadas em dezembro de 1990 (Leis Nº. 8.080/90 e Nº. 8.142/90). Estas leis, segundo Negri⁸⁶ buscam a instituição do SUS de acordo com a concepção da saúde como um Direito Universal proposto na Constituinte e, portanto, como uma condição de cidadania. A primeira lei trata do processo de descentralização, definição de competências das três esferas de governo e da organização do sistema e a segunda, da participação da sociedade e dos mecanismos de transferência de recursos financeiros do governo federal às demais instâncias do sistema.

Para viabilizar a Lei Nº.8.080, que trata do processo de descentralização, foi editada a NOB 91 — Nova Política de Financiamento do SUS (Resolução Nº. 259, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social — INAMPS) porém, na prática, era contraditória ao proposto pelas próprias leis do SUS por manter a lógica do financiamento das ações na produção de serviços curativos, ou seja, na lógica do modelo de atenção hegemônico que os pressupostos do SUS pretendiam superar. A NOB 92, editada pela Portaria Nº. 234 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, também não fugiu a esta

cultura *inampsiana*, porém, redefiniu alguns critérios de aplicação dos recursos propondo a adoção de normas e parâmetros para o controle do repasse de recursos⁸⁶.

Os textos da Constituinte, das Leis 8.080 e 8.142 e das NOB 91 e 92 não fazem referência ao desenho de modelo de atenção à saúde que possa nortear os municípios na estruturação dos seus sistemas de saúde. Não há qualquer indicativo sobre as ações específicas que devam ser asseguradas pelo SUS nos diferentes níveis de complexidade do sistema: primário (ou básico), secundário (ou especializado) e terciário (ou hospitalar). Neles, tampouco, há uma orientação explícita que defina o rol das ações de saúde de competência de cada nível. As ações explicitamente citadas são as de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição e saneamento básico. Da mesma forma, não há citação sobre atenção primária ou atenção básica nem atividades correlatas, como responsabilidade do primeiro nível de atenção.

As Diretrizes e Princípios do SUS tiveram reflexos e influência na estruturação e organização dos serviços de saúde, principalmente no âmbito municipal, orientando, ainda que implicitamente, a missão institucional dos sistemas municipais de garantir o acesso universal, promover a equidade e o controle social, considerando a população como agente partícipe do processo de construção do SUS.

Em 1992 é realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, presidida pelo Ministro Adib Jatene. Foi realizada num período difícil para o país, que atravessava a crise ética, moral e política gerada pelo governo Collor. A importância da realização desta Conferência foi fechar um ciclo iniciado há mais de 30 anos, na III CNS, realizada em dezembro de 1963, e que apontara, pela primeira vez, a municipalização como o caminho para a descentralização do sistema⁹².

Em que pese a turbulência do quadro político nacional, a 9ª Conferência fez um importante balanço do processo de implementação do SUS, evidenciando a necessidade de mudanças na estrutura do Estado, como a extinção do Inamps e a de se viabilizar outras formas de financiamento aos estados e municípios que privilegiassem as ações de saúde de caráter coletivo. Nesse período, até mesmo em função do contexto político, não foram verificadas mudanças substantivas na descentralização do sistema, fato que passou a ocorrer a partir do ano de 1993, com a instituição da NOB 93 — “Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”.

A NOB 93⁹³, em contraposição às anteriores, impulsionou mudanças no sentido da descentralização e organização do sistema. Estabeleceu formas diferenciadas de condição de gestão da saúde para os municípios* (incipiente, parcial e semiplena) e estados** (parcial e semiplena), criando mecanismos de articulação e negociação entre os gestores por meio das Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), composta pelo gestor estadual e seus respectivos gestores municipais e a Tripartite (CIT), composta pelo gestor federal, gestores estaduais e municipais, com o objetivo de garantir a viabilidade política necessária à operacionalização da estratégia de descentralização.

Nessa ocasião, o papel exercido pelos Secretários Municipais de Saúde, por intermédio do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) foi decisivo para a descentralização dos recursos de financiamento e criação de novos

* **Condição de gestão incipiente:** a SMS assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com a Comissão Bipartite em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; a programação e autorização de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais e os serviços de controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos. Assume também o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora ações básicas de saúde, nutrição e vigilância epidemiológica e sanitária à rede de serviços; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado de trabalho e de portadores de doenças ocupacionais. Nesta condição de gestão, o município receberia somente os recursos referentes aos serviços prestados pela rede própria de unidades e recursos adicionados do fator de Apoio à Municipalização (FAM). **Condição de gestão parcial:** a SMS assume integralmente todas as responsabilidades previstas na condição anterior (incipiente) e receberia, mensalmente, além da fatura de seus serviços e dos recursos do FAM, recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município. **Condição de gestão semiplena:** a SMS assume na íntegra todas as responsabilidades previstas na condição anterior (parcial) a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços, desde o planejamento cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume a execução e controle das ações básicas de saúde e correlata, conforme definido na CIB. Nesta modalidade de gestão, o município recebe o total dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

** **Condição de gestão parcial:** a SES assume a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, a gestão dos recursos de investimento próprios e dos transferidos pela esfera federal, respeitando as responsabilidades e prerrogativas dos municípios que optaram por alguma modalidade de gestão; o cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares e o controle e avaliação das ações e serviços públicos e privados de saúde; a coordenação da rede de referência estadual e a gerência dos sistemas de alta complexidade, do tratamento fora do domicílio, as órteses e próteses e a dispensação de medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica e sanitária as ações referentes à saúde ocupacional, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública. Nesta condição (parcial) recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado correspondente ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena. **Condição semiplena:** respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, a SES assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços (todas as ações referidas acima); gere os recursos de investimentos próprios e transferidos pela esfera federal: recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos para a rede própria, a contratada suplementarmente pelo estado e aquela dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena.

mecanismos de gestão e controle do sistema. Esta NOB representa um marco na municipalização dos serviços e descentralização do sistema embora, mesmo com todos esses avanços, da mesma forma que as anteriores, não haja referências ao modelo de atenção à saúde e não mencionar a Atenção Primária ou Atenção Básica como orientação da organização dos serviços nos municípios. A NOB 93 faz referência aos “serviços de ações básicas” ou simplesmente “ações básicas” nas diferentes modalidades de gestão do sistema.

No Brasil, o uso da terminologia “Atenção Básica” surge nos documentos oficiais com a NOB/96, a criação do Piso Assistencial Básico (PAB) e das novas modalidades de gestão. Editada em 1998, esta NOB tinha como objetivo avançar nas formas de financiamento do setor que, apesar dos avanços gradativos resultantes das normas anteriores, ainda se mantinham na lógica do pagamento da produção e corroboravam as práticas do modelo de atenção pautado na especialização e hospitalização, com financiamento fortemente centrado nos procedimentos de média e alta complexidade. Do ponto de vista do modelo de atenção, é nela que se encontram as primeiras citações sobre a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde apontando o Programa Saúde da Família como alternativa estratégica para a organização dos serviços básicos^{94, 95}.

A NOB 96 trouxe inovações importantes, entre elas, a instituição do PAB em suas modalidades – PAB fixo e variável, a ser repassado aos municípios em duas novas formas de gestão* — a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema de saúde, substituindo as anteriores. E também contemplou as ações básicas já desenvolvidas (ou a ser desenvolvidas) pelos municípios, mediante financiamento *per capita* (PAB fixo) e por incentivos específicos às áreas consideradas estratégicas para a Atenção Básica (PAB variável) como os programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de Saúde da Família (PSF); de Combate às Carências Nutricionais; a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária. Mais ainda, assegurou incentivos à execução de experiências inovadoras nos serviços municipais com aumento de transferências de recursos federais para

* **Gestão plena da atenção básica:** a SMS assume a responsabilidade pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica, ou seja, de todos os procedimentos incluídos no PAB, das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, gestão de todas as unidades básicas de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS; elaboração da programação pactuada integrada (PPI); autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados e o controle e avaliação da assistência básica.

Gestão plena do sistema municipal: a SMS assume a responsabilidade pela gestão de todas as ações e serviços de saúde existentes no município, ambulatoriais e hospitalares; gestão de todas as unidades básicas de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS; controle, avaliação, auditoria e pagamento das ações e serviços de saúde no município; controla o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); faz a elaboração da programação pactuada integrada (PPI) e administra a oferta de procedimentos de alto custo da alta complexidade para os quais o município é referência.

estados e municípios, estimulando a expansão dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde e, ainda, a organização de redes de referência em vários municípios e estados^{95,96,97}.

As normas operacionais têm sido mecanismos de viabilização do SUS e cada uma delas acabou imprimindo, ao longo do tempo, concepções e ritmos distintos ao processo de descentralização. Ao que nos parece, a NOB 96 é a que dá um novo impulso à organização dos serviços de saúde ao prever, pela primeira vez desde a implantação do SUS, recursos exclusivos para o financiamento da Atenção Básica assim como o que já existia na assistência ambulatorial de média e alta complexidade.

No Brasil, em 1996, ocorre a 10ª Conferência Nacional de Saúde, também presidida pelo Ministro Adib Jatene. O contexto já se mostrava mais favorável à discussão de modelos de atenção, ainda que o principal problema continuasse a ser o financiamento das ações nos municípios. Para Nascimento⁹⁸,

[...] enquanto a Conferência de 1986 foi propositiva em relação ao modelo de sistema incorporado à Constituição de 1988 e às Leis que a regularizaram e a de 1992 cobrou a implantação do SUS, a descentralização e a municipalização da saúde, a 10ª Conferência é marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil (p.1).

Em seu discurso de abertura, o Ministro da Saúde recuperou a trajetória das Conferências a partir da sétima (de 1980), fazendo um balanço dos avanços e das dificuldades encontradas pelo SUS, mencionando a influência da Conferência de Alma Ata naquele momento e do *slogan* da Organização Mundial de Saúde – Saúde para Todos no ano 2000 (SPT 2000). Fez referências à Norma Operacional Básica - NOB 93 como importantes passos para a estruturação do SUS e da NOB 96, que estava sendo formulada, visando ao aperfeiçoamento desses mecanismos. Destacou a implantação do PACS e do PSF em vários municípios, fechando seu discurso com a Carta de Otawa ressaltando os princípios das políticas públicas saudáveis.

Outros dois eventos nacionais foram promovidos por atores importantes no desenvolvimento do SUS neste mesmo ano. Um deles foi a realização de uma oficina de trabalho promovida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) cujo tema foi “Estratégias de mudanças do modelo de atenção à saúde no país: o papel das Secretarias Estaduais”. No relatório final desta oficina há uma análise sobre os determinantes da crise

setorial e suas correntes explicativas e o debate sobre modelos de atenção e suas bases conceituais para a mudança. Neste sentido, aponta como exemplo de um projeto estruturante para a saúde a proposta Municípios Saudáveis, destacando a possibilidade que a mesma abre para o trabalho intersetorial, para a equidade e para a construção da cidadania. Como estratégia de organização dos serviços, reafirma a proposta de criação dos Distritos Sanitários, ressaltando que, para a atenção primária, a Saúde da Família é a principal estratégia para assegurar a descentralização e organização dos serviços em todos os seus níveis⁹⁹.

A NOB 96, neste período, estava em fase de elaboração e pode-se observar que em suas análises, o CONASS refere-se mais à atenção primária do que à atenção básica e que sua preocupação está voltada ao reconhecimento da Saúde da Família como proposta estruturante.

O outro evento ocorreu naquele mesmo ano, promovido pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)¹⁰⁰ e foi a realização do XII Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. A carta de recomendação do evento aprovada pelos participantes - Carta do Rio de Janeiro reafirma, entre outros, a importância dos municípios enquanto instância do poder local, ressaltando a intersetorialidade, participação da sociedade, parcerias e solidariedade como estratégias para melhoria da qualidade de vida. Recomenda a divulgação da NOB 96 e a articulação dos secretários municipais para a sua implantação, mas não tece nenhuma consideração específica sobre modelo assistencial.

Em 1997, o CONASEMS realiza o XIII Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e, na sua Carta de Brasília¹⁰⁰, apresenta:

[...] Externamos nossa preocupação com o cerne das propostas do Ministério da Administração e Reforma do Estado que implicam um processo objetivo de desmanche dos serviços públicos [...] Programas centralizados e verticalizados com versão única para todo o país são incompatíveis com a verdadeira natureza do SUS que é único, com gerência única em cada esfera de governo, mas que comporta distintos modelos assistenciais ajustados às diversidades e peculiaridades locais [...] consideramos inaceitáveis a prolongada negociação da NOB 96, mais de oito meses após a publicação e ainda inconclusa [...] declaramos não aceitar nenhum piso de atenção básica (PAB) inferior a um real (correção para 1,5 reais nos casos já previstos) de recursos federais [...] reafirmamos a defesa dos princípios da Constituição Federal, sobretudo o do direito universal dos brasileiros à saúde (p.1).

O XIV Encontro do CONASEMS é realizado em 1998 e, em sua Carta de Goiânia, reafirma o compromisso com os princípios do SUS, a luta pelo financiamento, o respeito à autonomia dos municípios na utilização dos recursos repassados fundo a fundo, a adoção da

promoção da saúde como elemento-chave para a luta pela saúde e qualidade de vida e o fomento à proposta Cidades Saudáveis. Propõe a articulação com outros países latino-americanos para a construção de um movimento em defesa da saúde como direito de cidadania e reafirma o compromisso pela saúde como defesa da vida. Finaliza a carta apontando o momento crítico da conjuntura internacional e das duras medidas econômicas que afetam a sociedade¹⁰⁰.

Estas colocações e críticas apontadas nestes eventos, em especial nos dois últimos encontros do CONASEMS, parecem ter relação com a conjuntura internacional em que ocorreu a formulação da NOB 96, ou seja, num período em que a discussão sobre a nova ordem econômica internacional e a transformação das forças produtivas ocupava o cenário mundial, inclusive dos países latino-americanos. E, na América Latina, segundo Mendes⁵, a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) apontava que,

[...] reconhecendo a inexorabilidade das transformações produtivas em curso, fazem um chamamento a uma maior consciência sobre a necessidade de tomar medidas que privilegiem os grupos mais vulneráveis da sociedade, por meio de políticas de geração de emprego e de combate à pobreza. É, assim, que se manifesta o componente equidade da proposta, entendendo-se equidade como diferenças sistemáticas que, além de injustas, são desnecessárias e evitáveis (p.40).

Naquele contexto, é formulada a proposta “Saúde na Transformação Produtiva com Equidade” (SPTE), cujo enfoque central é o retorno dos países da Região das Américas a um modelo de desenvolvimento coerente com os novos cenários mundiais voltados aos aspectos econômicos da modernização produtiva, inserção competitiva e melhoria sustentada dos níveis de equidade em todos os países.

Mendes⁵ ainda refere que, para alcançar a proposta SPTE foram necessários alguns ajustes das políticas de saúde, a saber: mudança do enfoque setorial para o intersetorial; do Estado onipresente ou omissivo para um Estado promotor e regulador; da gestão centralizada para a descentralizada; de um gasto público sem controle para um que priorize as necessidades dos mais pobres e das ações cujos resultados se desconhecem para programas e projetos sistematicamente avaliados.

Estes ajustes, por sua vez, vêm acompanhados dos seguintes componentes: ação intersetorial no âmbito da saúde referida na estratégia da promoção da saúde; o desenho e a implantação de uma cesta básica de serviços de saúde; a focalização de programas e de ações de saúde; a reforma setorial da saúde; o investimento em recuperação e ampliação da

capacidade instalada do sistema de saúde e da infra-estrutura sanitária básica e formas de financiamento do sistema na modalidade *mix* público/privado.

O país da América Latina que seguiu mais rigorosamente estas recomendações foi a Colômbia, implantando, em seu sistema, entre outras medidas, dois planos para a filiação dos colombianos ao sistema de saúde: o Plano Obrigatório de Saúde (POS), de proteção integral das famílias às enfermidades e à maternidade, entre outros e o Plano de Atenção Básica (PAB), universal, gratuito e composto por intervenções coletivas e individuais de alta externalidade, como as ações de educação em saúde, controle de vetores, controle do consumo de álcool, cigarro e psicofármacos, planejamento familiar, prevenção e controle da Aids, tuberculose, hanseníase e malária^{14, 101}.

Por sua vez, Mattos⁸⁴, ao analisar alguns dos documentos por ele considerados importantes para se compreender a atuação do Banco Mundial nas políticas de saúde dos países em desenvolvimento nos anos 90, mostra a racionalidade desta agência no que se refere ao encaminhamento de seus estudos e proposições. Uma delas refere-se à transição demográfica que aponta o envelhecimento da população que, agregada a outros fatores, seria um dos principais motivos de elevação dos gastos com saúde. O Banco utiliza como exemplo o caso do Brasil e segundo o autor,

[...] nos dados tomados do Brasil, destaca a importância dos gastos públicos hospitalares com as doenças típicas do adulto, como as cardiovasculares, e o crescimento dos gastos em saúde com as pessoas idosas. A isso somar-se-iam as conseqüências da epidemia de Aids. Esses elementos articulam-se na defesa da tese de que o envelhecimento da população e a Aids vinham trazendo e trariam ainda maior pressão sobre os gastos públicos. E como a prevenção desses problemas dependeria das mudanças comportamentais tidas [...] como improváveis, seria certo que os recursos públicos que deveriam ser destinados às ações básicas de saúde terminariam por custear tratamentos hospitalares. É claro, isso num contexto em que imperativos macroeconômicos impedem a expansão do gasto público em saúde (p.255).

Mais adiante, referindo-se especificamente ao documento *Investindo em Saúde* de 1993, do Banco Mundial, Mattos⁸⁴ mostra o debate apresentado pelo Banco em relação à universalidade do acesso aos serviços de saúde com financiamento público, no qual se fundamentam as propostas de focalização das ações e pacote básico de serviços. Para ele,

O que vai se desenhando [...] é uma das teses centrais do documento, retomada em muitos momentos e de formas diversas. Em síntese, ela (a tese) afirma que os governos devem abandonar a pretensão de oferecer universalmente o acesso aos serviços de saúde a todos os seus cidadãos, pois esta postura seria antagônica à equidade. Dela resultaria a oferta de serviços que beneficiam tão somente os mais ricos, residentes nas cidades, e deixa

desprotegidos os mais pobres residentes nos campos [...]. Assim, a tentativa de oferecer todos os serviços de saúde a todos produziria dois problemas: a insuficiência de recursos para as atividades mais eficazes em relação à obtenção de ganhos em saúde e o privilegiamento dos segmentos mais ricos da população [...] o pacote básico proposto não é uma recomendação padrão aos governos, embora ilustre bem uma lógica de construção de pacotes essenciais, e de delimitação das ações governamentais. Ele não é o fim da linha principal da argumentação (do Banco), mas apenas um dos seus importantes pontos (p.265 e 284-85).

É neste contexto que emerge o conceito de Atenção Básica, no momento em que estavam sendo discutidas as propostas do Banco Mundial em torno da organização dos serviços básicos, da implantação do pacote mínimo, da cesta básica de saúde e do piso da atenção básica nos países latino-americanos. Nos parece que naquele momento a Atenção Básica deixa de ter a conotação de mais um procedimento das tabelas de financiamento e passa a ser referida como um nível de atenção à saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Em última instância, se constata o fato de haver forte influência das agências internacionais no desenho das reformas setoriais dos países periféricos e, neste sentido, é pertinente e oportuna a reflexão que nos traz Mendes⁵ quando afirma que,

[...] as propostas regionais estão fortemente influenciadas pelas reformas dos países centrais, o que permite indagar: até que ponto elas refletem as singularidades econômicas, sociais, culturais e sanitárias da Região ou constituirão, apenas, movimentos reflexos ou tardios em relação aos encetados nos países ricos (p.44).

Campos & Belisário¹⁰² ao discutirem as especificidades da Reforma Sanitária Brasileira, apontam diferenças significativas nos processos percorridos pelos países latino-americanos em relação ao Brasil. Naqueles, a tônica está pautada em propostas conduzidas pelos organismos internacionais de fomento em que a redução do papel regulador do Estado está sempre presente. Para os autores:

O caso brasileiro está distante desta tendência geral e guarda uma característica muito própria, provavelmente porque representa mais um movimento de dentro para fora que o oposto, distinto e divergente dos demais modelos em muitas de suas características. A tendência inclusionista [...] havia criado um vetor em que cada dia mais cidadãos passaram a ter, pelo menos no campo formal, garantias de direitos. Não representa surpresa, portanto, a inscrição, na Constituição, dos princípios da universalidade, equidade e integralidade que presidem a lógica e os movimentos do SUS, dando a diferença entre o que ocorre no Brasil em relação aos demais países (p.136).

Por fim, em 1998 a NOB 96 é aprovada. O Ministério da Saúde assume a Atenção Básica em sua agenda política e lhe atribui o papel de eixo de reorganização do modelo de atenção à saúde. Aprova por meio da Portaria Nº. 3.925, e publica, em 1999, o Manual para a Organização da Atenção Básica¹⁰³, documento que contou com o envolvimento do CONASS e do CONASEMS na sua elaboração. Este documento explicita a opção brasileira pelo conceito ampliado de Atenção Básica e passa a ser orientador dos gestores do SUS. O documento traz a seguinte definição para a Atenção Básica:

A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (p.9).

Desta forma, a Atenção Básica deixa de ser apenas um conjunto de procedimentos da tabela SIA/SUS (ações básicas) presentes nas Normas Operacionais Básicas, passando a representar efetivamente um nível de organização dos serviços de saúde no SUS. Neste momento, pode-se dizer que ocorre uma equivalência entre os conceitos de atenção básica e de atenção primária.

O Manual¹⁰³ reitera que a organização da Atenção Básica tem como fundamentos os princípios do SUS, ou seja, Saúde como Direito, Integralidade da Assistência, Universalidade, Equidade, Resolutividade, Intersetorialidade, Humanização do Atendimento e Participação. E ainda, torna mais explícita a responsabilidade dos sistemas municipais de saúde, tanto na gestão dos serviços como na atenção às pessoas. No que se refere ao redirecionamento do modelo de atenção à saúde, propugna que deve ser “transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários - as famílias” (p.10). Mais adiante, neste mesmo documento, aponta a Saúde da Família como a estratégia da Atenção Básica na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado. Neste documento já é perceptível a ausência de qualquer referência à Atenção Primária à Saúde.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde edita o documento “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde” – Manual do ACS¹⁰⁴, e neste documento observa-se um resgate e uma contextualização histórica da Conferência de Alma Ata e dos conceitos de Atenção Primária e cuidados primários de saúde. Da mesma forma, resgata a Carta de Otawa e da Promoção da

Saúde, apresentando sucintamente as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, a 8ª CNS, a criação do SUS, a descentralização e a participação. Ao tratar da Atenção Básica à Saúde, apresenta os termos atenção primária, assistência primária, ações do primeiro nível de assistência e atenção básica como sinônimos e, ao mesmo tempo, ao discorrer sobre o PACS e o PSF volta a fazer referências à atenção básica.

Ainda, neste mesmo ano, é realizada a 11ª Conferência Nacional de Saúde¹⁰⁵, na gestão do ministro José Serra, tendo como tema central “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. Nesta Conferência observa-se que o tema modelo assistencial foi discutido com mais intensidade. No tópico específico sobre modelo, os delegados defenderam, na agenda para a efetivação do SUS, a organização da porta de entrada do sistema, por meio de distintas iniciativas de estruturação da atenção básica, tais como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias, devendo garantir, todas elas, a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária, a equipe multiprofissional com dedicação integral, bem como a articulação e integração com os demais níveis de atenção à saúde.

Percebe-se, ao ler os documentos desta Conferência, que há divergências quanto à Saúde da Família ser considerada como estratégia de reorganização da Atenção Básica, com várias colocações a favor e contra, sempre fazendo ressalvas contrárias à adoção de uma atenção focalizada ou de um pacote mínimo de ações de saúde. Nenhuma referência foi encontrada sobre a Atenção Primária no Relatório Final da 11ª CNS¹⁰⁵.

Depois do Manual do ACS, o Ministério da Saúde edita, em 2001, o Guia Prático de Implantação do PSF nos Municípios⁵⁹ e neste documento não há qualquer citação ou referência à APS ou cuidados primários de saúde. O documento faz referência aos serviços básicos de saúde e à rede básica como integrante da rede de serviços de saúde. Em todo o documento, refere-se à atenção básica na perspectiva da organização dos serviços municipais de saúde. Este documento, juntamente com o Manual do ACS foi amplamente distribuído aos municípios e às equipes do PSF.

Em 2001 é editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde¹⁰⁶ (NOAS), complementar à NOB 96. Ela trata, fundamentalmente, da Regionalização da Assistência à Saúde e tem como objetivo o aprimoramento dos mecanismos de pactuação entre os três níveis de gestão do SUS. Esta Norma estabelece a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) compreendendo Regiões de Saúde e Módulos Assistenciais e a

ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica, instituindo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada* (GPAB-A) e definindo um conjunto de ações a serem priorizadas pelos municípios: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal.

Uma análise minuciosa deste documento permitiu constatar que a NOAS apresenta uma proposta bastante consistente e detalhada para a reorganização da assistência com ênfase na Atenção Básica; recupera o papel e a responsabilidade da instância estadual, que ficou omissa ou pouco definida no processo de descentralização do sistema de saúde e propõe uma ampla e minuciosa relação de atribuições assistenciais e gerenciais aos municípios, inclusive acompanhadas de mecanismos de avaliação e sistemas de informação em saúde. Por sua vez, uma das severas críticas feitas à esta norma, foi a tentativa de centralizar novamente na esfera federal de governo, muitas das responsabilidades pela organização dos serviços bem como os recursos destinados ao custeio de ações de alto custo e da alta complexidade do sistema que já tinham passado por processos de pactuações locais e estaduais. No entanto, a NOAS não faz qualquer menção à Atenção Primária à Saúde e tampouco à Saúde da Família.

Mais recentemente, em 2003, é realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como ministro Humberto Costa. O tema central é “Saúde um direito de todos e um dever do Estado: a saúde que temos e o SUS que queremos”. Nesta Conferência, o tema modelo de atenção à saúde está bem mais presente do que nas anteriores.

No eixo temático - A organização da Atenção à Saúde - coloca-se, logo no início, que a mudança do modelo de atenção à saúde é hoje o principal desafio do SUS e aponta, nas diretrizes gerais, a recomendação de ampliação da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase na Atenção Básica, priorizando a estratégia Saúde da Família e outras semelhantes que possibilitem a mudança de orientação do modelo de atenção.

Apresenta um item específico sobre Atenção Básica e Saúde da Família, com recomendações de se criarem e assegurarem incentivos técnicos e financeiros nas três esferas de governo para a implementação da Atenção Básica a partir da Saúde da Família, com a

* **Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPAB-A:** a SMS assume o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, da mulher e a saúde bucal, respeitando o perfil epidemiológico como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto de Atenção Básica e o conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada compreendido por aqueles procedimentos já cobertos pelo Piso de Atenção Básica (PAB) acrescidos dos procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico específicos para os mesmos (procedimentos especializados realizados por médicos ou outros especialistas; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos e fisioterapia).

criação de equipes de referência e outros serviços de apoio. Não cita no corpo do relatório a atenção primária ou cuidados primários à saúde¹⁰⁷.

No quadro abaixo apresenta-se uma síntese das referências encontradas sobre Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família presentes nos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

QUADRO 4.1 – Síntese das referências encontradas sobre Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família na consulta aos documentos do Ministério da Saúde, 1990 a 2005.

DOCUMENTOS	ANO	REFERÊNCIAS/CITAÇÕES ENCONTRADAS
Leis Nº 8.080 e Nº 8.142	1990	Nenhuma referência às palavras-chave foi encontrada.
NOB91, NOB92 e NOB93	1991/93	Idem.
NOB96	1998	Há citação sobre a Saúde da Família. Aponta para a reordenação do modelo de atenção centrada não apenas no financiamento, mas também nos resultados esperados, destaca a importância de vínculos entre serviços e usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunidades. Ressalta a integralidade das ações e necessidade de incorporar no modelo clínico, o modelo epidemiológico. Explicita financiamento para o PSF e PACS. Utiliza os termos serviços básicos e ações básicas ao se referir à assistência e refere-se à atenção básica como modalidade de gestão (gestão plena da atenção básica). Nenhuma referência aos termos APS e nível primário de atenção foi encontrada.
Saúde da Família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002	1999	Nenhuma referência sobre APS ou cuidados primários de saúde. Em todo o documento, trata a Atenção Básica como nível de organização dos serviços de saúde de âmbito municipal.
Manual da Atenção Básica	1999	Nenhuma referência sobre APS ou cuidados primários de saúde. Propõe ações para orientar a organização da Atenção Básica como nível de atenção à saúde (municipal).
O trabalho do Agente Comunitário de Saúde	2000	Resgata e contextualiza historicamente a Conferência de Alma Ata e os conceitos de Atenção Primária e cuidados primários de saúde (p.16-18); a Carta de Ottawa e a Promoção da Saúde, apresentando sucintamente as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (p.18-22); a 8ª CNS, ao tratar da Atenção Básica à Saúde, apresenta os termos atenção primária, assistência primária, ações do primeiro nível de assistência e atenção básica como sinônimos. Ao discorrer sobre o PACS e PSF predomina a referência sobre a atenção básica.
Guia prático de implantação do PSF	2001	Não faz qualquer citação sobre atenção primária ou cuidados primários de saúde. Faz referência aos serviços básicos de saúde e à rede básica como integrante da rede de saúde (p.59). Em todo o documento, trata a Atenção Básica na perspectiva da organização dos serviços de saúde no âmbito municipal.
Regionalização da assistência à saúde: NOAS/SUS 01/01	2002	Nenhuma referência sobre atenção primária ou cuidados primários de saúde. O documento utiliza o conceito de Atenção Básica na perspectiva de organização dos serviços, trata especificamente da proposta de estruturação da rede de serviços, entretanto, em todo o documento, não faz referência à Saúde da Família.

No quadro seguinte, apresenta-se a síntese da mesma análise a partir dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, no período de 1980 a 2003.

QUADRO 4.2 — Síntese das referências sobre Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família presentes nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, 1980 a 2005.

CNS	REFERÊNCIAS/CITAÇÕES ENCONTRADAS
<p>7ª CNS (Março/ 1980) Ministro: Waldir Arcoverde Presidente: João Figueiredo</p> <p>TEMA CENTRAL Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos</p>	<p>Discurso do Ministro destaca a importância da intersectorialidade e da Atenção Primária à Saúde como resposta promissora para mudar a saúde no Brasil. Fala sobre ações básicas e assistência básica de saúde. Discurso do diretor geral da OMS dá ênfase na Atenção Primária à Saúde e na Conferência de Alma Ata. O discurso do Presidente destaca a integração e coordenação entre os ministérios (da Saúde, da Previdência e da Educação) e a importância das ações básicas de saúde (ações de prevenção e diagnóstico precoce). No Relatório Final, nas recomendações dos 11 subtemas discutidos, aparece o conceito de serviços básicos como avanço e alguns fazem menção à APS como nível de organização dos serviços; já se aponta para a descentralização do sistema, municipalização, e a preocupação da integração da rede básica com os serviços secundários e terciários.</p>
<p>8ª CNS (Março/ 1986) Ministro: Roberto Santos Presidente: José Sarney</p> <p>TEMAS CENTRAIS Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do sistema nacional de saúde; Financiamento setorial</p>	<p>Discurso do Ministro faz discreta referência aos cuidados primários e grande destaque às AIS, à regionalização e à importância da descentralização e municipalização dos serviços. Discurso do Diretor Geral da OMS faz referência ao marco “saúde para todos” e ressalta o princípio da equidade e da universalização. Não faz referência à atenção primária ou cuidados primários de saúde. No discurso do Presidente há referências às desigualdades sociais no Brasil, aborda-se a dificuldade de acesso à saúde e se destaca a racionalidade administrativa mediante descentralização dos serviços. No Relatório Final: tema 1 – ressalta a importância de uma nova Constituição; tema 2 – ressalta a necessidade de criação do SUS, apresenta seus princípios norteadores e ressalta a municipalização; tema 3 – destaca criação dos Fundos de Saúde. Não há referências sobre atenção primária, cuidados primários, atenção básica ou assistência básica. O cerne desta CNS foi o sistema nacional de saúde.</p>
<p>9ª CNS (Agosto/1992) Ministro: Adib Jatene</p> <p>TEMA CENTRAL Saúde: municipalização é o caminho</p>	<p>Em seu relatório final, esta Conferência faz recomendações em relação à mudança do modelo assistencial, apontando para as bases epidemiológicas. Fala em práticas diferenciadas segundo diferentes realidades locais com complexidade crescente, porém, sem configurar um sistema simplificado de saúde. Importância da atenção integral à saúde. Nenhuma citação sobre a APS ou sobre Atenção Básica de Saúde. No Relatório Final não constam os discursos das autoridades.</p>
<p>10ª CNS (Setembro/1996) Ministro: Adib Jatene</p> <p>TEMA CENTRAL SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida</p>	<p>Discurso do Ministro: recuperação das CNS é mencionada a influência de Alma Ata nos anos 80 e do slogan “Saúde para todos no ano 2000”. Relatório final: várias citações sobre atenção integral à saúde; repúdio à cesta básica proposta pelo Banco Mundial; ênfase nas proposições de concurso público para ingresso nos serviços públicos. PSF e PACS aparecem em item especial, destacando a necessidade de um amplo debate com os Conselhos de Saúde para definir a necessidade ou não de implantação destes programas cuja implantação não deve ser feita de forma centralizada e vertical. A NOB 96 é bastante debatida nesta CNS. Nenhuma citação sobre Atenção Primária e Atenção Básica ou similares.</p>

Continua...

...continuação

CNS	REFERÊNCIAS/CITAÇÕES ENCONTRADAS
<p>11ª CNS (Dezembro/ 2000) Ministro: José Serra Presidente: Fernando Henrique Cardoso</p> <p>TEMA CENTRAL Efetivando o sus: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.</p>	<p>No Relatório Final desta Conferência não constam os discursos das autoridades oficiais. Nenhuma citação sobre APS ou cuidados primários de saúde. Encontram-se muitas referências sobre Atenção Básica. Aparecem questionamentos e divergências sobre o PSF como estratégia de reorganização da Atenção Básica e preocupações quanto ao PSF tornar-se modelo de saúde pobre para os pobres.</p>
<p>12ª CNS (Dezembro/2003) Ministro: Humberto Costa Presidente: Luiz Inácio Lula da Silva</p> <p>TEMA CENTRAL Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.</p>	<p>No eixo temático “A organização da Atenção à Saúde” coloca-se, logo no início, que a mudança do modelo de atenção à saúde é hoje o principal desafio do SUS e aponta, nas diretrizes gerais, a recomendação de ampliação da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase na Atenção Básica, priorizando a estratégia Saúde da Família e outras semelhantes que possibilitem a mudança de orientação do modelo de atenção. Apresenta um item específico sobre Atenção Básica e Saúde da Família com recomendações de se criarem e assegurarem incentivos técnicos e financeiros nas três esferas de governo para implementação da atenção básica a partir da Saúde da Família e com a criação de equipes de referência e outros serviços de apoio. Não cita no corpo do relatório a atenção primária ou cuidados primários à saúde. O documento sempre faz referência à atenção básica.</p>

Pela incursão nos documentos do Ministério da Saúde e nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, ficou claro que no contexto brasileiro, os documentos se reportam mais à Atenção Básica, mas, até aqui, não se observou antagonismos entre os termos Atenção Básica e Atenção Primária e ambos tratam da organização dos serviços do primeiro nível de atenção, de responsabilidade dos municípios.

4.3.3 A SAÚDE DA FAMÍLIA - DA ATENÇÃO PRIMÁRIA OU DA ATENÇÃO BÁSICA?

A criação do PAB na NOB 96 causou impacto direto no PSF acelerando sua expansão. Em 1994, ano da criação do programa, havia, no Brasil, 328 equipes implantadas em 55 municípios brasileiros; em 1998, ano da implantação do PAB, o número de equipes passou para 3.083 e o número de municípios elevou-se para 1.134¹⁰⁸. Desde então, continuou crescendo tanto em número de equipes quanto de municípios, fato que demonstra que o PAB

foi fundamental para promover a ampliação do PSF e dotá-lo da capacidade de transformar-se em uma das principais estratégias de reorganização dos serviços básicos.

A expansão do PSF, entretanto, deu-se principalmente em municípios de pequeno e médio porte cuja população era, em média, até 50 mil habitantes. Expandir a cobertura da população atendida pelo PSF levou o Ministério da Saúde a adotar algumas medidas, entre elas, a elaboração do Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF)¹⁰⁹. Financiado com apoio do Banco Mundial, um dos grandes objetivos do PROESF é o de estimular a implementação Saúde da Família nas cidades com mais de 100 mil habitantes e nos grandes centros urbanos. Este projeto, em seu corpo de proposições, faz referências constantes à atenção básica e ao PSF, mas não faz qualquer menção à atenção primária. No entanto, à medida que entram no circuito as grandes cidades, observa-se que esta discussão em torno da atenção primária e atenção básica começa a crescer no SUS.

Exemplo disso é que em 2003, a OPAS e o MS promovem uma reunião de trabalho com o objetivo de revisar os aspectos teórico-conceituais que envolvem o PSF, e no bojo destas discussões, abordam os relativos à atenção primária e da atenção básica. No informe técnico¹¹⁰ desta reunião e no documento de sistematização¹¹¹ elaborado posteriormente, pode-se observar que não há uma delimitação precisa entre os mesmos e a APS é colocada como sendo o foco do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. No documento de sistematização produzido pelo MS posteriormente, aponta-se que:

[...] as diversas noções de APS parecem estar sustentadas em princípios assistenciais como universalidade do acesso e integralidade da atenção. Atenção Básica parece ser uma formulação do SUS para designar o primeiro nível de atenção à saúde, sustentada no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Pode-se concluir, provisoriamente, que há convergências entre as noções de APS e ABS. As diferenças parecem estar relacionadas com os distintos contextos históricos de organização dos sistemas de saúde que, por sua vez, estão vinculados às relações estabelecidas entre Estado e sociedade para responder aos problemas e necessidades de saúde, em cada experiência particular (p.3).

Neste mesmo ano, 2003, o CONASS¹¹² também realiza um seminário para a construção de consensos com a participação dos Secretários Estaduais de Saúde e colaboradores. O enfoque do tema foi a Atenção Primária à Saúde no SUS, envolvendo a Atenção Básica e o PSF. O relatório deste evento apresenta que:

[...] a compreensão do CONASS e dos secretários [é] de que a APS não se caracteriza por uma baixa complexidade ou por uma limitação na quantidade de serviços oferecidos. Esta denominação é também reconhecida e aceita internacionalmente por indivíduos e instituições de pesquisa e formuladores de políticas. A denominação Atenção Básica permanece sendo utilizada nas denominações oficiais [...] (p.5).

Este documento do CONASS prioriza a APS e recomenda o PSF como estratégia prioritária para o seu desenvolvimento, reafirmando que “os Secretários Estaduais de Saúde consideram que o PSF deve ser a principal estratégia organizativa da APS no âmbito do SUS” (p.11). O documento utiliza a APS e AB como conceitos similares, ora se referindo à Atenção Primária à Saúde, ora à Atenção Básica¹¹².

Nos documentos referentes aos eventos institucionais citados acima, há convergência nos posicionamentos quanto ao papel da Saúde da Família como estratégia de reorganização dos serviços na perspectiva de mudanças do modelo.

Por sua vez, buscando no *site* do CONASEMS algum documento ou relatório de eventos com os mesmos objetivos (discutir concepções de APS e AB) nada se encontrou. Verificando as Cartas de Recomendações dos Encontros e Congressos Nacionais do CONASEMS no período de 1996 a 2004, pode-se constatar que estes documentos não fazem nenhuma referência sobre a APS, AB e nem mesmo sobre a Saúde da Família. Predominam as recomendações sobre financiamento e garantia de autonomia dos municípios na gestão do sistema, embora as questões referentes às necessidades de mudança do modelo de atenção estejam presentes.

Esse fato chama a atenção uma vez que a atenção primária/atenção básica é de responsabilidade (e interesse) da esfera municipal de gestão do SUS e, dada a heterogeneidade do país em relação à conformação dos municípios, esperava-se encontrar recomendações ou algum documento que retratasse debates e reflexões acerca destas questões, à exemplo do CONASS, da OPAS e do próprio Ministério da Saúde. Isso porque se trata de um tema que tem relação direta com a organização dos serviços municipais, responsáveis que são pelos serviços do primeiro nível da atenção.

Ampliando a busca, agora para os espaços não institucionais, procurou-se conhecer o pensamento de diferentes atores sociais sobre esta temática, como a academia (intelectuais e lideranças ligadas à Reforma Sanitária) e os serviços de saúde (gestores, lideranças e trabalhadores do SUS), uma vez que estes atores têm importante poder de influência no

processo de implementação das políticas de saúde e, conseqüentemente, na mudança do modelo de atenção.

Para tanto, fez-se uma revisão de literatura por meio da base de dados da Bireme (*online*), a partir dos descritores e palavras-chave Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica à Saúde e Programa Saúde da Família. Nesta pesquisa foram encontrados (no SciELO), 50 textos no descritor Atenção Primária, 48 no Atenção Básica à Saúde e 59 no Programa Saúde da Família sendo que 26 deles estavam repetidos. Foram lidos os 131 artigos visando mapear do que tratavam tais artigos e como eles dispunham tais conceitos.

Pode-se observar que a produção científica envolvendo este temário está disseminada pelos mais conceituados periódicos científicos do país, lembrando que os Cadernos de Saúde Pública, a Revista de Saúde Pública e a Revista Panamericana de Saúde são, respectivamente, os que mais publicaram artigos sobre estes temas. Entretanto, ao analisar os conteúdos e/ou contextos dos artigos, evidenciou-se que a maioria dos trabalhos sobre Atenção Primária e Atenção Básica trata de pesquisas e estudos de avaliação de programas, problemas, agravos ou intercorrências de saúde desenvolvidos em unidades locais de saúde, ora denominadas unidades ou serviços de atenção primária, ora unidades ou serviços básicos. Menos da metade dos artigos contextualizam suas experiências sob a ótica do SUS e menos de um terço dos artigos pesquisados tratam ou problematizam estes conceitos na perspectiva do modelo de atenção ou da política de saúde. Isso se repete em relação aos artigos sobre PSF, mas nesse subconjunto, encontra-se uma maior variedade de assuntos, sendo que a produção mais recente aponta um número crescente de artigos abordando temas mais contemporâneos que envolvem a produção do cuidado em saúde.

O quadro abaixo apresenta a síntese das idéias centrais que permeiam os textos analisados.

QUADRO 4.3 — Principais características e contextos encontrados nos artigos científicos sobre Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família. Textos completos, SciELO, 1990 a 2005.

PALAVRAS-CHAVE	CARACTERÍSTICAS E CONTEXTOS ENCONTRADOS NOS ARTIGOS
Atenção Primária à Saúde	Predominam estudos de avaliação de programas (pré-natal, puericultura, aleitamento materno), de problemas de saúde (diabetes, hipertensão, transtornos mentais, asma), de agravos (violência doméstica, aborto) ou de questões gerenciais afetas a este nível de prestação de serviços (sistemas de informação, gerência, processo de trabalho). A APS aparece caracterizada mais como unidade local ou serviço de nível local (ex: avaliação da prevenção da diabetes em uma unidade de atenção primária) do que como serviços de âmbito municipal, estratégia ou modelo de organização de serviços. Alguns artigos falam ainda na perspectiva da atenção primária como programa de “prevenção primária” e educação em saúde. Dos 42 artigos, apenas cinco se caracterizaram por abordar a APS numa perspectiva mais ampla, como modelo de atenção ou estratégia de organização do primeiro nível de atenção dos sistemas municipais de saúde.
Atenção Básica à Saúde	Nos 42 textos lidos sobre ABS percebe-se maior diversificação dos temas. Encontramos 9 estudos sobre mortalidade, 10 de avaliação de programas, doenças ou agravos de saúde; 4 sobre atividades gerenciais; 2 sobre acesso/territorialização; 5 sobre práticas profissionais; 1 sobre análise de políticas públicas e 11 sobre modelos de atenção à saúde. Em aproximadamente 40% deles encontramos referência à estratégia Saúde da Família ou programa Saúde da Família. Da mesma forma, vários artigos fazem referência ao SUS, contextualizando-o no corpo do texto.
Programa Saúde da Família	Nos 47 textos sobre PSF observa-se uma variedade de temas, embora os agravos e as doenças continuem predominando (21 artigos). Entretanto, há uma produção mais diversificada no que se refere às práticas profissionais, com a inclusão de temas como acolhimento, vínculo, processo de trabalho e trabalho em equipe (10 artigos). Há estudos sobre o trabalho do ACS (3), saúde ocupacional/trabalhador (2), aspectos gerenciais das equipes (1); e sobre qualidade de vida e promoção (2). Os 8 textos restantes trazem reflexões sobre o modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS. Constata-se que muitos trabalhos falam no PSF como estratégia da APS; os termos APS e ABS aparecem dentro dos textos como sinônimos, sendo que entre os textos que mais discutem o modelo assistencial, o conceito de ABS aparece com mais frequência.

Grande parte dos artigos encontrados na pesquisa *on line* situa a Atenção Primária enquanto serviços de saúde do primeiro nível de atenção e não como estratégia de reordenamento do setor, ou seja, a concepção predominante vai ao encontro da definição da Atenção Primária à Saúde como “porta de entrada para o sistema, tendo, nas unidades básicas de saúde, sua instância operacional com nível próprio de atendimento”^{113,114}.

Portanto, a percepção que se tem ao analisar tais artigos é a de que esta concepção de APS predomina em nosso contexto, dado o volume de trabalhos que se utilizaram desta perspectiva em seus estudos. Os trabalhos que apontam inquietações quanto à APS ou ao PSF constituírem-se em medicina simplificada ou medicina pobre para os pobres foram poucos e

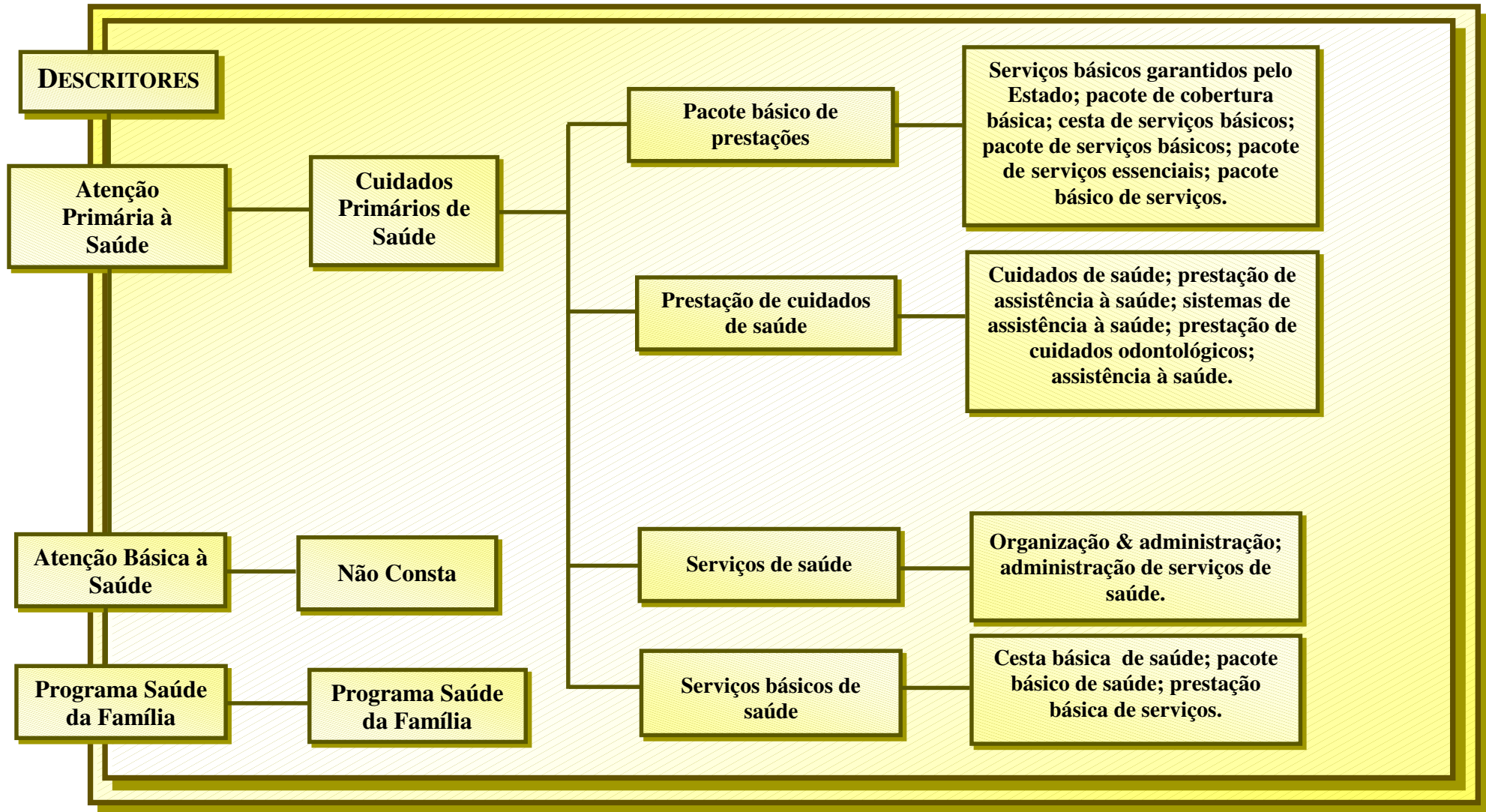
nestes, vários autores utilizaram os termos atenção primária e atenção básica como conceitos equivalentes, porém, na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência do sistema.

Por fim, ao se observar os descritores - Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Programa Saúde da Família, viu-se que o descritor — Atenção Primária à Saúde, ao estabelecer os sinônimos para “cuidados primários de saúde”, deixa margem para a interpretação reducionista da saúde, uma vez que aparece ligado às concepções de pacote básico de serviços e cesta básica de saúde, reforçando as críticas sobre as idéias de racionalização do financiamento em saúde, difundidas pelas agências internacionais. Na busca ao descritor — Atenção Básica à Saúde, nenhum sinônimo está colocado, o que reforça a impressão de que esta concepção, além de recente, está mais afeta ao nosso contexto e está em construção.

O descritor — Programa Saúde da Família, no entanto, apresenta uma definição ampla que explicita desde seu propósito de reorganização da prática de atenção à saúde e a substituição do modelo tradicional até a composição da equipe com seus respectivos parâmetros populacionais.

Para uma melhor visualização dos resultados encontrados, elaborou-se a figura a seguir.

FIGURA 4.1 – Síntese dos Descritores encontrados na pesquisa *on line* da BVS com seus respectivos descritores relacionados em português.



Enquanto alguns autores como Mendes^{5,14}, Viana⁶⁵, Starfield⁶¹ se posicionam em defesa da corrente da APS como estratégia de reordenamento do primeiro nível de atenção e caminho catalisador para a organização dos demais níveis do sistema (secundário e terciário) como ocorre em outros países, outros autores, como Testa¹¹⁵, Merhy¹¹⁶ e Conil¹¹⁷, por exemplo, manifestam suas preocupações quanto a inserção da APS em nosso contexto como proposta minimalista, voltada à focalização da saúde e alguns transportam estas inquietações ao PSF, argumentando se o mesmo não seria o sucedâneo dos cuidados primários de saúde ou fazendo inúmeras ressalvas quanto à necessidade de mudanças significativas na estruturação destes serviços, de suas práticas profissionais e de gestão na saúde para atender aos princípios do SUS.

Neste debate, para Campos¹⁹,

[...] o enfoque da Atenção Primária [...] foi acolhido entusiasticamente pelos países da periferia, mas tratado de forma muito mais cautelosa pelos países desenvolvidos [...] Mais tarde, esse significado foi mudando e se confundindo com o da atenção básica, sendo que, para alguns autores, refere-se a um determinado nível de atenção; para outros, é um conjunto de serviços ou intervenções em saúde ou uma estratégia de conscientização das comunidades para melhora de seus problemas coletivos de saúde (p.244-245).

Esta dificuldade em precisar estes conceitos, como se pôde observar durante esta revisão, está presente no contexto da reforma setorial brasileira e aponta, a nosso ver, a necessidade de aprofundar tais reflexões numa perspectiva estratégica do desenho de mudança do modelo. Não há dúvidas de que o ideário apontado pelo referencial da Atenção Primária à Saúde influenciou (e continua influenciando) o processo de descentralização da saúde e organização do sistema, inspirou a elaboração das diretrizes e princípios do SUS e parece ser uma vertente orientadora do trabalho mais do CONASS (que em seus documentos faz constantes referências à APS e a seus princípios filosóficos e conceituais) do que do CONASEMS.

Por sua vez, considerando a APS como estratégia de reordenamento do setor a partir da organização do primeiro nível de assistência e porta de entrada para o sistema, observa-se que neste sentido, em nada difere a APS da Atenção Básica, sendo até artificial tentar caracterizar diferenças significativas entre os mesmos. Da mesma forma, é interessante considerar que, no caso brasileiro, a descentralização do sistema de saúde se deu concomitante ao processo de descentralização política, inclusive, paralela à criação de

milhares de municípios no país, como ocorreu nos primeiros anos após a promulgação da Constituição.

Estes municípios, por sua vez, foram criando e desenvolvendo seus sistemas locais de saúde paralelamente ao desenvolvimento dos mecanismos de gestão do próprio SUS, em articulação com o CONASEMS, que também estava se estruturando. Portanto, nos parece que, influenciados pelos mecanismos de normatização e organização do SUS — normas operacionais básicas do sistema, serviços básicos de saúde, piso da atenção básica, piso da atenção básica ampliada, gestão plena da atenção básica, entre outros — e pelo caudatário dos questionamentos sobre a atenção primária enquanto simplificação da medicina, a concepção da Atenção Básica ganhou maior aderência e legitimidade em nosso contexto.

Contudo, a Atenção Primária à Saúde é considerada como marco referencial dotado de um significado histórico legitimado universalmente no processo das reformas setoriais. Em sua concepção filosófica, estão embutidas a promoção da saúde e a qualidade de vida da população, além das questões próprias da organização dos serviços de saúde. E ainda, esta terminologia é reconhecida e utilizada internacionalmente.

Por sua vez, a Atenção Básica adquiriu um significado simbólico particular em nosso contexto porque se trata de um conceito construído e legitimado a partir do enfrentamento das dificuldades específicas do processo de implantação e desenvolvimento do SUS, tangido pelas limitações de financiamento, pelo crescimento e acirramento das desigualdades e injustiças sociais que fazem dele um processo contínuo de lutas na arena política e institucional, priorizando a busca pela equidade e acessibilidade aos serviços.

4.3.4 A SAÚDE DA FAMÍLIA E OS REFERENCIAIS DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS EM SAÚDE, VIGILÂNCIA À SAÚDE E EM DEFESA DA VIDA

Durante a revisão *on line* foram encontrados alguns artigos cujos autores fazem referência a três diferentes “modelos de atenção à saúde”^{117,118} ou “modelos de organização tecnológica do trabalho em saúde”¹¹⁹ que permeiam o cenário de reforma setorial. Vistos mais como reflexões teórico-conceituais sobre as estratégias de mudança do paradigma hegemônico do atual modelo do que como modelos propriamente ditos, encontram-se, em nosso contexto, as propostas das Ações Programáticas de Saúde, da Vigilância à Saúde e do

Em Defesa da Vida, referenciais que foram sendo elaborados concomitantemente ao desenvolvimento do próprio SUS, no decorrer da década de 1990.

A proposta Ações Programáticas em Saúde foi desenvolvida no final da década de 1980, por um grupo de docentes e pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da USP e do Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa e apresentada, entre outros, por Mendes-Gonçalves, Nemer e Schraiber. Foi construída a partir das reflexões e debates sobre a programação como forma de organização da oferta de serviços na ótica da APS e seus pressupostos estão inspirados na Programação em Saúde revisitada. Seu arcabouço teórico-conceitual foi elaborado a partir das reflexões sobre a programação em saúde enquanto uma tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho e trata, fundamentalmente, da problemática da dimensão técnica das práticas em saúde na organização social da produção dos serviços, incorporando o enfoque da epidemiologia numa perspectiva crítica¹²⁰.

A Programação em Saúde revisitada emerge em meio às reflexões sobre as práticas em saúde onde conviviam as lógicas assistenciais do trabalho clínico centrado no procedimento médico e no atendimento individual, e do trabalho sanitário centrado nos ações da saúde coletiva prestadas não apenas pelo médico (promoção e prevenção), incluindo os programas de saúde. Defende, em seus princípios, que como modelo tecnológico para a assistência *na* e *da* Saúde Pública, a programação não se reduz à técnica do planejamento e, pelo contrário, agrega como parte de seus fundamentos, os princípios de integração sanitária e da hierarquização do cuidado.

E ainda, ressalta o uso social da epidemiologia para a priorização dos problemas de saúde; a organização das ações programáticas como recurso tecnológico; a transição necessária da dimensão da clínica médica individual para a centrada na dimensão coletiva da saúde e o trabalho do médico como componente do trabalho coletivo em saúde como modo de organização tecnológica do trabalho^{120,121}.

A proposta Vigilância à Saúde foi elaborada pelo grupo de pesquisadores e docentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e colaboradores e apresentada por Paim e Mendes, no início dos anos 90. Foi desenvolvida a partir do SUDS e das experiências dos Distritos Sanitários, contando com o apoio da OPAS. Está pautada nas seguintes diretrizes operacionais: ênfase na descentralização e regionalização dos serviços, criação de Distritos Sanitários, Territorialização em Saúde; planejamento estratégico com análise situacional; organização dos serviços orientada por problemas; criação da autoridade sanitária local

(gerente local); hierarquização; intersetorialidade; integralidade; adequação entre demanda espontânea e oferta organizada.

Este referencial de modelo propõe uma redistribuição de poder entre os três entes federativos, com mudanças e adequações de papéis em cada um deles, apresentando em seus argumentos a importância das instâncias estaduais como espaço de controle e regulação da oferta de serviços e coordenação do enfrentamento de problemas e situações de saúde que extrapolem as bases territoriais dos municípios, numa perspectiva de trabalho articulado e colaborativo. Traz como referencial neste debate, entre outros, a concepção da APS como eixo de reordenamento do setor^{121,122,123}.

A proposta Em Defesa da Vida foi elaborada pelo grupo de pesquisadores e docentes do Laboratório de Planejamento e Administração da UNICAMP e apresentada por Merhy, Campos e Cecílio, em meados da década de 1990. Foi desenvolvida a partir de estudos sobre a prática de gestão e tem como objeto de análise o processo de trabalho em saúde, tendo como finalidade a criação de metodologias e instrumentos de gestão e organização do trabalho coletivo. Aposta na criação de processos que provoquem profundas transformações no âmbito das instituições e que resultem em novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela subjetividade e autonomia dos sujeitos. Prioriza, nos serviços, os processos de acolhimento, vínculo, contrato e autonomia dos sujeitos na organização do cuidado progressivo à saúde^{90,121}.

O debate entre estas três propostas aponta olhares diferentes acerca da organização das práticas sanitárias vivenciadas ao longo do processo da Reforma Sanitária Brasileira. Mais recentemente, com a expansão da Saúde da Família, observa-se uma crescente discussão em torno destas propostas tecnoassistenciais com diferentes questionamentos sobre a importância estratégica da Saúde da Família na organização dos serviços e na reorientação das práticas, tal como está proposto pelo Ministério da Saúde.

Observa-se que entre os defensores das propostas das Ações Programáticas e Vigilância à Saúde há uma maior convergência de opiniões em relação ao papel da APS no reordenamento do setor saúde e da Saúde da Família como eixo estruturante da reorganização dos serviços. Em comum, ambas recebem críticas da proposta Em Defesa da Vida cujos defensores tecem considerações político-ideológicas sobre as estratégias de viabilização do SUS, apontando que predomina uma subordinação do movimento sanitário à lógica do capitalismo e ao enunciado no projeto neoliberal, que reduzem e empobrecem as dimensões

do projeto dos SUS. Em relação às concepções de Programas ou Ações Programáticas, Campos¹⁹, aponta que:

Na prática, essa proposta (Programação) não conseguiu resolver quase que nenhum dos problemas [...] redundou em uma tentativa frustrada de criar na rede básica linhas de montagem que conseguissem vincular o médico ao trabalho de equipe e à racionalidade interna dos principais programas de saúde: controle da tuberculose, hanseníase, pré-natal, puericultura, entre outros. Esse modelo organizativo aprofundou a segmentação vertical dos serviços de saúde, não logrou aumentar a produtividade e o envolvimento dos vários profissionais com os problemas de saúde. Ao contrário, o excesso de normatização restringiu burocraticamente o objeto de trabalho de cada grupo ou profissional isolado, desestimulando ainda mais a iniciativa e criatividade dos trabalhadores, já que agora dispunham de normas que estabeleciam claramente os limites de atuação de cada um. A tentativa de subordinar a prática clínica às noções epidemiológicas embutidas nos programas ampliou a um grau inusitado os conflitos já existentes entre oferta de serviços e a demanda, o que reforçou a couraça burocrática habitualmente presente nos serviços públicos – inúmeros artifícios utilizados para a preservação do *status quo* (p. 128-29).

O autor acima coloca-se em oposição às idéias contidas nas Ações Programáticas por “discordar das premissas de que o Planejamento quando apoiado na Epidemiologia, seja capaz de criar normas e processos de trabalho eficazes e capazes de transformar práticas mais do que as resultantes da experiência histórica da clínica” (p.57). Nesta mesma linha, argumenta ainda que a “organização dos serviços públicos de saúde por meio de Ações Programáticas resulta, via de regra, de uma indisposição do Estado de gastar em saúde, decorrendo daí a necessidade de recortes” (p.60).

Em relação à Vigilância à Saúde, Campos⁵¹, autor da proposta Em Defesa da Vida argumenta que:

[...] Ela (Vigilância à Saúde) utiliza-se de métodos de promoção e de prevenção para atingir seu objetivo de garantir saúde à coletividade. Organiza-se em três áreas: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância sobre o ambiente. São áreas estritamente regulamentadas, e o agir dos profissionais apóia-se em leis, decretos e portarias, caracterizando um modo de proceder com base em regras. O princípio da autoridade sanitária é central a esta lógica [...] Em realidade, a Vigilância à Saúde precisa ser tomada em perspectiva ampliada, já que tem múltiplas dimensões e sua ação eficaz depende de projetos que assegurem seu desenvolvimento nestas várias dimensões [...] No entanto, a Vigilância à Saúde – herdeira da Saúde Pública e da Medicina tradicionais – costuma esquecer-se de que atua sobre pessoas, valorizando regras voltadas para as doenças e para o ambiente [...] Em geral, faz-se Promoção e Prevenção “sobre” os usuários e não “com” a participação ativa deles. Ação sobre as pessoas e não com o envolvimento delas (p. 21-24).

Em relação à Saúde da Família e nesta mesma perspectiva, outros autores apresentam argumentos críticos em relação a estas propostas, como é o caso de Merhy e Franco¹²⁴ ao afirmarem que:

Curiosamente, o PSF que certos contingentes do movimento sanitário defendem como o que está expresso na própria Norma Operacional Básica/96, é aquele que se contrapõe à própria clínica, como se esta fosse em si um território “anti-saúde”. Por isso, em boa parte, ao dar centralidade, em seu campo teórico e de práticas, ao terreno da epidemiologia/vigilância à saúde, secundariza de modo instrumentalizado a utilização da multiplicidade de conhecimentos que devem compor o complexo e multidisciplinar trabalho em saúde. [...] a reprodução antinômica [...] epidemiologia *versus* clínica tem empobrecido os projetos [...] acabando por colocar o próprio PSF no mesmo lugar de programas similares, como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários de Saúde. Neste aspecto, torna-se “primo-irmão” dos mesmos, por compartilhar nuclearmente das mesmas fontes (p. 119-120).

Este debate onde os autores apresentam suas divergências e discordâncias quanto às bases teórico-conceituais destas propostas tecnoassistenciais em saúde, tem contribuído para as reflexões em torno do processo da Reforma Sanitária e, em especial da organização da atenção básica. Da mesma forma e com a expansão da Saúde da Família, estas questões que até então não tinham alcançado visibilidade suficiente para integrar as diferentes agendas políticas do SUS (que priorizaram, historicamente, as discussões em torno do financiamento do sistema), passaram a se fazer mais presente no cenário.

O crescimento do PSF trouxe para a centralidade dos debates a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais e os limites das práticas profissionais e de gestão no que se refere especificamente à mudança do paradigma que rege o tradicional modelo de atenção à saúde. Neste sentido, considera-se que o PSF avançou de “programa” para “estratégia”, em parte, devido ao acúmulo subjacente ao debate em torno destes próprios referenciais que foram as alternativas encontradas para a descentralização e organização dos serviços nos diferentes contextos loco-regionais do país.

No nosso entendimento, o PSF, embora esteja mais estruturado nos referenciais da Vigilância à Saúde, referencial este que sustenta a Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Básica ou da Atenção Primária à Saúde e que diverge, portanto, das análises que entendem a Saúde da Família como a versão contemporânea da medicina simplificada; como um programa; como medicina familiar ou apenas como atenção materno-infantil, também incorpora aspectos das concepções apresentadas pelas propostas Em Defesa da Vida e das Ações Programáticas.

De igual forma, pode-se constatar que os pressupostos das Ações Programáticas em Saúde permeiam a organização dos serviços, haja vista que várias experiências relatadas nos artigos sobre Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família tratam de iniciativas que buscam promover o equilíbrio entre a demanda espontânea e a oferta organizada das ações de saúde. A busca de definições de critérios para a padronização e priorização das ações dirigidas aos grupos mais vulneráveis da população, as definições de protocolos clínico-assistenciais e o uso da epidemiologia voltada aos aspectos sociais e como um dos elementos para a priorização das ações de saúde foi a tônica de muitas experiências relatadas e, portanto, estão incorporadas nas experiências de organização dos serviços locais e das práticas profissionais em Saúde da Família.

As propostas em torno do Em Defesa da Vida, com seu foco voltado ao processo de trabalho em saúde, ao investir em métodos, instrumentos de gestão e de organização do trabalho coletivo e tendo como objeto produzir mudanças desde o interior do sistema, estimula a busca por transformações a partir das pessoas e suas práticas e tendo a organização dos serviços como consequência deste processo, traz novos elementos para se repensar as práticas organizacionais e profissionais. A valorização da clínica ampliada, o acolhimento, a valorização da subjetividade nas relações entre profissionais e usuários e a autonomia dos sujeitos na organização progressiva do cuidado são pressupostos que trazem para a agenda de debate a importância da criação de caminhos estratégicos para o envolvimento e mobilização dos profissionais que atuam no sistema, valorizando a unidade local como espaço privilegiado de produção da saúde no SUS.

Do nosso ponto de vista, portanto, estas propostas podem ser comparadas a um caleidoscópio de experiências que, em comum, têm a intencionalidade de produzir mudanças que causem impacto positivo na transformação do modelo de atenção à saúde. Discordamos dos autores que fazem críticas mais acirradas à proposta da Vigilância à Saúde, porque acreditamos que, no contexto brasileiro, não dispomos de acúmulo técnico-científico capaz de avaliar se uma destas correntes isoladamente teria dado resultados mais efetivos e eficazes do que as demais. A Vigilância à Saúde tem apresentado alguns arranjos institucionais pertinentes para a realidade brasileira no que se refere à organização dos serviços, tais como: a distritalização, a gerência compartilhada com autoridades locais e regionais de saúde, a territorialização e o planejamento local, entre outros, de modo a tornar os serviços mais adequados às necessidades da população e menos vulneráveis aos processos decorrentes das alternâncias de poder. Da mesma forma, propõe mudanças no processo de articulação entre

as Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais e Ministério da Saúde com redefinições de papéis e competências.

Neste sentido, propõe uma descentralização mais efetiva ou mais radical das ações federais, com o enxugamento da sua máquina administrativa e uma redefinição de papéis e funções compartilhando poder e recursos com os estados e municípios, com o objetivo de fortalecer e qualificar os mecanismos de gestão do SUS. Da mesma forma, propõe que os estados se repensem e assumam maior responsabilidade no apoio e suporte à estruturação do sistema, respeitando as diferenças regionais e geográficas do país e adequando a organização dos serviços de acordo com as necessidades do conjunto de seus municípios^{5,14}.

Por outro lado, concordamos que, desde a criação do SUS, pouca atenção tem sido dada à organização dos espaços locais e coletivos do trabalho em saúde, em particular, à gestão de pessoas e, neste sentido, a proposta Em Defesa da Vida avança mais do que as demais ao chamar a atenção para dois pontos que julgamos fundamentais: primeiro, não existe assistência à saúde sem a clínica, ou seja, discutir o papel da clínica é uma tarefa imprescindível se o objeto é a qualidade da assistência e a mudança das práticas profissionais, e, segundo, não existem mudanças no interior de uma instituição ou organização se não houver envolvimento e mobilização dos profissionais em torno de um projeto que seja dotado de significado para os profissionais de saúde, ou seja, mudanças nas práticas só ocorrem *a partir e com* as pessoas que estão atuando *para e com* a população usuária do SUS.

Em parte, concordamos com Teixeira¹²¹, para quem estas experiências são mais estratégias do que propriamente propostas de modelos, advogando que há espaços distintos *para e entre* cada uma delas. Para esta autora, “os referenciais adotados pela proposta Em Defesa da Vida trabalham numa dimensão mais microprocessual dos processos de trabalho, as Ações Programáticas em Saúde avançam gradativamente para o espaço macroprocessual e a Vigilância à Saúde trabalha na dimensão das macro-políticas” (p.261). Para ela, cada uma destas vertentes apresenta uma perspectiva de modelo de atenção à saúde a ser analisada em três dimensões: gerencial, organizativa e técnico-assistencial e aponta para a necessidade de um esforço sinérgico entre estas, para que ocorram as mudanças de paradigma de modelo, considerando, como condições essenciais para tal, as tecnologias apropriadas de gestão, a organização da rede de serviços e as mudanças estruturais no processo de trabalho dos profissionais.

Por fim, a Saúde da Família, embora tenha crescido sobremaneira no país e atravesse seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, que

é sua consolidação nos grandes centros urbanos, do nosso ponto de vista, é uma estratégia com grande potencial para a produção de mudanças das práticas. Vive, com isso, um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda as fragilidades crônicas já presentes nos serviços e para as quais ainda não foram dadas soluções concretas. Entre essas estão as práticas profissionais e as práticas institucionais, ambas não atendendo adequadamente as novas necessidades que estão colocadas. No primeiro caso (práticas profissionais) porque continuam não incorporando na prestação dos cuidados de saúde, a lógica da integralidade, a visão ampliada do processo saúde-doença, a formação de vínculos, a abordagem familiar, o trabalho em equipe e o acolhimento. No segundo, porque continuam priorizando os mecanismos de gestão do sistema na lógica administrativa e burocrática de gestão - visão quantitativa da produção dos serviços, normatização excessiva, rigidez nos processos de trabalho, baixa capacidade de inovação gerencial e ausência de políticas de educação permanente em saúde, entre outros.

Como conseqüência, tem-se a alta rotatividade das equipes, baixa resolutividade da atenção básica, alta dependência dos serviços secundários e especializados e ausência de mecanismos efetivos de referência e contra-referência e, do ponto de vista do profissional, a insatisfação crônica com o trabalho que acaba se transformando num apático desinteresse e descompromisso até chegar à desmotivação.

Neste sentido, a Saúde da Família agudiza o debate no interior do SUS, demonstrando a fragilidade do nosso processo de construção social da saúde que tem avançado pontualmente, mediante gradativas acumulações e superposição de experiências que contemplam os enfoques das Ações Programáticas, Vigilância da Saúde e Em Defesa da Vida e das concepções da Atenção Primária e da Atenção Básica. A nosso ver, dada a complexidade e heterogeneidade de nosso país com seus 5.564 sistemas municipais de saúde, a adoção e mesmo superposição destes diferentes referenciais é, de certa forma, esperada. Entretanto, se por um lado afirma as singularidades das experiências, por outro, também demonstra a pouca estabilidade teórico-conceitual presente em nosso cenário, manifesta nas sucessivas reinvenções de projetos, programas e políticas públicas. Com isso, o aprendizado político-institucional torna-se mais lento e a consolidação das mudanças mais difíceis.

Se o fundamental é potencializar esforços capazes de impulsionar mudanças em direção à construção de um novo paradigma no setor, nos parece que o esclarecimento destas questões pode resultar numa importante sinergia em torno não apenas da Saúde da Família enquanto estratégia da Atenção Básica como também da Reforma Sanitária Brasileira em si.

Uma agenda pactuada entre gestores das três esferas de governo com planos e estratégias mais permanentes, pode possibilitar o aprofundamento e qualificação dos debates em torno destes referenciais teóricos e pode contribuir para tornar a gestão pública em saúde comprometida com mudanças mais efetivas e que atendam mais rapidamente as necessidades de saúde da população.

Relacionando estas questões com o objeto em estudo — Práticas Profissionais em Saúde da Família fica evidente que a malha que tece a organização da atenção básica do SUS não é uniforme. Os profissionais que estão inseridos nas unidades locais, com frequência, acabam encontrando seus próprios caminhos e terminam por prestar seus serviços cumprindo uma relação de trabalho cartorial e pouco criativa, não se sentindo sujeitos co-partícipes da construção nem da Saúde da Família, nem da atenção básica, tampouco do SUS o que, do nosso ponto de vista, acaba enfraquecendo e tornando mais complexo o processo de consolidação do SUS.

Em síntese, para finalizar, advogamos que: **1)** precisamos construir o SUS por dentro, ou seja, cada profissional do SUS precisa compreender seu papel enquanto sujeito desta construção e incorporar seus princípios e diretrizes e materializá-los em cada ação que realizar; **2)** precisamos dar visibilidade à Atenção Básica porque **ela** é a novidade para a população — os demais tipos de assistência e serviços a população já conhece, e a atenção básica como prática solidária e integral, ela ainda não viu; **3)** precisamos dar vida à Saúde da Família, ela pode contribuir para que os profissionais e a população amadureçam seus conceitos de saúde e suas visões do que é o cuidado continuado em saúde; **4)** precisamos intensificar o diálogo entre as Ações Programáticas, a Vigilância à Saúde e o Em defesa da Vida considerando suas singularidades, sim, mas sobretudo, procurando suas sinergias para otimizar esforços na perspectiva da conversão do modelo e, **5)** precisamos reconhecer que no contexto brasileiro as experiências que embasaram a organização dos serviços municipais não se propunham, via de regra, a adotar o viés racionalista e minimalista de Atenção Primária à Saúde. Ao contrário, a maioria buscou esta alternativa como estratégica para a reorganização do sistema e dos serviços podendo-se, portanto, dotar a Atenção Básica do mesmo significado político-conceitual da Atenção Primária e entender que no nosso contexto, a Atenção Básica assume a referência ao primeiro nível de atenção do sistema em decorrência da trajetória política de construção do próprio SUS.

5 As Práticas Institucionais e a Gestão dos Recursos Humanos em Saúde



A fixação e o comprometimento (comprometimento entendido como envolvimento, participação e dedicação) dos profissionais de saúde com os serviços de atenção básica e com os usuários do sistema são nós críticos quando se pensa na melhoria da qualidade e da efetividade do trabalho em saúde.

Na Saúde da Família, a alta rotatividade dos profissionais tem-se mostrado um problema recorrente, com conseqüências importantes para alguns dos seus principais pressupostos, como demonstram os estudos do Ministério da Saúde¹²⁵, de Machado¹²⁶ e de Escorel et al.¹²⁷. Este problema (alta rotatividade) vem acompanhado da perda de investimentos dos gestores em processos de capacitação e qualificação dos profissionais para as novas práticas, tais como os cursos de introdução aos princípios organizativos da Saúde da Família, dos cursos de Especialização e de Residência que têm sido largamente ofertados no país. Estas iniciativas, por sua vez, demonstraram-se insuficientes para envolver e/ou manter os profissionais vinculados aos serviços.

Outros aspectos, individuais e coletivos, poderiam ser citados em relação a essa situação, tais como: a dificuldade de atração dos médicos para a atenção básica e para a Saúde da Família; a dificuldade dos profissionais, principalmente dos médicos, em aceitar trabalhar em territórios mais distantes dentro do próprio município; a pouca compreensão e envolvimento com a política de saúde pública no Brasil; as diferenças salariais entre profissionais; os planos de carreira profissional que, via de regra, são desvinculados das ações-fins do sistema; a distância entre gestores e profissionais de saúde que atuam na ponta do sistema; a falta de informação sobre os planos de governo e das prioridades estabelecidas pelos gestores nos seus respectivos mandatos, entre inúmeros outros. Essas questões estão afetas ao campo da administração pública propriamente dita em nosso contexto e são pouco valorizadas pelos administradores do sistema.

As discussões sobre as funções e papel do Estado visando ao cumprimento mais eficiente e efetivo de suas atribuições não é uma particularidade brasileira, pois as críticas sobre o mau funcionamento do setor público, segundo Kettl¹²⁸, são universais. Exemplifica o autor apontando que:

Em todo o mundo, os cidadãos reclamam de filas intermináveis, de atendimento descortês, de regras arbitrárias, da papelada, de questionários invasivos e até, ocasionalmente, de ter de subornar um funcionário para receber serviços aos quais têm direito (p.81).

A saúde não está isenta dessas críticas e, por lidar com aspectos íntimos da vida de indivíduos e famílias e por ser um dos gastos públicos mais relevantes nos orçamentos governamentais, é um dos alvos centrais das reformas administrativas e gerenciais. Cada vez mais e com maior ênfase, este tema tem sido debatido em busca de caminhos e soluções que superem tal quadro.

Kettl¹²⁸ defende, portanto, que dada a complexidade da gestão pública decorrente da superposição e interdependência de políticas e programas, é premente que se criem possibilidades de avaliar o desempenho do aparelho de Estado por meio da criação de incentivos à eficiência porque, em última instância, os serviços ao consumidor-cidadão dependem de que se possa oferecer informações suficientes para que, conseqüentemente, este possa fazer suas escolhas inteligentes. Defende, ainda, que a administração pública eficaz não necessita ser operacionalizada apenas por suas próprias agências, mas também por organizações não governamentais sem fins lucrativos que trabalhem como parceiras do Estado, desde que mediante um programa de avaliação de desempenho.

Nos processos de reforma do Estado, segundo o autor, cada país foi adotando sua perspectiva como a Nova Zelândia e o Reino Unido, que fizeram uma profunda revisão de suas metas de desempenho que precedem a avaliação de resultados, a Austrália, que se concentra na avaliação de programas, a Suécia, nos processos de auditoria, e a França que optou por criar centros de responsabilidades nos quais se definem quem é responsável por quais atividades.

Em se tratando de recursos humanos, esses países empreenderam reformas do serviço público que incluíram políticas em relação ao quadro de pessoal. Para isso, desencadearam processos de mudanças na cultura organizacional que, por sua vez, estimularam os funcionários a considerar o consumidor como cidadão e não apenas como cliente dos serviços; mudaram as técnicas do sistema de avaliação de produção valorizando mais os resultados; adotaram o planejamento estratégico como orientação para as mudanças e implantaram incentivos financeiros para promover o desempenho e a qualidade.

Vários países, em suas propostas de reforma, optaram por reduzir drasticamente o quadro de funcionários públicos, como foi o caso dos Estados Unidos e do Reino Unido que mudaram a natureza do trabalho, acabando com a estabilidade no emprego, introduziram novos benefícios e implantaram mecanismos desafiadores para os administradores gerirem melhor os serviços públicos.

Ressalta-se o modelo australiano que, de modo muito particular, destacou-se por adotar uma estratégia bastante distinta das demais e que julgamos ser uma das possibilidades e, porque não, interessante e adequada à realidade brasileira, que conta com um expressivo número de funcionários em situação de estabilidade no emprego. Segundo Kettl¹²⁸,

[...] a reforma do serviço público foi o centro da reforma administrativa implantada na Austrália e, para fazê-la, os australianos concentraram-se no 'desenvolvimento do principal recurso do serviço (público), seus funcionários. O forte sentimento positivo e o compromisso que os servidores públicos experimentaram em relação a um melhor serviço público precisam ser destacados e usados como estímulo para que se estabeleça uma verdadeira cultura de aprimoramento contínuo'. Os sistemas procuram enfatizar o desempenho individual e valorizar o trabalho feito, para assim auxiliar os funcionários a cumprir os objetivos e a melhorar continuamente o desempenho de sua agência (p.103).

Quintana Brito¹²⁹ acrescenta a esse debate as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho e que se agregam aos problemas já hoje existentes na saúde. Diz o autor que,

[...] as mudanças dos sistemas de atenção à saúde e as repercussões no sistema social e no institucional destacam alguns pontos para reflexão. São eles: a necessidade de construção de consensos e acordos para a política de recursos humanos em saúde, atendendo à existência de conflitos entre os diversos interesses corporativos e sociais envolvidos; as visões políticas mais integradas do direito à saúde que, entre outras, valorizam o capital humano e os conhecimentos como força produtiva; e uma crítica aos sistemas convencionados de planejamento e gerência de recursos humanos em saúde relacionados tanto com os aspectos administrativos como os educativos (p.611).

Chorny¹³⁰, por sua vez, ressalta a importância da gerência estratégica em saúde mais do que em qualquer outra organização, porque as organizações de saúde são totalmente diferentes das demais, por sua complexidade, pelo tipo de objeto com o qual os profissionais trabalham, por sua história e papel social, pelas especificidades dos conhecimentos, entre outros. Mas destaca que todas estas características têm servido, além do esperado, como pretexto e barreiras para evitar a incorporação, no campo da saúde, de conhecimentos, ferramentas e mecanismos administrativos e gerenciais originários ou desenvolvidos por outras áreas do conhecimento.

Para Santos¹³¹, o modelo preconizado pelo SUS requer um desenho gerencial que contemple a gestão descentralizada e o planejamento ascendente que deve iniciar-se na

unidade local, sendo que cada plano (local, distrital, municipal, regional, estadual e nacional) deve ser acompanhado de metas de produção e indicadores de qualidade a serem cumpridos e avaliados, além de aprovados pelos Conselhos de Saúde. Segundo o autor,

[...] sob estas características, o modelo gerencial deve completar-se com financiamento baseado nos custos de cumprimento das metas e indicadores de qualidade/resultados, através do estabelecimento de um valor per capita e repasses globais [...], no entanto, vivemos hoje, ainda, sob a hegemonia do modelo gerencial anterior ao SUS [...] calcado no centralismo normativo [...] herança do ex-INAMPS que simboliza o Estado pouco produtor, pouco planejador, pouco regulador, pouco controlado pela sociedade (p.10-11).

E Dal Poz⁶⁶ destaca, neste sentido, o quanto é recente a missão dos municípios de serem os gestores únicos do SUS em seu âmbito governamental. O SUS, implantado concomitantemente à descentralização político-administrativa do país, desencadeia uma nova configuração também para os recursos humanos em saúde, com profissionais migrando dos serviços federais para os estaduais e municipais e/ou dos serviços estaduais para os municipais. Ressalta-se que esta migração dos profissionais de saúde de uma instituição à outra ocorreu desvinculada de qualquer iniciativa que visasse à integração ou interação profissional entre os mesmos, criando um sentimento que, parafraseando Kettl¹²⁸, pode-se denominar de *abalo do ânimo dos funcionários*. O fato é que como resultado desse conjunto de situações, os municípios se vêem às voltas de uma importante problemática que é a gestão de recursos humanos para o SUS.

Entretanto, para Machado¹³², “o sistema de saúde brasileiro não tem buscado adequar-se à nova ordem sociopolítica de elevar a questão dos recursos humanos como estratégia institucional” (p.134). Para Motta¹³³, existe no mundo contemporâneo uma nova noção do público e uma nova consciência dos direitos do cidadão, levando a um redimensionamento da saúde como processo essencial para um desenvolvimento humano. Neste sentido, como apontam os autores, as instituições de saúde necessitam buscar uma transformação profunda de sua organização, com melhorias no seu desenvolvimento técnico-científico e com uma maior eficácia em sua gestão para satisfazer as necessidades dos usuários. Para Motta¹³³,

As instituições de saúde e os serviços que elas realizam só se transformarão a partir de um processo permanente de desenvolvimento de recursos humanos, direcionado para melhorar a equidade e a qualidade das ações de saúde e que atenda às necessidades do serviço, às demandas da população e à satisfação do pessoal das instituições de saúde [...] Como componente essencial desse processo, impõe-se uma mudança nos valores e atitudes de

seus participantes e, em particular, dos que integram a organização (trabalhadores de saúde) orientada para multiplicar seu valor social. Trata-se de promover, por parte dos trabalhadores da saúde, a construção de valores compartilhados e de regras para suas atividades e comportamentos, e de estabelecer novas formas de relação na equipe de saúde e com o usuário (p.21).

Esta posição também é apontada por Dal Poz⁶⁶, ao apresentar e discorrer sobre os quatro modelos de filosofia de gestão de recursos humanos apresentados por Bouteiller & Guerin (1989) — burocrático, econômico, paternalista e o orgânico. No modelo burocrático, o trabalhador é visto como subordinado e o que se valoriza nessa filosofia de gestão é o correto cumprimento das tarefas predeterminadas. No modelo econômico, o que se privilegia é o contrato firmado em bases econômicas e o que interessa é a relação competência/custo. Ambos os modelos possibilitam a racionalização do potencial da força de trabalho. O modelo paternalista tende a considerar os recursos humanos como patrimônio da organização e o modelo orgânico tende a privilegiar a integração do profissional na organização como um todo. Para Dal Poz, em relação à participação e valorização do trabalhador, este último é o modelo que vem crescendo nos ambientes em situação de mudança ou inovação, argumentando que,

No modelo orgânico, trabalha-se com os conceitos de versatilidade e descentralização, possibilitando a organização de grupos de trabalho mais ou menos autônomos. O sistema de desenvolvimento, muito importante, é centrado sobre a formação nos locais de trabalho. O mérito comanda a progressão funcional, estimulando-se a formação de lideranças. A remuneração é variável, incorporando a participação nos resultados. [...] Nos modelos burocrático e econômico a avaliação relaciona-se ao cumprimento das tarefas e do contrato, ao passo que nos modelos paternalista e orgânico volta-se para o desenvolvimento do potencial pessoal e profissional. No modelo orgânico a avaliação incorpora o trabalho coletivo e a dimensão da cultura organizacional (p.26).

Chanlat¹³⁴, por sua vez, entende por modo de gestão o conjunto de práticas administrativas colocadas em execução pela direção de uma determinada organização, a fim de atingir os objetivos que ela tenha definido para si. Compreende desde o estabelecimento das condições e organização de trabalho, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e acompanhamento de resultados, as políticas de gestão do pessoal até os objetivos (missão), valores e filosofia de gestão que o inspiram (princípios). Afirma que:

Todo método de gestão é influenciado ao mesmo tempo pelos fatores internos (estratégia perseguida, recursos, tipo de pessoal, tecnologia utilizada, culturas, história, tradições, personalidade dos dirigentes, etc) e por fatores externos: contexto econômico (mundialização, concorrência, ciclo econômico, etc); contexto político (políticas governamentais, legislação, papel do Estado, etc); contexto cultural (valores dominantes); contexto social (movimentos sociais, sindicatos, grupos de pressão). (p.119).

Este autor define, ainda, os quatro principais métodos de gestão - tayloriano e neotayloriano, tecnoburocrático, o baseado na excelência e o participativo, cujas principais características estão resumidas e sintetizadas abaixo de modo a visualizá-las e estabelecer alguma comparação geral entre as mesmas.

1. MODELO TAYLORIANO E NEOTAYLORIANO

(Taylor e Ford)

- ▶ Fragmentação excessiva do processo de trabalho;
- ▶ Produção regida pela premência do tempo;
- ▶ Tarefas repetidas e padronizadas;
- ▶ Remuneração segundo rendimento;
- ▶ Rigidez de horário;
- ▶ Divisão entre a concepção e execução do trabalho;
- ▶ Direito de expressão muito reduzido ou nulo;
- ▶ Trabalhador encarado somente como uma pessoa dotada de energia física e muscular;
- ▶ Trabalhador motivado apenas pela questão econômica;
- ▶ Empresa como uma máquina e os homens e as mulheres como engrenagens dessa máquina de produção;
- ▶ Modelo de gestão aplicado no universo industrial e no setor terciário e,
- ▶ Nova versão desse modo de gestão reside na utilização da informática, conservando, no todo, os princípios básicos.

2. MODELO TECNOBUROCRÁTICO

(Weber)

- ▶ Divisão parcelada do trabalho;
- ▶ Regulamentação escrita bastante forte;
- ▶ Alta importância conferida aos especialistas e técnicos;
- ▶ Controles muito sofisticados;
- ▶ Pirâmide hierárquica com centralização do poder;
- ▶ Direito de expressão do trabalhador muito reduzido;
- ▶ Pouca autonomia para os patamares inferiores da pirâmide;
- ▶ Trabalhador submetido ao império das normas e aos limites fixados pelas mesmas;
- ▶ Respeito excessivo às regras;
- ▶ Trabalhador destituído de paixão;
- ▶ Empresa é uma máquina racional e,
- ▶ Modelo de gestão manifestou-se na esfera estatal e depois se estendeu a todas as organizações de maior ou menor porte.

3. MODELO BASEADO NA EXCELÊNCIA

(Qualidade Total)

- ▶ Baseado na noção de produzir melhor que os concorrentes nacionais e internacionais;
- ▶ Enfatiza o êxito, a supervalorização da ação, a obrigação de ser forte, a adaptabilidade permanente, a canalização da energia individual nas atividades coletivas e o desafio permanente;
- ▶ Maior autonomia no trabalho;
- ▶ Forte responsabilização;
- ▶ Recompensas materiais simbólicas individualizadas;
- ▶ Relações hierárquicas mais igualitárias;
- ▶ Flexibilidade e polivalência da mão-de-obra;
- ▶ Recrutamento seletivo de recursos humanos;
- ▶ Encara o ser humano como uma pessoa consagrada aos desafios e à superação de si mesma em favor da organização, e
- ▶ Modelo de gestão tido como a resposta americana ao desafio da administração japonesa que, como se sabe, fundamenta-se na equipe, na qualidade, no devotamento total e na conquista dos mercados a longo prazo.

4. MODELO PARTICIPATIVO

- ▶ Método que reagrupa, em parte, as experiências de gestão que estimulam o pessoal de uma organização a participar em diversos níveis da gestão;
- ▶ Parte do princípio de que o ser humano é uma pessoa responsável à qual se deve conceder a autonomia necessária para realizar uma tarefa;
- ▶ Por meio da participação, busca integrar as pessoas na gestão mais global da empresa ou organização;
- ▶ Permite a reestruturação das tarefas e as modificações técnicas no processo de trabalho;
- ▶ Estimula as formas de co-gestão do trabalho;
- ▶ Método de gestão que parte do princípio de que o ser humano é uma pessoa responsável à qual se deve conceder toda a autonomia necessária para a realização da tarefa para integrá-la na gestão mais global da organização, e
- ▶ Experiências deste modelo existem em todos os países industrializados e também é muito aplicado em cooperativas.

Chanlat¹³⁴ finaliza seu estudo sobre as condições de saúde e satisfação no trabalho, concluindo que dos quatro métodos de gestão, o que apresenta conseqüências negativas menores para as pessoas que operam o trabalho é o da gestão participativa. Segundo o autor:

Quer se trate de reorganização do trabalho, de democratização do escritório, do reconhecimento real do saber e da experiência adquirida, da criação de espaço, de palavra, de responsabilização, todas as experiências convergem para uma melhora do clima de trabalho [neste método] (p.125).

Enfim, o que se pode extrair dos vários pontos de vista desses autores citados é a constatação de que em relação ao modelo de gestão de recursos humanos e de acordo com as contribuições de Dal Poz⁶⁶, o que predomina em nosso contexto é um misto do burocrático com o econômico e com algumas inserções do orgânico. De fato, os profissionais de saúde ainda trabalham pressionados mais pela lógica da produção dos serviços do que pela lógica do planejamento e organização dos serviços de acordo com as necessidades de saúde da população dos territórios das unidades e das equipes. Esta situação é mais comum aos médicos que precisam fazer opções entre, por exemplo, participar das reuniões da equipe (ou dos grupos de atividades aos usuários) ou fazer as consultas agendadas à população, fazer um atendimento médico domiciliar ou fazer várias consultas na unidade de saúde e assim por diante.

Há tarefas que, via de regra, são pré-estabelecidas pelos níveis centrais dos serviços, com poucas alternativas de flexibilização, e que muitas vezes chegam para ser operacionalizadas sem que os profissionais tenham qualquer participação ou informação acerca das mesmas. Esses e outros exemplos demonstram as dificuldades em se mudar os processos de trabalho nas unidades e nas rotinas das equipes de Saúde da Família.

Motta¹³⁴, neste sentido, ao discorrer sobre as características do trabalho em saúde, diz que os conflitos que os permeiam (serviços de saúde) são muitos, dada a natureza deste trabalho que se dá em sistemas imperfeitos e nos quais as relações entre seus componentes são conflituosas, por vezes incoerentes e, mais, sofrem a influência (e muitas vezes até determinação) de interesses e contingências próprias de um ambiente social imprevisível. Para o autor, “permanentemente, a vida organizacional de um serviço de saúde se desvia do desejado e, em geral, a prática da atenção corresponde pouco às ações administrativamente previstas” (p.29).

Nogueira⁷¹ finaliza esta discussão afirmando que são inúmeras as formas tecnicamente particularizadas de realizar atos de saúde em si e isso torna a discussão do processo de trabalho em saúde singularmente difícil pelo fato de ele nunca resultar de uma aplicação de regras gerais e, ao contrário, cada caso ser um caso particular, singular, único e não reproduzível.

Isso posto, entende-se que para que haja negociação e estabelecimento de consensos em torno da organização dos serviços rumo ao fortalecimento da gestão orgânica apontada por Dal Poz⁶⁶ há de se considerar a complexidade desse processo e compreender a lentidão de seus resultados. No Brasil, especialmente no setor público de saúde, são poucas as iniciativas de parcerias com as organizações não governamentais e são raras as iniciativas institucionais de avaliação de desempenho dos profissionais, o que demonstra que o enfrentamento desta problemática requer um fator fundamental: vontade política dos gestores. Duas experiências ilustram nosso ponto de vista. Uma refere-se à experiência do Programa de Avaliação de Desempenho¹³⁵ implantado em 1996 na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e outra, ao Plano de Incentivo de Qualidade¹³⁶, implantado em 1995, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Em Belo Horizonte, o Programa de Incentivo ao Desempenho — PRÓ-SUS¹³⁵ — tinha como um de seus objetivos, “criar um novo instrumento de gerência, objetivando a busca de eficiência e qualidade nos serviços de saúde” (p.9). E caracterizava-se como um incentivo profissional sob a forma de gratificação de desempenho a ser paga aos servidores

que dele participavam, por meio da avaliação de indicadores de acesso, de impacto das ações e da satisfação da clientela mediante consensos dos servidores da SMS (nível central e local) escolhidos por meio de comissão paritária. O projeto previa gratificação dos profissionais que trabalhavam nas unidades básicas e especializadas de saúde de acordo com as metas alcançadas; o nível distrital trabalhava com a moda das metas que as unidades básicas alcançassem e o nível central com a moda das metas que os distritos sanitários alcançassem. Desta forma, todos os profissionais foram mobilizados em torno da melhoria da qualidade, do acesso e da resolutividade dos serviços¹³⁵.

O PRÓ-SUS foi extinto no momento de sucessão do governo municipal, quando assumiu o partido político de oposição. Nem a melhoria dos indicadores de resultados, a maior satisfação da clientela e também a dos profissionais de saúde foram suficientes para sensibilizar os novos gestores para a manutenção da proposta. E isso evidencia o peso do fator político no contexto.

Nesta mesma perspectiva foi implantado, em Curitiba, o Plano de Incentivo de Qualidade (PIQ) que foi criado visando instrumentalizar o processo de gestão e avaliação dos serviços e ações de saúde, numa perspectiva de fortalecimento do SUS no âmbito municipal. O objetivo do PIQ era “dotar a equipe gerencial de ferramentas que assegurassem a eficácia operativa e social, ou seja, a resolutividade e a satisfação da clientela, propiciando condições para que a Secretaria Municipal de saúde cumprisse sua missão institucional, com direcionalidade, objetivos compartilhados e co-responsabilidade, como aponta Fekete¹³⁶.

Do ponto de vista operacional, o PIQ caracterizava-se da seguinte forma: **1)** formação de uma comissão composta por representantes do nível central (gabinete do secretário, superintendência, departamento de planejamento, departamento de assistência à saúde) e do nível local (Autoridades Sanitárias Locais); **2)** elaboração de um instrumento básico de avaliação (Matriz de Avaliação) contemplando três módulos referentes ao Plano Municipal de Saúde, Assistência à Saúde e Organização e Gerência; **3)** incentivo financeiro premiando ao final de cada trimestre as unidades básicas que obtivessem os melhores resultados; **4)** implantação precedida de uma fase de habilitação na qual todas as unidades básicas preencheram integralmente a Matriz de Avaliação, com o intuito de fazer um diagnóstico globalizado da rede básica de serviços e a verificação do uso do instrumento de avaliação e, **5)** todas as unidades básicas receberam capacitação específica para lidar com os instrumentos de avaliação.

Nos primeiros anos de vigência do PIQ os resultados mostraram-se bastante positivos, porém, no decorrer do tempo, verificou-se que a auditoria do plano, da forma como estava estruturada, imprimiu um viés de utilização distorcida das metas. As equipes priorizavam apenas as atividades contempladas pelas metas do trimestre em detrimento das demais atividades dos serviços. Em 1999 o PIQ foi suspenso e um novo plano começa a ser elaborado visando à correção das distorções percebidas. Em 2002, a Secretaria implantou o Índice de Desenvolvimento e Qualidade (IDQ)⁴² por meio de um conjunto de indicadores e da utilização de instrumentos de auto-avaliação, avaliação da chefia, dos usuários e da unidade de saúde. O IDQ é um plano mais elaborado e que avança qualitativamente em relação ao plano anterior.

Mais recentemente (2006), a Secretaria Municipal de Saúde recebeu o prêmio Eleutério Rodriguez Neto (1ª Expogest — Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS) com o programa Contrato de Gestão, criado para aumentar a participação, negociação e responsabilidade mútua entre os gestores e equipes das unidades básicas de saúde que beneficiam indiretamente os usuários.

Estas duas iniciativas demonstram possibilidades de inovação na administração pública e na forma de gerir os recursos humanos em saúde, potencializando recursos em torno de resultados mais efetivos e eficazes. No primeiro caso, houve uma ruptura com a proposta. No segundo, a secretaria optou por dar continuidade ao aperfeiçoamento do processo superando os problemas decorrentes da primeira experiência, mas criando mecanismos para incrementar a aprendizagem institucional em torno dos avanços. Com certeza, outras iniciativas desta natureza existem e necessitam ser mais exploradas para estimular as práticas institucionais voltadas à nova administração pública e às novas formas de gestão dos recursos humanos em saúde.

Iniciativa de outra natureza, mas importante a ser referida nesta temática, é a do desenvolvimento do Sistema de Informação Gerencial de Recursos Humanos em Saúde — SIG-RHS, realizado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro a partir de 1982, com a finalidade de possibilitar a coleta, armazenamento e análise de informações sobre recursos humanos em saúde. E por meio dessa ferramenta, obter dados consistentes que, além de darem maior visibilidade à situação dos recursos humanos nos serviços, permitem estabelecer políticas mais adequadas de gestão dos recursos humanos em saúde. Segundo Pierantoni¹³⁷,

A avaliação da implantação de um sistema de informação sobre recursos humanos em saúde, utilizando dados quantitativos e qualitativos, processados via tecnologia computacional (SIG-RHS) e a utilização das informações para a gestão de processos de RH e do sistema de saúde em nível local demonstram evidências positivas, pela análise dos indicadores de desempenho, eficácia e impacto observados (p.137).

A adoção de sistemas de informação na área de gestão de recursos humanos, especialmente nos municípios, poderia contribuir bastante para dar maior transparência às informações referentes à contratação e distribuição dos profissionais, para promover a correção das possíveis distorções existentes nos serviços com maior agilidade, para verificar e adequar propostas de formação e desenvolvimento de recursos humanos (necessidades e participação em cursos e capacitações) e ainda contribui para a implantação de propostas de avaliação de desempenho nas instituições.

Um último exemplo a ser citado refere-se ao projeto MultiplicaSUS¹³⁸, criado em 2003 pela Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde — SGTES, direcionado aos trabalhadores da saúde do quadro próprio do Ministério da Saúde (nível central e núcleos estaduais). Esse projeto tem como objetivo a valorização do trabalho e do trabalhador do SUS, e é considerado estratégico para a construção do sistema e dos sujeitos que nele operam. Desenvolvido por forma modular (8 módulos de 24 horas), apresenta e discute o papel de todos os órgãos do Ministério da Saúde, sempre analisando-os na ótica da construção do SUS.

Esta iniciativa, a nosso ver, mais fácil de ser adotada e adaptada pelas outras instâncias gestoras do SUS (governos estaduais e municipais), deveria constituir-se em política obrigatória para todos os profissionais que atuam no sistema e deveria ser vista como uma *política de acolhimento* a todos os profissionais no momento que ingressam nos serviços de saúde.

Por fim e retomando Pierantoni¹²⁹, a todas estas reflexões deve se juntar o fato de que as proposições para a área de recursos humanos em saúde apresentam questões mescladas por novos e antigos problemas que abrigam interesses múltiplos e diversificados, indo desde o extremo da reivindicação pela antiga isonomia salarial até o gerado pela sociedade pós-industrial. No entanto, sob a ótica da consolidação do SUS, é importante manter o foco nos avanços já obtidos e um fato a se considerar é que o SUS tem possibilitado ampliar o mercado de trabalho dos profissionais de saúde num movimento crescente desde a década de 80.

Neste contexto, afirma a autora, cabe reconhecer que o PSF tem contribuído, em boa medida, para esses resultados, afinal são médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário que têm sido absorvidos pelos sistemas municipais de saúde.

Desta forma, considerando que os desafios por novas formas de gestão dos serviços e dos recursos humanos em saúde estão em crescente evidência e considerando a possibilidade de trazer para o campo da gestão de recursos humanos contribuições que permitam impulsionar novas práticas institucionais neste campo, optou-se por trazer, para essas reflexões, a área de Gestão de Pessoas, entendendo que essa abordagem pode estimular a adoção de novas formas de gestão de recursos humanos em saúde.

5.1 GESTÃO DE PESSOAS E AS POSSIBILIDADES DE CONTRIBUIÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE E PARA AS PRÁTICAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Recuperando Dal Poz⁶⁶, no que se refere ao desenvolvimento do potencial pessoal e profissional dos recursos humanos, buscou-se na área de Gestão de Pessoas uma das alternativas possíveis para a inovação do campo da gerência de recursos humanos em saúde.

Chiavenato¹³⁹, um dos autores clássicos da Administração, diz que a área de gestão de recursos humanos, em decorrência das mudanças no cenário do trabalho, está sendo substituída por “gestão de talentos humanos, gestão de parceiros, gestão de colaboradores, gestão do capital humano, administração do capital intelectual, gestão de pessoas e até gestão com pessoas” (p.6-7) — todas para denominar o novo espaço e configuração dessa área na perspectiva da nova administração pública. E em se tratando da área de recursos humanos ou de gestão de pessoas, esse termo pode assumir três significados diferentes, a saber: unidade operacional de prestação de serviços no *staff* da organização (departamentos, divisões); conjunto de práticas operativas do trabalho (quadro de recursos humanos) e os profissionais (médico, administrador, etc). Neste estudo, o termo será empregado no primeiro significado — o de um órgão ou serviço ligado ao *staff* da organização, com o atributo de gerir as pessoas inseridas nos serviços. Os demais, no nosso ponto de vista, referem-se à gerência de serviços e estão mais afetas ao campo de operacionalização dos serviços.

O termo Gestão de Pessoas entra na esfera da produção para mobilizar e utilizar melhor as pessoas em suas atividades laborais. As organizações, antes voltadas prioritariamente à satisfação do cliente, passam a investir nas pessoas que nela trabalham, entendendo que elas é que melhor podem criar, desenvolver e melhorar os produtos e serviços destinados aos clientes.

Para Chiavenato¹³⁹, o contexto da gestão das pessoas é formado por pessoas e organizações numa dependência mútua. Afirmo o autor que:

[...] as pessoas passam boa parte das suas vidas trabalhando dentro de organizações [...] estas dependem daquelas para poderem funcionar e alcançar sucesso [...] o trabalho toma considerável tempo das vidas e dos esforços das pessoas, que dele dependem para sua subsistência e sucesso pessoal. Separar o trabalho da existência das pessoas é muito difícil, senão quase impossível, diante da importância e do impacto que o trabalho nelas provoca [...] Crescer na vida e ser bem-sucedido quase sempre significa crescer dentro das organizações. De outro lado, as organizações dependem direta e irremediavelmente das pessoas para operar, produzir seus bens e serviços, atender seus clientes [...] atingir seus objetivos (p.5)

Lima e Teixeira¹⁴⁰ argumentam que hoje é consensual entre a maioria dos estudiosos que abordam o tema *mudança organizacional* que o contexto atual de incertezas e turbulências requer, cada vez mais e com maior intensidade, a adoção do planejamento estratégico como ferramenta adequada para o gerenciamento no agir das pessoas. Por estar centrado nas ações humanas, o direcionamento estratégico depende do quanto as pessoas estão ou não satisfeitas e do grau de resistência às mudanças que elas apresentam.

Estes autores argumentam que entre os fatores mais importantes para a consecução dos planos está a definição das diretrizes ou dos propósitos que se quer alcançar para concretizar os resultados advindos do binômio pensar-agir. E mesmo assim, o fato de uma organização ter um processo de planejamento estratégico tecnicamente implantado não significa que ele esteja sendo desenvolvido de fato, pois, se o fator humano não estiver envolvido e comprometido com o mesmo, o planejamento pode ser visto como ameaça e não como oportunidade para o desenvolvimento do trabalho. Desta forma, o pensar e agir estrategicamente requer um trabalho voltado às pessoas no interior da organização em processo de mudança.

Uma das alternativas para o desenvolvimento de um trabalho mais participativo e comprometido, segundo estes mesmos autores, é a estrutura de trabalho em rede, na qual as pessoas, independentemente do nível hierárquico, pensam, controlam e fazem suas atividades

de forma interativa por meio de estações de trabalho. A estrutura hierárquica representa dessa forma, apenas uma referência para os níveis decisórios das estações de trabalho.

Tais autores defendem o pressuposto de que a observação de dois elementos básicos presentes na gestão são suficientes para indicar a base conceitual que rege o trabalho de uma organização. São elas: o grau de preocupação com as atividades e o grau de importância atribuído às pessoas que trabalham na equipe e em toda a organização. Defendem a idéia de que a gestão de pessoas implica uma questão que extrapola os métodos de trabalho, que é a elaboração clara de uma forma de pensar em relação às coisas e às pessoas. Reafirmam os autores a importância da gestão participativa como elemento gerador de motivação e mobilização das pessoas.

Por sua vez, há de se considerar que os elementos motivação e mobilização das pessoas estão relacionados com outros aspectos do desenvolvimento do trabalho como a informação, a comunicação, a compreensão e a significação de determinadas informações que impulsionam ou não para a ação.

Chiavenato¹³⁹ define um conjunto integrado de seis processos dinâmicos e interativos que configuram a gestão de pessoas, a saber: **1)** processos de agregar pessoas com inclusão de novas pessoas no trabalho; **2)** processos de incentivar pessoas a desenhar as atividades que irão realizar na organização; **3)** processo de recompensar pessoas e incentivar e satisfazer suas necessidades individuais (remuneração, recompensa, benefícios e serviços sociais); **4)** processos de desenvolver pessoas e capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal; **5)** processos de manter pessoas e criar condições ambientais e psicológicas satisfatórias para o desenvolvimento das atividades; **6)** processos de monitorar pessoas com acompanhamento e avaliação das atividades, verificando resultados (sistema de informações gerenciais).

Vergara e Carpilovsky¹⁴¹ abordam outro aspecto da gestão de pessoas ao discorrerem sobre o ato criativo. Chamam a atenção para o papel das organizações como um espaço privilegiado, onde a criatividade pode ser estimulada e mobilizada para “o repensar” e “o reconstruir” o trabalho. Entretanto, para exercer livremente a criatividade, as pessoas necessitam sentirem-se confiantes *com e no* grupo em que atuam, haja vista que, se em determinada situação o grupo rejeita ou menospreza suas idéias de forma ostensiva, o indivíduo cria um bloqueio e passa a internalizar suas idéias e propostas, não as expondo e deixando de contribuir para os processos de mudanças. Da mesma forma, uma idéia criativa, por mais pertinente que seja ao trabalho, para resultar em mudança ou inovação, necessita

ultrapassar a manifestação individual e tornar-se uma preocupação ou proposta coletiva no contexto da organização.

Rivera Uribe¹⁴² defende que a valorização do trabalho em equipe passa primeiro pela valorização do lado humano do indivíduo mais do que o tecnológico e procedimental e a relevância dada, na gestão, às pessoas valoriza os princípios presentes no indivíduo, como a autonomia, a responsabilidade e a abertura da organização para o meio em que está inserida. Afirma o autor que a necessidade de gerir organizações profissionais, dentre elas, as da saúde, leva necessariamente a pensar a relação comunicação-negociação como elemento decisivo de um determinado modelo de gestão. Neste sentido, o entendimento da administração pública como arena de interesses variados de atores, em disputa por uma dada hegemonia, reforça ainda a idéia de aprimorar a comunicação interna como meio para a construção de pactos normativos capazes de coerir essas organizações.

Senge¹⁴³, além de valorizar todos os aspectos acima referidos, aponta que uma visão compartilhada, pode elevar a aspiração das pessoas e o trabalho torna-se parte do propósito maior de um interesse comum, incorporado na filosofia da organização. Para o autor,

O surgimento de visões verdadeiramente compartilhadas é um processo demorado. As visões compartilhadas evoluem como subproduto de interações de visões individuais. A experiência sugere que essas visões genuinamente compartilhadas exigem conversas constantes nas quais os indivíduos não só se sentem livres para expressar seus sonhos como também aprendem a ouvir os sonhos uns dos outros. Como resultado deste processo, surgem novos *insights* sobre o que é possível (p.245).

Mas, neste processo, continua Senge¹⁴³, uma condição *sine qua non* é a capacidade de escuta do gestor ou do gerente. E, segundo o autor, “ouvir é mais difícil do que falar, especialmente para gerentes de personalidade forte com idéias definidas sobre as necessidades da empresa” (p.244). Estas afirmações vão ao encontro do que aponta Rivera Uribe¹⁴⁴ sobre a importância da escuta ativa como um dos elementos importantes da comunicação na gestão compartilhada e participativa.

Motta¹³³ ressalta que, para que uma gestão seja compartilhada e participativa, necessita desenvolver um processo que seja: **1)** informativo — proporcione a toda a equipe o acesso à informação; **2)** reflexivo — compartilhe conhecimentos, problemas e propostas de enfrentamento; **3)** interativo — amplie o diálogo, o debate, a troca de informações e as diferenças entre os membros da equipe; **4)** sensível — valorize as necessidades e aspirações dos usuários e **5)** aplicável — mobilize a equipe para assumir responsabilidades e realizar

tarefas de sua escolha, porém, comprometidas com a melhoria da qualidade dos serviços. Diz o autor que os integrantes das equipes são sujeitos ativos no processo de trabalho e, portanto, devem assumir responsabilidades, buscar a satisfação dos usuários além de buscar a sua satisfação e auto-realização no trabalho, com liberdade de ação.

Senge¹⁴³ apresenta outro ponto sobre o aprendizado institucional na gestão compartilhada, que ele denomina de construção de modelos mentais pelas equipes, ou seja, de modelos criados ou construídos coletivamente a partir dos consensos e capazes de transformar os resultados do trabalho da organização. Para ele,

O trabalho com modelos mentais começa por virar o espelho para dentro; aprender a desenterrar nossas imagens internas do mundo, a levá-las à superfície e mantê-las sob rigorosa análise. Inclui também a capacidade de realizar conversas ricas em aprendizados, que equilibrem indagação e argumentação, em que as pessoas exponham de forma eficaz seus próprios pensamentos e estejam abertas à influência dos outros (p.43).

Ao tratar da “organização que aprende”, este mesmo autor ressalta o significado da aprendizagem, que só acontece quando a mesma é extremamente significativa ao indivíduo ou quando ela faz profundo sentido para ele a ponto de tocar-lhe a emoção e não apenas a razão. Argumenta ainda que o termo aprendizagem, no uso contemporâneo, perdeu seu real significado e tornou-o sinônimo de internalização de informações e afirma que a verdadeira aprendizagem é aquela que chega ao âmago das pessoas, dando novo significado às situações e traduz-se em mudança de mentalidade, em capacidade de transformação.

A nosso ver, muitas dessas premissas do campo da gestão de pessoas podem ser difundidas na gestão de recursos humanos em saúde. Neste sentido, a Saúde da Família ao propor a implementação do trabalho em equipe e compartilhado, pode apropriar-se desses aportes no sentido de orientar a construção de tais práticas coletivas. O trabalho em equipe só existe efetivamente se fizer parte de uma proposta de gestão dos serviços locais que seja participativa, pois implica em administrar conflitos e oportunizar a construção de propostas pactuadas por meio da criação de consensos. Por sua vez, ao se fortalecer o trabalho em equipe, abre-se uma oportunidade de reflexão crítica sobre o trabalho realizado individual e coletivamente.

No campo da saúde, existe a necessidade premente de se discutir, com mais profundidade e mais consistência, sobre as possibilidades de construção de processos estratégicos de gestão que corroborem as práticas de gestão participativa. Neste sentido, as

contribuições de Matus, Testa e Uribe Rivera para a saúde foram substantivas. O Planejamento Estratégico Situacional — PES^{145,146} desenvolvido por Matus, e o Pensamento Estratégico em Saúde, de Testa¹⁴⁷, inauguraram o debate sobre o planejamento estratégico em saúde. Uribe Rivera¹⁴⁸, por sua vez, traz para o planejamento em saúde importantes reflexões sobre a Ação Comunicativa de Habermas no Agir Comunicativo e Planejamento Social e suas possibilidades de aplicação como instrumento de fortalecimento dos processos de construção coletiva do trabalho. Assim sendo, não há como negar o papel precursor desses autores na qualificação dessas discussões no setor público de saúde. Entretanto, há de se reconhecer e reiterar que são raros os serviços de saúde que têm adotado alguma das ferramentas propostas por esses autores.

No campo da administração e gerência local dos serviços de saúde, de igual modo, pode-se citar uma importante iniciativa da OPAS de formação de gerentes locais para as unidades de saúde, que foi o Projeto GERUS¹⁴⁹. Este projeto foi realizado em vários serviços municipais visando à criação de uma cultura da produção da informação, da avaliação dos serviços e do planejamento estratégico como forma de priorizar as ações e a adequar os processos de trabalho em saúde, realizando, na prática, um processo de educação permanente de que, infelizmente, poucos dirigentes conseguiram se apropriar e dar-lhe continuidade.

Ainda sobre a temática da gestão de recursos humanos, Motta¹³³ e Malik et al.¹⁵⁰ têm incitado o debate sobre este tema numa provocação desafiadora aos serviços públicos de saúde. Motta¹³³ tem apresentado muitas contribuições acerca da flexibilidade, participação e liderança no contexto da inovação das organizações, com destaque para a importância da motivação e mobilização das pessoas em torno dos projetos institucionais de mudança. Malik et al.¹⁵⁰ trazem ao contexto da Gestão de Recursos Humanos uma análise problematizada sobre as especificidades da Administração no campo da saúde pública. Destacam situações que mostram desde a dificuldade em se definir o perfil de qualificação necessário e adequado aos diferentes tipos do trabalho em saúde até questões mais complexas, como a falta de definição de políticas e estratégias de desenvolvimento de recursos humanos no âmbito local, considerando o cliente final ao qual se destinam as ações e os serviços propriamente ditos.

Ambos os autores têm apontado para a importância da definição dos desempenhos dos profissionais e das equipes de saúde como forma de se promover a avaliação de desempenho com vistas à melhoria da qualidade dos serviços e como fator de estímulo ao desenvolvimento de um trabalho mais comprometido com as necessidades de saúde dos usuários do SUS.

Por sua vez, Dutra¹⁵¹, numa análise sobre o tema, refere que uma das tendências no campo da gestão de recursos humanos, a da Administração de Carreiras, é um novo referencial para a gestão de pessoas nas organizações. Para o autor, os sistemas centrados no trabalho estão muito vinculados aos cargos e à estrutura organizacional e induzem à idéia de que o cargo é mais importante do que as pessoas e devem ser valorizados pelo que representam no nível hierárquico da estrutura. Assim, a pessoa é valorizada na organização em função do cargo que ocupa. Os sistemas centrados nas pessoas propõem exatamente o contrário, ou seja, que as pessoas sejam mais valorizadas do que os cargos nas organizações. O quadro abaixo, elaborado pelo autor, sintetiza as diferenças entre ambos.

QUADRO 5.1 – Análise de Sistemas de Diferenciação Centrados no Trabalho e na Pessoa.

	SISTEMAS CENTRADOS NO TRABALHO	SISTEMAS CENTRADOS NA PESSOA
VANTAGENS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Facilidade de comparação com o mercado (a maioria usa sistemas centrados no trabalho). ▶ Facilidade de aplicação. ▶ Transmitem com mais facilidade a idéia de equidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Flexibilidade. ▶ Estimula o envolvimento das pessoas com seu desenvolvimento. ▶ Reforço da participação das pessoas.
DESvantagens	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estimula a burocratização. ▶ Especifica implicitamente o que não fazer. ▶ Reforça a estrutura hierárquica. ▶ Despersonaliza as pessoas. ▶ O foco da comparação salarial é mais interno do que externo à empresa. ▶ Desestimula a mudança organizacional. ▶ Encoraja a constante valorização relativa dos cargos e/ou posições. ▶ Estimula a desonestidade – as pessoas inflacionam as descrições de cargos. ▶ Inflaciona os custos salariais. ▶ Não estimula o desenvolvimento das habilidades pessoais. ▶ Torna as promoções excessivamente importantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tendência de salários mais altos. ▶ Dificuldades de comparação com o mercado. ▶ Administração de pessoas com habilidades múltiplas. ▶ Dificuldade de administrar habilidades obsoletas. ▶ Estímulo à instabilidade ocupacional.

FONTE: Elaborado por Joel Souza Dutra, 1996, p.74.

Esses autores permitem vislumbrar uma gama de possibilidades que permitem a superação dos tradicionais modelos de gestão de pessoas, tendo como pano de fundo, a gestão dos serviços a partir de iniciativas desenvolvidas *com* as pessoas que atuam nos serviços.

Existem outras perspectivas que vêm crescendo na nova administração pública, entre elas, a da gestão por competência ou competências essenciais. Segundo Guimarães¹⁵², esta abordagem da gestão baseada em competências é um dos temas recorrentes da administração pública, que se encontra vinculada ao processo mais amplo da reforma do Estado nos países. O autor aponta que um dos grandes desafios colocados para a nova administração pública é o de como transformar estruturas burocráticas, hierarquizadas e que tendem a um processo de insulamento em organizações flexíveis e empreendedoras.

Do nosso ponto de vista, há confluência de análise entre os vários autores em relação às críticas sobre a predominância de uma administração pública que oscila entre as práticas tayloristas ou neotayloristas e a burocrática. Conseqüentemente, estas práticas, ainda fortemente presentes nos serviços de saúde, dificultam a produção de resultados mais efetivos e duradouros no âmbito das instituições públicas. Todos estes autores apresentam pistas estratégicas que podem contribuir para qualificar a gestão em saúde, em especial, a gestão de pessoas, e podem contribuir para o aprendizado institucional na perspectiva da mudança do perfil administrativo e gerencial das instituições públicas. Entretanto, esse conjunto de proposições e suas reflexões subjacentes ainda estão insuficientemente inseridas na agenda dos gestores da mesma forma que as experiências exitosas neste campo estão pouco difundidas no país. O fato é que são bastante tímidas as iniciativas inovadoras em torno da nova administração pública e da gestão de pessoas.

5.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO

Nos anos mais recentes, tem-se observado um debate mais concentrado nas discussões voltadas à produção dos serviços, mais especificamente nas direcionadas ao processo de trabalho em saúde, nas quais as contribuições de Campos⁵¹ e Merhy et al.¹⁵³ têm sido pertinentes. Estes autores têm trazido ao debate reflexões que integram os aspectos referentes às formas de gestão e aspectos que valorizam a subjetividade tanto dos sujeitos que executam o cuidado em saúde como daqueles que participam do recebimento do cuidado, na perspectiva da integralidade da atenção.

Para Campos⁵¹, as técnicas de gestão na área da saúde estão pouco desenvolvidas e ainda sob a influência da prática médica liberal, com acentuado processo de especialização, e não pressupõem a mudança. Ao contrário, pressupõem a preservação do modelo assistencial existente e da administração conservadora. Nesta perspectiva, o autor propõe o Método Paidéia, que aponta para uma reformulação da gestão do trabalho e da reorientação das práticas em saúde a partir dos sujeitos — sujeito trabalhador, sujeito usuário, sujeito equipe de saúde, num movimento espiral de transformações das práticas profissionais e institucionais a partir das bases locais.

Merhy¹⁵³ corrobora tais análises e reafirma o papel que o modelo liberal-privatista tem exercido na postura dos trabalhadores de saúde, que é liderada pelo estilo médico-centrado e que vê o usuário de uma maneira impessoal e até mesmo descompromissada. Para o autor, é preciso buscar novos modos de fabricar modelos de atenção a partir do enfrentamento de algumas tensões como a da lógica da produção centrada em procedimentos; a visão estreita do cuidado como sendo um conjunto de procedimentos desvinculados da cura ou da promoção da saúde e da lógica restrita às competências específicas dos profissionais no intuito de prestar um cuidado integral ao usuário. Para que isso ocorra, no entanto, as dinâmicas gerenciais precisam ser construídas a partir do interior dos serviços locais.

Ambos os autores mostram a importância dos processos gerenciais serem construídos a partir do espaço micro de produção do cuidado ou das ações de saúde e ressaltam, de igual forma, o envolvimento e a participação dos diferentes sujeitos nesta construção.

Dussalt e Souza¹⁵⁴, por sua vez, ressaltam que os serviços de saúde não são um fim em si mesmo e que ninguém consome serviços de saúde pelo puro prazer de consumi-los. Ao contrário, eles existem como resposta a certas necessidades sentidas pelos indivíduos e pela sociedade e a importância que os serviços assumem é decorrência do valor socialmente atribuído à manutenção e à recuperação da saúde. Da mesma forma, os profissionais de saúde têm consciência das suas singularidades, uma vez que foram capacitados durante longos períodos e com altos custos para a sociedade e possuem informações que não estão nem ao alcance dos gerentes tampouco dos usuários dos serviços que se encontram, desse modo, em situação de dependência destes profissionais.

Para os autores, portanto, as organizações necessitam desenvolver mecanismos para fazer valer seu papel social. Ressalta que a prática de gestão de recursos humanos não é uma prática neutra. Ela reflete, sim, os valores e a busca de objetivos de acordo com determinados valores. A gestão de pessoal, desta forma,

engloba todas as ações realizadas para o estabelecimento de condições que favoreçam o alcance dos objetivos definidos [...] ela consiste em transformar os recursos disponíveis em serviços que respondam efetiva e eficientemente às necessidades dos indivíduos e das populações dentro de um contexto em permanente evolução¹⁵⁴(p.2).

O que se observa é que, de várias formas e com linguagens específicas, os autores das diferentes áreas apontam para o fato de que o cenário atual já não comporta mais as práticas verticalizadas e burocrático-normativas capitaneando a organização e a gestão do trabalho em saúde. Seus argumentos valorizam a participação do sujeito, das pessoas que atuam nas organizações ou nos serviços de saúde na construção e implementação dos processos de mudanças, sem perder a direcionalidade do processo para a efetivação da missão institucional.

A nova administração pública aponta para o modelo participativo de gestão, pautado em relações democráticas e centrados nas pessoas como o caminho a ser trilhado para a mobilização dos recursos humanos em torno das situações de mudança. Neste sentido, consideramos que o contexto da saúde está sempre em construção e o próprio SUS é um desafio que nos move pela necessidade de mudanças. Da mesma forma, a Atenção Básica e a Saúde da Família e suas práticas organizacionais são recentes nos cenários dos serviços.

Desta forma, existe muito a ser feito. É incompatível que os gestores e gerentes (coordenadores, autoridades locais, por exemplo) aspirem uma relação entre suas equipes de saúde e usuários que seja democrática, horizontal, com acolhimento, formação de vínculo, com a visão do usuário como sujeito do processo, entre outros, se o conjunto dos trabalhadores que atuam nas equipes não se sentirem valorizados, partícipes e mobilizados em torno de um projeto compartilhado e que tenha significado para eles. Continuar secundarizando a participação dos profissionais significa continuar relevando a necessidade de mudanças nas práticas e na organização do trabalho em saúde, reproduzindo atitudes mecânicas, despersonalizadas e desumanizadas de saúde.

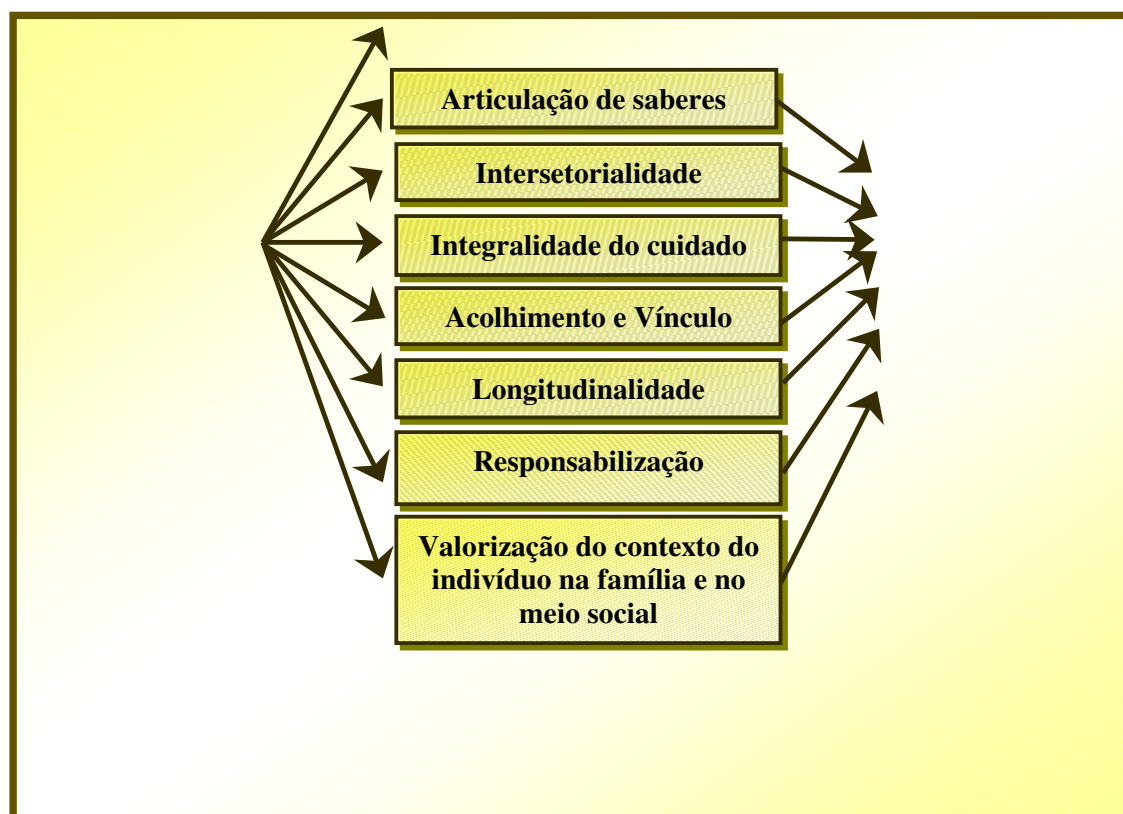
Por sua vez, é preciso compreender que gestão participativa não é sinônimo de *cada um faz o que quer e como quer* e que gestão participativa não é sinônimo de *assembleísmo*. Da mesma forma, é fundamental não perder de vista a responsabilidade ou a missão institucional dos serviços e, conseqüentemente do seu corpo de profissionais, que é o de prestar cuidados à população.

Neste sentido, os processos de planejamento estratégico participativos, para serem efetivos, precisam de definições de tempo, de ações, de metas, de recursos e principalmente de definição de responsabilidades entre os componentes da equipe. De igual forma, precisam de monitoramento e avaliação, pois nenhuma prática muda da noite para o dia e nenhum processo de mudança está isento de retroceder e voltar à estaca zero. As mudanças, quanto mais complexas, mais precisam de mecanismos de sustentação para que as inovações não se percam e não se enfraqueçam.

Assim sendo, a Saúde da Família, ao chamar principalmente para si a responsabilidade sobre a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas profissionais em saúde, deixa evidente a necessidade de mudanças das práticas institucionais de gestão voltadas à viabilização das mudanças que se pretendem imprimir em direção ao novo, às novas formas de se produzir o trabalho em saúde.

Na figura abaixo, buscou-se ilustrar os atributos definidos para as práticas em Saúde da Família — as que se deseja alcançar nas relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, e os quesitos necessários para uma gestão administrativa que fortaleça tais atributos.

FIGURA 5.1 □ Os desafios atuais do trabalho das equipes de Saúde da Família e as ferramentas de gestão para a mudança.



Neste sentido, uma das reflexões presentes nestas discussões e que se agrega ao conjunto de ferramentas voltadas à inovação da gestão da saúde é a da Educação Permanente em Saúde (EPS). Segundo Haddad et al.¹⁵⁵, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) vem se debruçando sobre este tema desde final dos anos 80 porque, em que pese as reformas setoriais de muitos países, a meta de Saúde para Todos no ano 2000 e os pressupostos trazidos pela Atenção Primária à Saúde, esses acontecimentos não se traduziram em melhores resultados para as práticas em saúde uma vez que os estilos de gestão ainda vigentes, na prática, consideram tanto os pacientes como os profissionais que atuam nos serviços de saúde meros objetos e não sujeitos dos processos.

Quintana Brito et al.¹⁵⁶ afirma que projeto de Educação Permanente para o melhoramento da qualidade do trabalho em saúde é um projeto institucional que,

[...] supone cambios en la cultura institucional y el estilo de gestión, pero también es en todos los casos un proyecto grupal, de los equipos de salud. Es un trabajo de grupo de análisis estratégico de la situación institucional, la problematización de la misión (revisión o reencuentro), la construcción de la imagen objetivo de calidad y el momento esencial del proceso: la definición de los problemas de calidad sobre los que se va a intervenir (p.54).

Para Ribeiro e Motta¹⁵⁷, a educação permanente em saúde se situa no contexto em que ocorre uma virada no pensamento da educação profissional e o processo de trabalho volta a ser valorizado como espaço privilegiado de aprendizagem. Para os autores,

A educação permanente em saúde (EPS) tem como objeto de transformação o processo de trabalho orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. (p.7).

Quintana Brito et al.¹⁵⁶, apontam claramente que a nova gestão de recursos humanos deve ser entendida como um projeto educativo de transformação do trabalho. Afirmam que,

En un proceso de educación permanente la construcción de un nuevo tipo de gestión del personal supone de partida que se otorga jerarquía técnica y política a la cuestión de los recursos humanos en el desarrollo de los servicios de salud. Es una manifestación de la llamada “decisión política” que a menudo se reclama como condición para los cambios. Pero es necesario señalar con claridad que no se reclama aquí un “cambio desde arriba”. Se plantea, por el contrario, la importancia de tener la participación de todos los niveles (incluidos los niveles de decisión) de la institución para llevar adelante un proceso que en esencia se realiza “en la base”: por los actores productores en las situaciones cotidianas de entrega del servicio. No

podria ser de outra maneira quando se trabalha com situaçoes (y perspectivas) tan trascendentes y complejas como retomar la misi3n del servicio de salud y reconstruir el contrato de trabajo (p.56).

Para Rovere¹⁵⁸, a educaç3o permanente no espaço dos serviços de saúde é uma ferramenta de grande potencial de intervenç3o para produzir mudanç3as nos processos de trabalhos e é importante precisar seus contornos em funç3o das concepç3es e enfoques administrativos e organizacionais vigentes. Segundo o autor,

En una especie de síntesis operativa ya hemos definido a la Educación Permanente en Salud como “ la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población” [...] la Educación Permanente en Salud, en tanto herramienta para la investigación y el (auto)análisis del trabajo, en tanto instrumento de problematización, en tanto mecanismo para elaborar conflictos, en tanto propuesta de búsqueda e incorporación crítica de nuevas tecnologías y de nuevos procedimientos, es decir, de nuevas formas de hacer las cosas, puede constituir-se en una de las principales estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud (p.83).

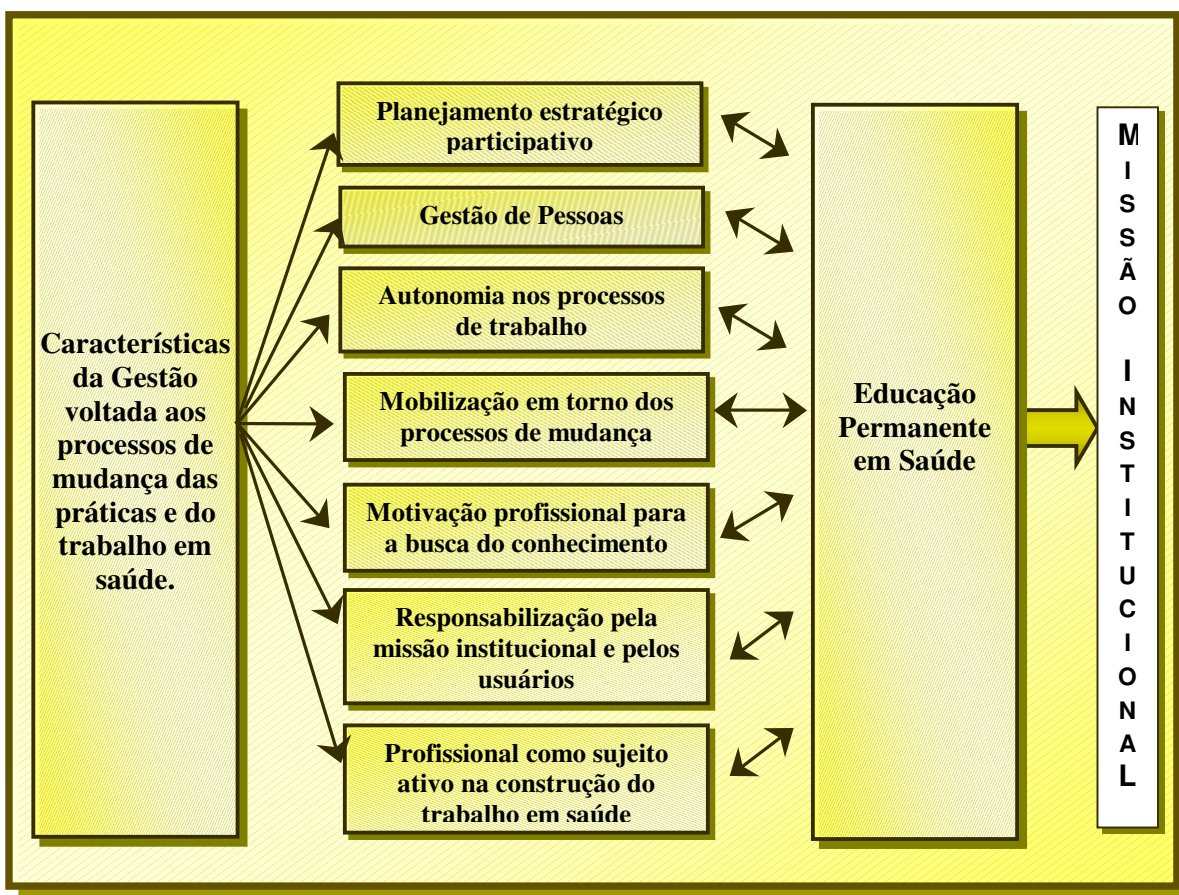
O autor, neste contexto, argumenta sobre o fato de que o controle do processo de trabalho torna-se um problema para a Educaç3o Permanente em Saúde uma vez que tem muito a ver com o pensamento administrativo predominante e com as concepç3es de poder nas quais se sustenta. Ao conceber a EPS como uma aç3o técnico-política de alta eficácia, reafirma o autor, seu êxito depende da existênci3a de uma política institucional ampla e que a inclua como ferramenta de gestão pois “si concebimos a la Educación Permanente como una herramienta, esta debe estar inserta en una propuesta de cambio que una fuerza social concreta lleva adelante, con un adecuado cálculo de sus posibilidades y del campo de fuerzas en la cual esta intervenci3n se inserta” (p.88).

Do nosso ponto de vista, portanto, Rovere¹⁵⁹ reitera esta quest3o deixando clara a potencialidade da EPS como uma ferramenta que pode trazer muitas contribuiç3es à Gest3o de Pessoas e, assim como os demais instrumentos de gestão, só poderá ser otimizada e explorada em sua potencialidade se fizer parte da agenda política do gestor. Se houver vontade política e opç3o pela gestão participativa e democrática, o desafio de mobilizar técnica, política e institucionalmente as pessoas em torno de um projeto coletivo de mudanç3a das práticas e do trabalho em saúde estará iniciando em bases mais sólidas, porém não menos difíceis.

Neste sentido, o Ministério da Saúde abre uma perspectiva para a disseminação deste conjunto de reflexões ao trazer para o cenário nacional a proposta da Educação Permanente em Saúde¹⁶⁰ como mecanismo de fortalecimento da gestão e do trabalho no SUS. O fato de entrar para a agenda nacional da política de saúde, propicia a disseminação da proposta como alternativa para novas práticas institucionais que, se assumida efetivamente pelos gestores, com certeza provocará impacto nas formas de gestão dos serviços.

Concordando com a análise dos autores anteriormente citados e complementando as idéias que geraram a figura anterior, apresentamos os atributos da gestão participativa e democrática e que culminam com a inclusão da educação permanente em saúde como ferramenta de gestão da mudança das práticas profissionais e das práticas institucionais em saúde visando ao cumprimento da missão institucional dos serviços.

FIGURA 5.2 — Características da gestão participativa, seus atributos e relação com a Educação Permanente em Saúde para o cumprimento da Missão Institucional.



Os resultados esperados da gestão compartilhada, do planejamento estratégico e participativo e da gestão de recursos humanos em saúde voltada às pessoas culminam em

última instância, na prestação dos cuidados de saúde propriamente ditos. O ato de prestar o cuidado ou do momento de realizar as ações de saúde onde cada profissional está diante do usuário desenvolvendo determinada ação de saúde, é o ponto relevante deste processo, é o alvo que se quer atingir. É no momento do cuidado em si que o profissional necessita dispor de seus conhecimentos, habilidades, atitudes e competências para tecer o trabalho em saúde e é neste momento que a EPS se traduz em um novo *modus operandi* de realizar a prática e assim, responder à missão institucional à qual o profissional e o serviço estão vinculados.

**6 RESULTADOS DA PESQUISA:
EXPRESSÕES DE UM COTIDIANO
EM CONSTRUÇÃO**



Este capítulo trata dos resultados da pesquisa e está estruturado com base na análise dos dados e informações obtidas a partir dos questionários respondidos pelos profissionais que participaram da pesquisa. Ao longo do texto, foram incorporados alguns trechos extraídos das entrevistas realizadas com alguns dirigentes institucionais da SMS e dos profissionais das equipes no sentido de complementar ou ilustrar as informações acerca do contexto local e retratar, da forma mais completa possível, o produto do estudo.

6.1 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

No momento da coleta dos dados Curitiba tinha 45 Unidades Saúde da Família (USF) com 127 equipes implantadas e distribuídas entre elas. Destas, uma USF com três equipes foi excluída do estudo pelos seguintes motivos: estava recém inaugurada, os profissionais eram recém-formados e eram recém-contratados. Desta forma, fizeram parte do universo pesquisado 44 USF e 124 equipes de Saúde da Família sendo que a maioria das USF tem três equipes atuando no território.

Como foi citado no capítulo dois, as 44 USF foram visitadas pela pesquisadora no momento da entrega dos questionários, procedimento que permitiu, além de conhecer pessoalmente as Autoridades Sanitárias Locais (ASL) e muitos profissionais das equipes, fazer a apresentação da pesquisa e, na medida do possível, coletar a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Cabe ressaltar que o momento da entrega dos questionários foi dezembro de 2005 e por esta razão houve perdas decorrentes do período de férias dos profissionais e também em função da SMS ter recém concluído um processo de remoção interna dos profissionais que resultou na recomposição de várias equipes. Mesmo assim e considerando tais percalços, pode-se considerar que, além da receptividade das ASL e dos profissionais das USF, houve um retorno satisfatório dos questionários, principalmente por se tratar de um instrumento extenso e minucioso de descrição da rotina de trabalho dos mesmos.

Os resultados da pesquisa serão apresentados de duas maneiras: informações referentes à situação dos médicos e à dos enfermeiros juntos (quando as informações assim o permitirem) e informações específicas do cotidiano de cada profissional.

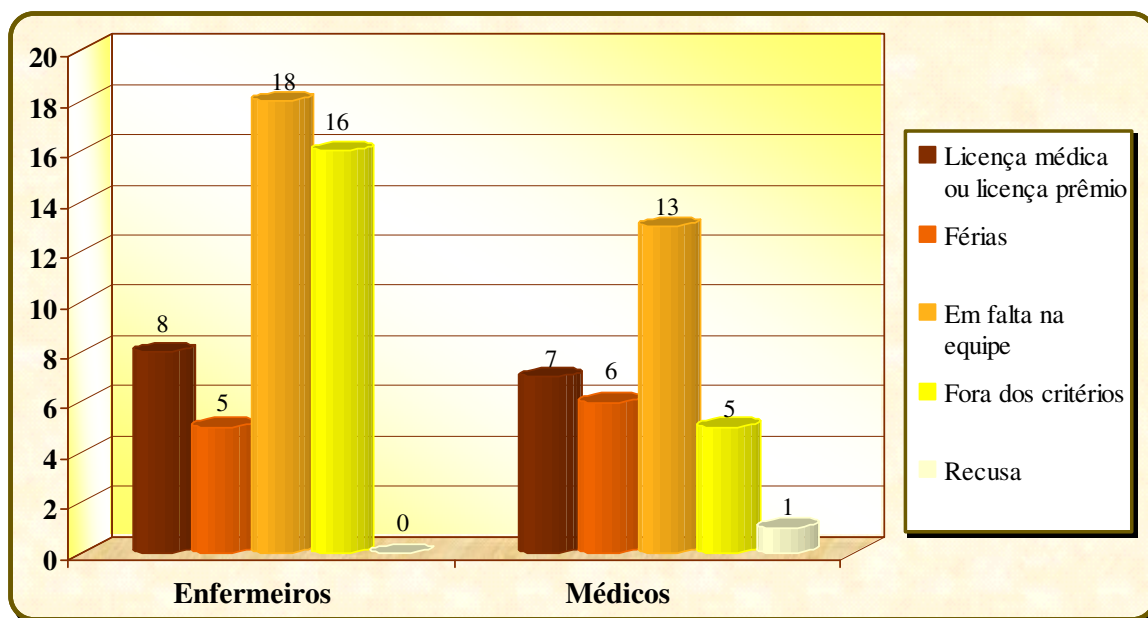
No momento da entrega dos questionários, em relação aos **médicos**, dos 124 que deveriam compor as equipes de Saúde da Família, foram encontrados 92 e a esses o instrumento de pesquisa foi entregue diretamente pela pesquisadora ou por intermédio da

ASL. Dos 92 questionários distribuídos, houve retorno de 52, o que representa um índice de 56,5%. Um dos questionários foi retirado da análise por não atender a um dos critérios estabelecidos (tempo de atuação em Saúde da Família), restando, no cômputo final, 51 questionários com um **índice de retorno de 55,4%**.

No que se refere aos **enfermeiros**, a situação não foi diferente. Dos 124 previstos foram encontrados 77 e, da mesma forma, o instrumento foi entregue a eles, sem nenhuma perda. Houve retorno de 56 questionários com um **índice de retorno de 72,7%**.

A figura abaixo retrata a situação encontrada naquele momento.

FIGURA 6.1 — Situação encontrada no momento da entrega dos questionários aos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família no município de Curitiba, 2005.



Como pode-se observar, o motivo maior de ausência dos profissionais na USF no momento da pesquisa foi a falta de médicos (10%) e de enfermeiros (14%) nas equipes. Este dado já demonstra de pronto, algumas das dificuldades da estratégia Saúde da Família - a fixação dos profissionais nas equipes e nos municípios e a dificuldade de atrair os profissionais para este trabalho.

Segundo o estudo de avaliação normativa realizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde¹²⁵, concluído em 2002, no Paraná, em 6,1% das equipes

existentes no Estado havia falta do médico e em 6,8%, falta do enfermeiro. Os dados encontrados em Curitiba representam o dobro da situação do Estado naquele período.

6.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS: QUEM SÃO OS MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O perfil dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família de Curitiba caracteriza-se, de modo geral, por profissionais do gênero feminino, com idade entre os 40 e 50 anos, em situação de união estável e com até dois filhos, conforme demonstram as tabelas abaixo.

TABELA 6.1 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por gênero, no município de Curitiba. 2006.

GÊNERO	MÉDICOS		ENFERMEIROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	28	55,0	2	3,6	30	28,0
Feminino	22	43,0	54	96,4	76	71,1
Em branco	1	2,0	–	–	1	0,9
TOTAL	51	100,0	56	100,0	107	100,0

No entanto, ao analisar as duas profissões separadamente, observa-se que na categoria dos médicos, o gênero masculino apresenta um percentual muito semelhante ao estudo realizado por Machado et al¹⁶¹, no qual a distribuição dos médicos por sexo no Brasil era de 56% para o masculino e 44% para o feminino.

No que se refere aos enfermeiros, 96,4% são do gênero feminino. E estes dados estão em consonância com o perfil encontrado no Brasil que é de 90,9% reafirmando a característica predominantemente feminina da profissão.

Em relação à faixa etária, predomina a de 40 a 50 anos em ambas as categorias. O índice de médicos com idade até 40 anos é de 37,2%, valor abaixo do encontrado no estudo de Machado et al¹⁶¹ que é de 57,7%. Com idade acima de 60 anos, o percentual foi de 2%, pouco abaixo do perfil nacional que é de 3,2%.

Em relação aos enfermeiros com idade até 40 anos, o índice é de 39,3%, bem abaixo do Brasil que é de 77,8% e em relação à idade acima de 60 anos, o resultado é praticamente igual (0,8%), conforme mostra a tabela abaixo.

TABELA 6.2 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por faixa etária no município de Curitiba, 2006.

FAIXA ETÁRIA	MÉDICOS		ENFERMEIROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
De 20 até 30	7	13,7	5	8,9	12	11,2
De 30 até 40	12	23,5	17	30,4	29	27,1
De 40 até 50	17	33,3	28	50,0	45	42,1
De 50 até 60	13	25,5	6	10,7	19	17,8
Mais de 60	1	2,0	-	-	1	0,9
Em branco	1	2,0	-	-	1	0,9
TOTAL	51	100,0	56	100,0	107	100,0

Esses dados demonstram que no caso de Curitiba, a Saúde da Família conta com um corpo de profissionais maduro, não pendendo para a os recém-formados, tampouco para os profissionais muito próximos de se afastarem por motivo de aposentadoria, o que, do nosso ponto de vista, mostra que a Saúde da Família tem um bom potencial de desenvolvimento no município.

Os dados abaixo foram pesquisados com o objetivo de, além de conhecer o perfil tradicional deste grupo de profissionais, verificar possíveis fatores que possam contribuir para a fixação ou não fixação dos profissionais no município, como, por exemplo, o fato de terem famílias constituídas e filhos, o que permite supor compromissos que requerem maior estabilidade.

Em relação à situação civil, observa-se que em ambas as categorias predomina a união estável, sendo que o índice encontrado para os médicos é bem maior do que o dos enfermeiros. Por sua vez, os enfermeiros apresentam índices mais elevados nas condições de solteiro, divorciado/separado e viúvo.

TABELA 6.3 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por situação civil, no município de Curitiba, 2006.

SITUAÇÃO CIVIL	MÉDICOS		ENFERMEIROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Solteiro	5	8,8	20	35,7	25	23,4
União estável	39	76,5	22	39,3	61	57,0
Divorciado/separado	6	11,7	13	23,2	19	17,8
Viúvo	-	-	1	1,8	1	0,9
Em branco	1	2,0	-	-	1	0,9
TOTAL	51	100,0	56	100,0	107	100,0

No que se refere ao número de filhos, os médicos têm mais filhos, sendo que 58,8% têm de dois a quatro filhos. E entre os enfermeiros verifica-se que predomina os que não têm filhos com um índice de 37,5%.

TABELA 6.4 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por número de filhos, no município de Curitiba, 2006.

NÚMERO DE FILHOS	MÉDICOS		ENFERMEIROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum	13	25,5	21	37,5	34	31,8
Um	7	13,7	14	25,0	21	19,6
Dois	16	31,4	15	26,8	31	29,0
Três ou quatro	14	27,4	6	10,7	20	18,7
Em branco	1	2,0	-	-	1	0,9
TOTAL	51	100,0	56	100,0	107	100,0

6.3 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em relação à trajetória profissional, observou-se que predomina entre os médicos, os formados há mais de 20 anos e entre os enfermeiros, os formados de 10 a 15 anos. Com menos de 5 anos estão 15,7% dos médicos e 21,4% dos enfermeiros. Os médicos fizeram seus cursos em universidades federais, predominantemente na Universidade Federal do Paraná. Os enfermeiros, ao contrário, fizeram universidades privadas, com destaque para a Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Em relação à pós-graduação lato senso, em ambas as categorias, são menores os índices dos que fizeram cursos de residência e predominam os que fizeram cursos de especialização em Saúde da Família, conforme demonstram as tabelas abaixo.

TABELA 6.5 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por tempo de formado, no município de Curitiba. 2006.

TEMPO DE FORMADO	MÉDICOS		ENFERMEIROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
De 1 até 3 anos	5	9,8	5	8,9	10	9,4
De 3 até 5 anos	3	5,9	7	12,5	10	9,4
De 5 até 10 anos	10	19,6	9	16,0	19	17,7
De 10 até 15 anos	5	9,8	16	28,6	21	19,6
De 15 até 20 anos	9	17,6	8	14,3	17	15,9
Mais de 20 anos	18	35,3	11	19,7	29	27,1
Em branco	1	2,0	-	-	1	0,9
TOTAL	51	100,0	56	100,0	107	100,0

Para comparar estes resultados com os encontrados no estudo nacional de Machado et al¹⁶¹, dividiu-se o tempo de formado entre os que têm mais de 15 e os que têm menos de 15 anos de formados. Entre os médicos, predominam ligeiramente os formados há mais de 15 anos (52,9%), situação diferente da encontrada no perfil do Brasil em que predomina o grupo com menos de 15 anos de formados, com 66,4%.

Já entre os enfermeiros os resultados são mais semelhantes entre si, predominando os profissionais formados há menos de 15 anos, ainda que os percentuais encontrados em Curitiba sejam bem menores, ou seja, 66% e, no Brasil, 80,9%.

Estes dados permitem evidenciar que a Saúde da Família em Curitiba parece constituir-se uma opção mais efetiva de trabalho para os profissionais com mais tempo de formados, haja vista a concentração dos médicos e enfermeiros (principalmente dos médicos) com tempo de formação acima de 15 anos. Pode-se supor como possíveis razões os maiores salários que interessam aos profissionais em final de carreira (salário + incentivos); a maior segurança em lidar com as práticas assistenciais generalistas; o maior tempo de inserção na rede básica; o perfil de formação na graduação que não é voltado para a Atenção Básica e/ou para a Saúde da Família, entre outros.

Ao trabalhar as categorias “gênero” e “tempo de formado” com a finalidade de verificar esta relação no ingresso dos novos profissionais na Saúde da Família, observou-se que em relação aos médicos formados há menos de 15 anos (23), dez são do gênero feminino e destes, cinco se formaram há menos de 5 anos. Entre os treze do gênero masculino, apenas três se formaram há menos de cinco anos. Ou seja, os dados não são expressivos e não permitem afirmar que esteja ocorrendo um ingresso predominante do gênero feminino na profissão médica.

Na enfermagem, nesta mesma perspectiva, a participação do gênero masculino é ínfima e nos dois casos, nenhum é formado há menos de cinco anos, o que reitera a feminilização da profissão.

TABELA 6.6 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, segundo instituição formadora, Curitiba. 2006.

TIPO DE UNIVERSIDADE	MÉDICOS		ENFERMEIROS	
	n	%	n	%
Privada	19	37,2	39	69,6
Pública	31	60,8	17	30,4
Em branco	1	2,0	-	-
TOTAL	51	100,0	56	100,0

Esta tabela mostra que as universidades públicas e privadas têm participação completamente oposta no processo de formação dos médicos e enfermeiros entre si. Na formação dos enfermeiros, predomina nitidamente a participação das universidades privadas e na dos médicos, a das universidades públicas. Cerca de 70% dos enfermeiros inseridos nas equipes de Saúde da Família são egressos de instituições particulares, sendo a mais referida a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC PR).

Na categoria médica, a maioria dos profissionais fez o curso de graduação em instituições públicas, com um índice de 60,8%. Estes dados corroboram o estudo realizado por Machado et al.¹⁶¹ no se refere apenas aos profissionais médicos em Saúde da Família, que são formados, em sua maioria, em universidades públicas. Já com os enfermeiros ocorre o oposto: no perfil do Brasil, os enfermeiros formados em instituições públicas são os que predominam com 70,7%, ou seja, o contrário do observado em Curitiba.

De acordo com Ferraz et al.¹⁶², no Brasil, observa-se um crescimento vertiginoso da oferta de cursos de enfermagem nas instituições de ensino privado. Entre os anos de 1995 a 2003, os cursos passaram de 108 para 334, o que registra um crescimento de 209,3% e, apenas nos últimos quatro anos do período estudado, o aumento dos cursos implantados foi de 181. E esse aumento se deu, quase que exclusivamente, por meio das instituições privadas de ensino.

Em relação aos cursos de medicina, segundo Pierantoni et al.¹⁶³, no mesmo período citado acima, o número de cursos passou de 85 para 125, ou seja, um crescimento de 47% e, ainda assim, o setor público é o que mantém o maior número de cursos no país.

Em se tratando apenas dos profissionais que fizeram seus cursos nas instituições públicas, observa-se que tanto os médicos quanto os enfermeiros o fizeram em universidades federais, predominantemente na Universidade Federal do Paraná, conforme demonstram as figuras abaixo.

FIGURA 6.2 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, formados em instituição pública, segundo esfera administrativa das Instituições de Ensino. Curitiba, 2006.

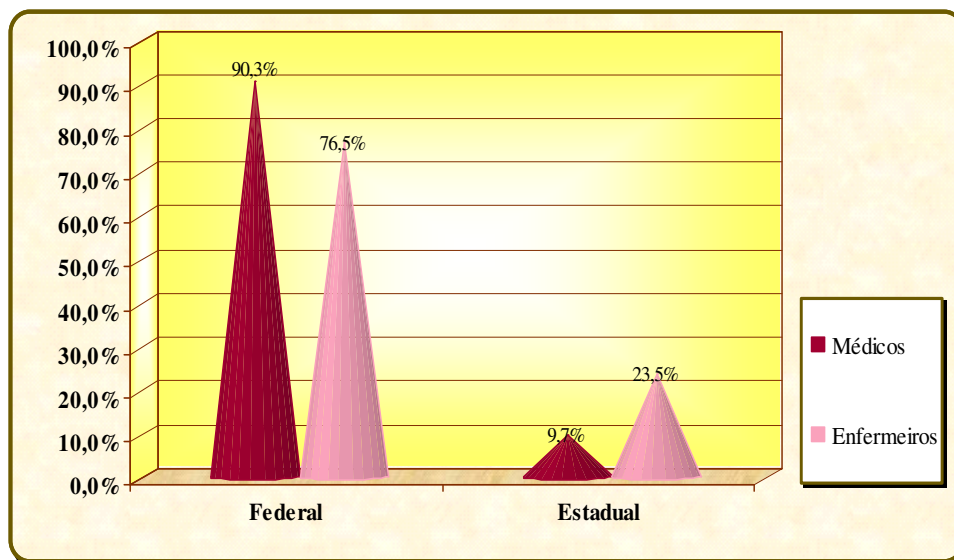
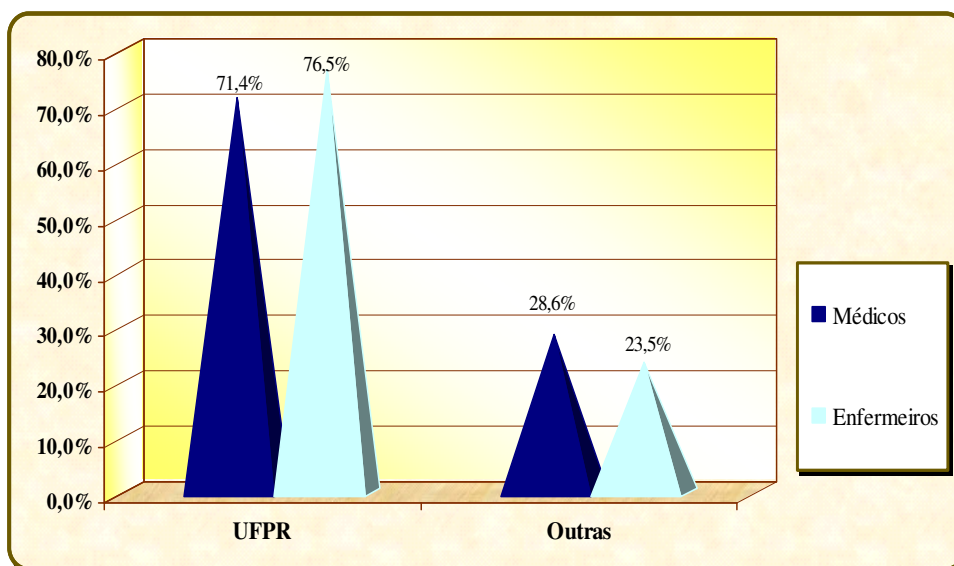


FIGURA 6.3 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, formados em instituição federal. 2006



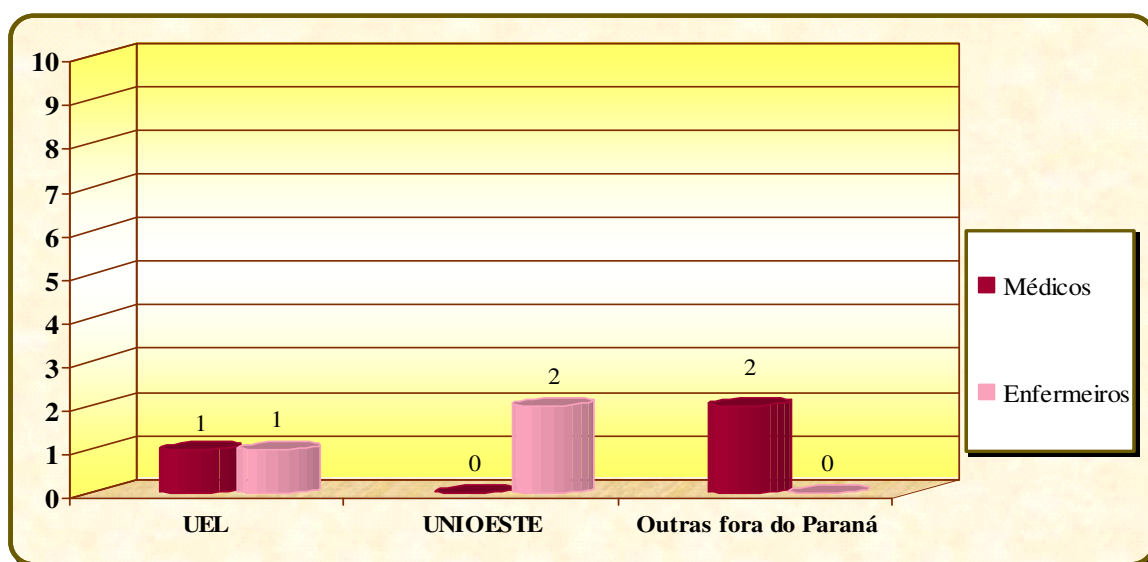
Dos oito médicos que frequentaram outras universidades federais que não a do Paraná, cinco referem ser egressos de universidades do Rio Grande do Sul sendo três da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; um da Federal de Pelotas; um da Federal de Santa Maria e os outros três são egressos das Universidades Federais de Manaus (1), de Minas

Gerais (1) e do Mato Grosso do Sul (1). Na categoria enfermeiros, apenas um é egresso de outras federais, no caso, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Por sua vez, ainda no que se refere à formação em nível de graduação, observa-se que, em Curitiba, é inexpressiva a participação das universidades estaduais, em especial as universidades estaduais do próprio Paraná. Observa-se que dos 107 profissionais pesquisados, somente 4 (3,7%) são egressos das universidades estaduais paranaenses. O Estado do Paraná tem três universidades que ofertam o curso de medicina: a Universidade Estadual de Londrina (UEL), de Maringá (UEM) e a do Oeste do Paraná (UNIOESTE), localizada em Cascavel e cinco que ofertam o curso de enfermagem sendo as três citadas anteriormente, a Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e a do Centro-Oeste do Paraná (UNICENTRO), em Guarapuava.

Entre os médicos, apenas um formou-se na UEL e entre os enfermeiros, apenas três formaram-se em universidades estaduais do Paraná, sendo que um formou-se na UEL (Londrina) e dois na UNIOESTE (Cascavel).

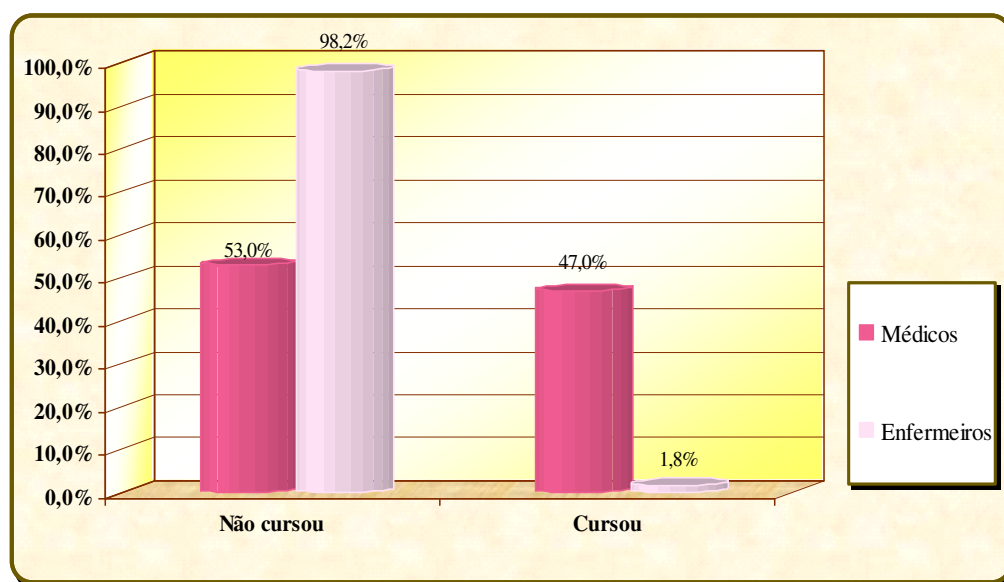
FIGURA 6.4 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, formados em instituição pública estadual. Curitiba, 2006.



Em relação à formação em pós-graduação, constata-se que a maioria dos profissionais não fez curso de Residência. Em relação aos profissionais médicos, o índice dos médicos com Residência na Saúde da Família em Curitiba é de 47% e está acima do encontrado no estudo de Machado et al¹⁶¹ que é de 37,4%. Quanto aos enfermeiros, esta

modalidade de curso parece não fazer parte do processo de formação, haja vista o elevado índice dos profissionais que referem não tê-la feito, conforme mostra a figura a seguir.

FIGURA 6.5 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, segundo formação em Curso de Residência. Curitiba, 2006.



Entre os 24 médicos com Residência, os profissionais procuraram mais as seguintes especialidades:

- ▶ 11 fizeram Residência em Pediatria;
- ▶ 5 em Ginecologia e Obstetrícia;
- ▶ 4 em Saúde da Família;
- ▶ 1 em Medicina Geral e Comunitária;
- ▶ 1 em Medicina Preventiva e Social;
- ▶ 1 em Cardiologia, e
- ▶ 1 em Anatomia Patológica.

Esses dados mostram que a Residência em Pediatria foi a opção mais procurada pelos médicos, em Curitiba. Entre os médicos que fizeram tal Residência, nove têm idade acima de 40 anos e dez têm mais de 10 anos de formados, o que nos permite afirmar que não é uma das opções atuais de formação dos médicos que ingressam na Saúde da Família.

Em relação ao estudo nacional, no caso da Residência em Pediatria os dados estão em sintonia, mas nos demais difere. No estudo nacional, a Residência em Medicina Geral e

Comunitária aparece como a segunda mais procurada e a em Ginecologia e Obstetrícia como terceira. Em Curitiba a Residência em GO aparece como segunda e a Saúde da Família como terceira sendo que no estudo nacional esta última aparece como a sexta Residência mais cursada pelos médicos.

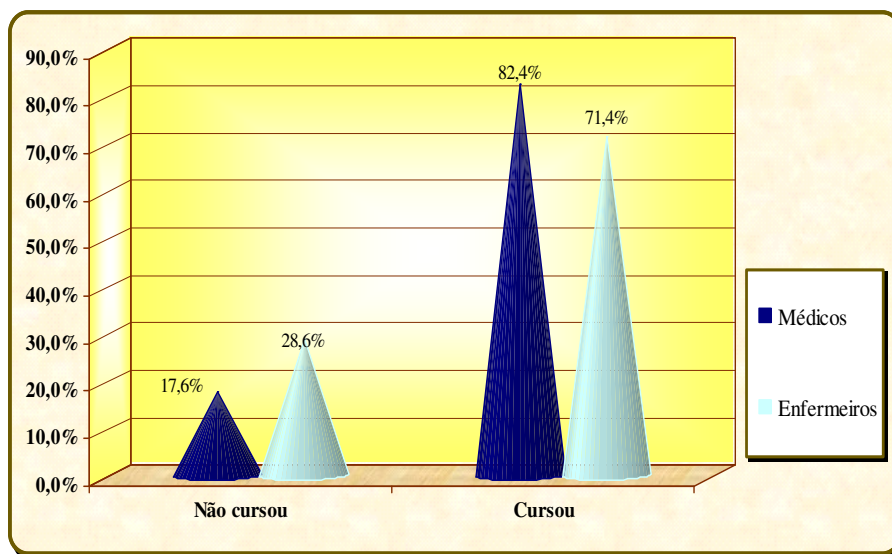
Ao pesquisar onde os médicos fizeram seus Cursos de Residência, verifica-se que houve equilíbrio entre as instituições públicas e privadas, sendo que:

- ▶ 13 médicos (54,2%) referiram ter feito a residência em universidades públicas, sendo que: 6 fizeram na UFPR; 2 na USP; 1 na UERJ, e 1 na UEL.
- ▶ 11 médicos (45,8%) informaram ter feito o curso em instituições privadas, sendo: seis na Faculdade Evangélica do Paraná/Hospital Evangélico; um na PUC - PR; um no Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná, e três apenas assinalaram ser em universidades privadas.

Quanto ao tempo decorrido desde a conclusão do último Curso de Residência, os médicos referiram o seguinte: 14 concluíram há mais de dez anos (58,4%); 8 (33,3%) há menos de cinco anos e 2 (8,3%) de cinco a dez anos.

Quando se pesquisou a participação dos médicos e enfermeiros em Cursos de Especialização, o resultado foi exatamente o oposto, sendo que a maioria dos profissionais de ambas as categorias referiram ter feito cursos de Especialização.

FIGURA 6.6 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, segundo formação em Curso de Especialização. Curitiba, 2006.



Em relação aos enfermeiros, a situação encontrada entre os 40 profissionais que fizeram especialização foi a seguinte:

- ▶ **23 (41,1%) fizeram apenas um curso de especialização;**
 - ▶ **14 (25%) fizeram dois cursos de especialização;**
 - ▶ **2 (3,6%) fizeram três ou mais cursos, e**
 - ▶ **1 estava fazendo o curso no momento da pesquisa.**
- Deste total, 17 (44%) fizeram o Curso de Especialização em Saúde da Família no período de 2002 e 2003.**

No que se refere aos médicos, dos 42 (82,4%) que afirmam ter feito especialização, a Saúde da Família é a área que predomina entre as citadas (81%). Entre as especializações concluídas ou em andamento, configura-se a seguinte situação:

QUADRO 6.1 — Cursos ou áreas de Especialização citadas pelos médicos das equipes de Saúde da Família de Curitiba. 2006.

CURSOS / ÁREAS DE ESPECIALIZAÇÃO	Nº PROFISSIONAIS
SAÚDE DA FAMÍLIA	34
▪ PROFAM	27
▪ Saúde da Família	7
SAÚDE COLETIVA	11
▪ Ênfase Saúde da Família	3
▪ Ênfase na Gerência	2
▪ Saúde Pública/Saúde Coletiva	4
▪ Medicina Preventiva/Comunitária	2
MEDICINA DO TRABALHO	9
MEDICINA ALTERNATIVA	6
▪ Homeopatia	5
▪ Acupuntura	1
SAÚDE MENTAL	3
MEDICINA ESTÉTICA	2
MEDICINA DESPORTIVA	1
EDUCAÇÃO E SAÚDE	1
DIDÁTICA DO ENSINO SUPERIOR	1
PEDIATRIA	1
ADOLESCÊNCIA	1
DERMATOLOGIA	1
INFECTOLOGIA	1

Ressalta-se que os profissionais médicos, de modo geral, têm majoritariamente especialização na sua área de atuação - Saúde da Família e Saúde Coletiva respectivamente.

Em relação à Saúde da Família é importante registrar que o curso PROFAM — Programa de Formação em Medicina Familiar e Atenção Primária à Saúde¹⁶⁴ — bastante citado pelos médicos, foi um curso de cerca de dois anos de duração, ofertado no período de 2001-2002 pela Secretaria Municipal de Saúde, em convênio com a Faculdade Evangélica do Paraná e o Hospital Italiano de Buenos Aires, a todos os médicos inseridos na Saúde da Família. Este curso apresenta em sua proposta os objetivos de capacitar os médicos para o manejo dos problemas de saúde mais habituais na prática ambulatorial, fortalecer a formação clínica do médico generalista e do médico de família e promover o desenvolvimento da Medicina Familiar na Atenção Primária à Saúde*.

Três médicos citaram ter pós-graduação *stricto sensu*, sendo dois com Mestrado nas áreas de Sociologia e Saúde Pública e um com Doutorado na área de Bioética; um médico refere ter feito um curso de especialização internacional na área de Imunologia.

Desta forma, sobre os Cursos de Residência e de Especialização na área médica, foram encontradas as seguintes situações:

1ª) MÉDICOS QUE NÃO FIZERAM RESIDÊNCIA E NÃO FIZERAM ESPECIALIZAÇÃO: 7,8%

Total = 4 sendo que destes, 3 estão formados há menos de três anos e 1 há mais de 15 anos.

2ª) MÉDICOS QUE SÓ FIZERAM RESIDÊNCIA: 9,8%

Total = 5 sendo que 1 está formado há mais de 15 anos e fez mais de uma Residência; 2 estão formados há menos de 5 anos (um com Residência em Saúde da Família e um e um Pediatria) e 1 está formado há mais de 10 anos (Residência em Medicina Geral e Comunitária) e 1 não informou.

* Segundo informações do Centro de Educação em Saúde da SMS de Curitiba, a SMS optou pelo fortalecimento das práticas generalistas no PSF e, com o objetivo de promover a conversão dos profissionais médicos pediatras e gineco-obstetras em generalistas, uma das alternativas adotadas foi a de capacitar os médicos para tais práticas. Em 2001 ofertou aos médicos interessados no PSF 113 vagas para o curso do PROFAM – curso de especialização de longa duração, com carga horária de 700 horas, cujo processo e dinâmica de formação foi estruturado por meio de discussões clínicas, aulas teórico-práticas e vivências. Esta foi uma política institucional de desenvolvimento de recursos humanos para a implementação da Saúde da Família. Dos 113 que iniciaram o curso, 95 o concluíram, porém nem todos continuam atuando na rede. Atualmente todos os médicos inseridos nas equipes de Saúde da Família atuam como clínicos gerais ou generalistas.

3ª) MÉDICOS QUE SÓ FIZERAM ESPECIALIZAÇÃO: 45,1%

Total = 23 sendo que 15 fizeram uma especialização; 3 fizeram duas especializações; 4 fizeram três (inclusive um está cursando Doutorado em Bioética); 1 fez quatro cursos de especialização; 11 têm mais de 15 anos de formados; 10 têm de 5 até 10 anos de formados e 2 têm menos de 5 anos.

4ª) MÉDICOS QUE FIZERAM RESIDÊNCIA E FIZERAM ESPECIALIZAÇÃO: 37,3%

Total = 19 sendo que destes, 1 além da Residência, possui Mestrado em Sociologia e mais quatro cursos de especialização; 5 possuem além da Residência mais três cursos de especialização; 1 fez além da residência, duas especializações; 1 tem duas residências e três especializações; 1 tem duas residências e duas especializações; 10 têm uma residência e uma especialização; 17 têm mais de 15 anos de formado; 1 tem de 5 até 10 anos de formado e 1 tem menos de 3 anos de formado.

Esses dados nos mostram que os médicos que compõem as equipes de Saúde da Família de Curitiba qualificaram-se ao longo das suas respectivas trajetórias profissionais, principalmente por meio dos cursos de especialização ou da combinação de residências e especializações. Ao se comparar os dados encontrados no município de Curitiba com os do estudo de Machado et al¹⁶¹ para os cursos de especialização, verifica-se que o índice encontrado no município estudado, no caso dos médicos, é superior ao do perfil do Brasil sendo, em Curitiba, de 45,1% e no Brasil, de 39,5%.

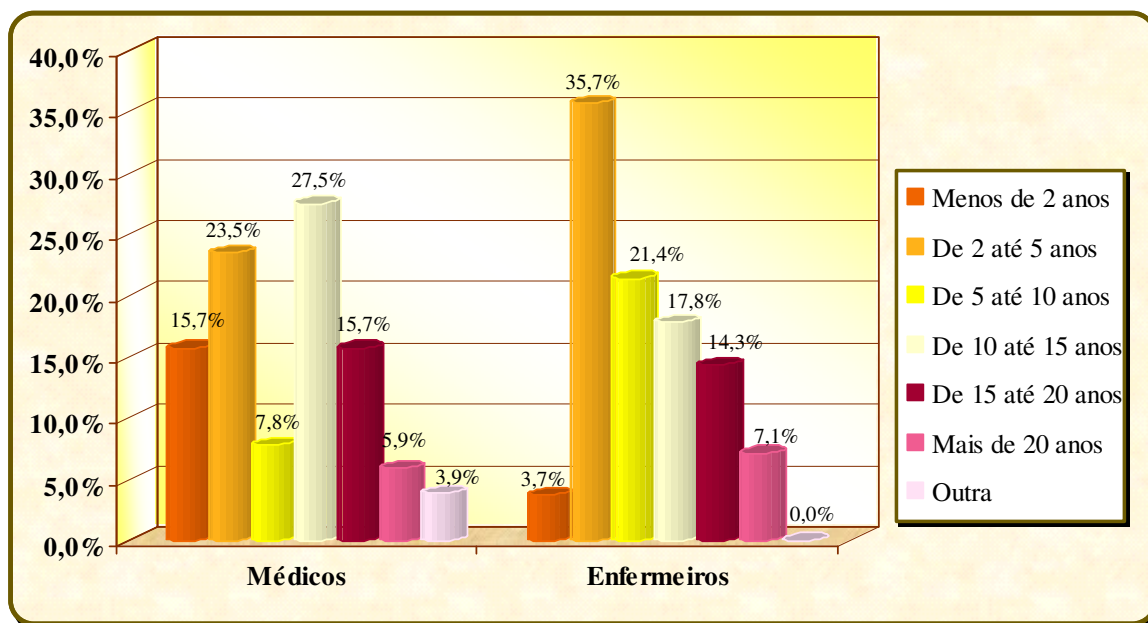
No caso dos enfermeiros, a situação também difere entre ambos os estudos uma vez que em Curitiba o percentual dos enfermeiros com especialização é de 71,4% enquanto no Brasil é de 35,5%.

Sobre este aspecto, do nosso ponto de vista, a procura pela qualificação é um fator positivo, pois demonstra uma postura ativa dos profissionais na busca de conhecimentos e, pelo encontrado no estudo, uma busca direcionada para a área de atuação dos mesmos. Pode-se inferir, portanto, que se trata de um grupo de profissionais atento ao seu processo de formação e que procura investir em sua qualificação profissional.

Em relação ao tempo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde verifica-se que cerca de 40% dos profissionais trabalham na instituição há menos de cinco anos (39,4% dos enfermeiros e 39,2% dos médicos) ou seja, podem ser considerados profissionais novos no contexto institucional.

A figura abaixo apresenta a distribuição dos profissionais por tempo de trabalho na SMS.

FIGURA 6.7 — Distribuição dos médicos (n= 51) e enfermeiros (n=56) das equipes de Saúde da Família, por tempo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. 2006.

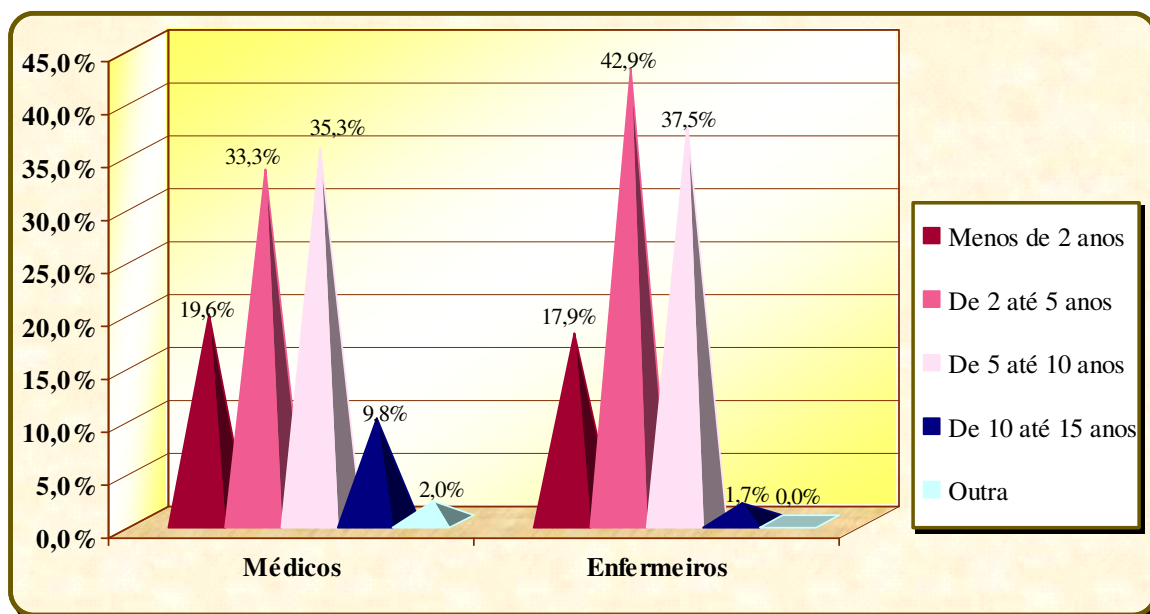


Ao verificar a distribuição dos profissionais, observa-se que entre os médicos, o maior índice de tempo de trabalho está no período compreendido de 10 até 15 anos (27,5%) e, entre os enfermeiros, o de dois até cinco anos (35,7%) demonstrando que os enfermeiros apresentam o maior contingente de profissionais com menos tempo na instituição. Com mais de quinze anos de trabalho na SMS, estão 21,6% dos médicos e 21,4% dos enfermeiros. Ao final, com menos de 15 anos estão 74,5% dos médicos e 78,6% dos enfermeiros e, portanto, em ambas as categorias, há uma perspectiva de trajetória profissional ainda longa.

Sobre a inserção dos médicos e enfermeiros na Saúde da Família do município de Curitiba, 57% do total dos profissionais atuam há menos de cinco anos e destes, quase 20% há menos de dois anos. Em relação aos médicos, a distribuição está praticamente equilibrada entre os profissionais com menos de cinco anos (52,9%) e os com mais de cinco anos (49,1%). Situação diferente é a encontrada entre os enfermeiros dos quais 60,8% têm menos de cinco anos de inserção na Saúde da Família de Curitiba, conforme demonstra a figura abaixo. Sendo assim, pode-se deduzir a partir desses dados, que a fixação dos enfermeiros nas

equipes ou é menor do que a dos médicos ou que a incorporação do enfermeiro é mais recente no município.

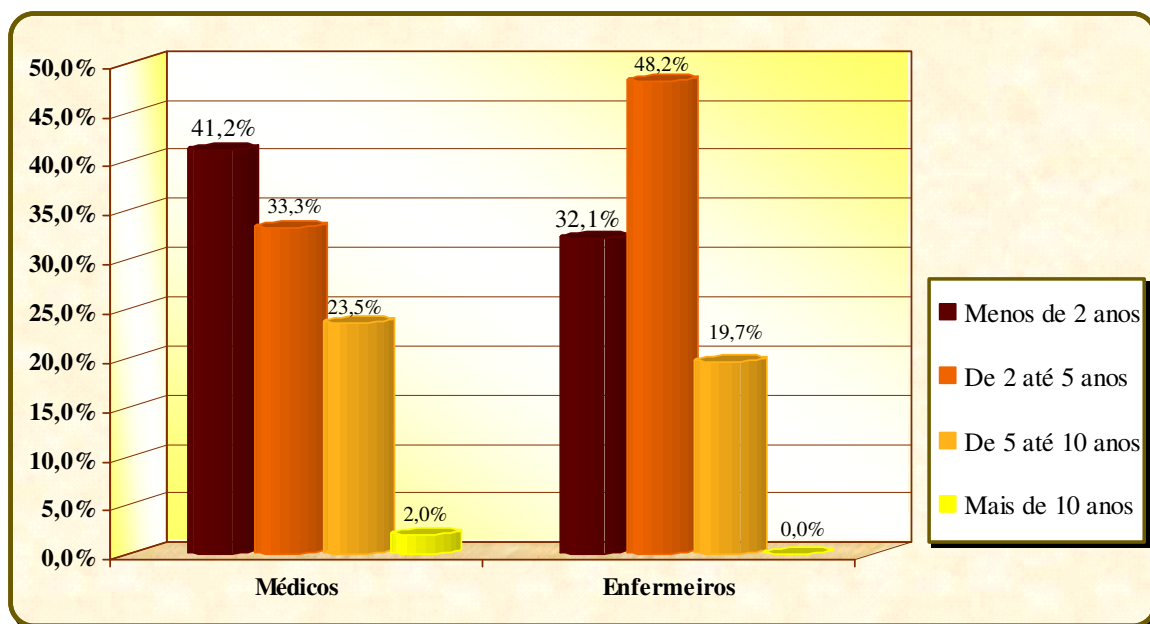
FIGURA 6.8 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por tempo de trabalho na Saúde da Família no município de Curitiba. 2006.



Em relação ao tempo de trabalho na atual equipe em que estão inseridos, tanto os médicos (58,8%) como os enfermeiros (67,9%) estão inseridos em suas equipes há mais de dois anos. Os médicos são os que afirmam ter menos tempo de inserção nas suas equipes, sendo que 41,2% têm menos de dois anos.

Entre os enfermeiros predominam os inseridos de dois até cinco anos, mas também é significativo o percentual dos enfermeiros com menos de dois anos de inserção nas equipes (32,1%), conforme ilustra a figura a seguir.

FIGURA 6.9 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, por tempo de serviço na atual equipe de Saúde da Família. 2006.



Ainda em relação ao trabalho em Saúde da Família, verifica-se que entre os médicos, 70,6% nunca trabalharam em outros municípios e dos 29,4% que já trabalharam com a Saúde da Família em outros municípios, 15,6% o fizeram por um período de três a seis anos.

Em relação aos enfermeiros, os resultados são semelhantes, sendo que 67,8% informam que nunca trabalharam em outro lugar e dos 26,8% que afirmaram ter trabalhado em outro município, 12,5% trabalharam por um período de três a seis anos.

Sobre suas respectivas situações contratuais, todos (100%) os profissionais informam ter contrato de 40 horas semanais. Sobre seus vínculos empregatícios, 90,0% dos médicos e 85% dos enfermeiros foram contratados por concurso público e com vínculo de regime estatutário. Entre os que não se enquadram nessa situação estão 10% dos médicos e 15% dos enfermeiros.*

* São profissionais contratados pelas universidades privadas para atuarem nas USF dos Distritos Sanitários que servem de campo de estágio para os seus respectivos alunos, como é o caso da Faculdade Evangélica do Paraná e da Universidade Católica do Paraná que mantêm algumas Unidades de Saúde em parceria com o município e contratam alguns profissionais para trabalharem nas equipes de Saúde da Família conforme o modelo da SMS. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba adotou o mesmo critério de divisão das regiões geográficas para as instituições de ensino de modo que cada uma delas fica responsável por atuar em um distrito sanitário. Desta forma, cada universidade desenvolve suas atividades de ensino junto com as equipes da SMS de um determinado Distrito Sanitário, sem superposição de instituições e alunos ocupando as mesmas Unidades de Saúde.

Por sua vez, a maioria dos profissionais informa que ingressou na Saúde da Família por meio de processo seletivo interno (80,4% dos médicos e de 82,1% dos enfermeiros) e uma minoria por processo de remoção ou transferência interna (19,6% dos médicos e 17,9% dos enfermeiros)

Em princípio, causou estranheza a proporção dos profissionais concursados e estatutários devido aos estudos que demonstram a precarização do trabalho na Saúde da Família. No entanto, sobre esse processo, algumas informações obtidas por meio das entrevistas realizadas com informantes-chave da Secretaria Municipal de Saúde deixaram claro que a opção adotada pelo município para a expansão da Saúde da Família foi a de expandir as equipes mais gradualmente, mas buscando formas de garantir uma maior efetividade nas ações de saúde, conforme ilustra o depoimento abaixo:

Para trabalhar no PSF em Curitiba os profissionais primeiro entram na rede através de concurso público, como qualquer outro profissional: fazem as provas, são avaliados e entram para o quadro de servidores. Depois, já enquanto funcionários, eles fazem outro concurso para entrar no PSF, de acordo com a expansão do programa e com os lugares onde abrem vagas. Por exemplo: vai abrir uma Unidade de Saúde da Família com novas equipes. Abre-se um processo seletivo interno, com provas e com análise de currículo, tudo igual como se fosse um concurso. Quem tiver interesse se inscreve e faz o concurso interno. Se ele for aprovado, então entra no programa e passa a receber as gratificações previstas, mas ele já sabe de antemão que vai trabalhar 40 horas, em tal unidade e que vai desempenhar determinadas funções. Depois que ele entra, ele passa por um período probatório e se ele atingir as notas previstas, então ele permanece na equipe. Caso contrário, ele volta para a atenção básica normal. (Dirigente 1)

Este ponto, particularmente, nos chamou a atenção sobre os procedimentos adotados pelo município para enfrentar não somente a Lei de Responsabilidade Fiscal, mas também os problemas referentes ao perfil profissional para o trabalho na Saúde da Família e a alta rotatividade dos profissionais. Sobre essa questão, outros esclarecimentos ajudam a compreender o contexto local.

Os profissionais da Saúde da Família são da nossa própria rede, são profissionais concursados. Então, quando nós começamos e até hoje é assim, primeiro a gente busca as pessoas que já estão na rede até para poder estimulá-las [...] e tem bastante gente com um perfil muito bom pra trabalhar com as famílias [...] e que têm um envolvimento muito grande com as questões da comunidade. Quando abre uma nova unidade de saúde que pode ser mais próxima de onde eles moram ou ter acesso mais facilitado, em primeiro lugar a gente oferece as vagas para os profissionais que já estão na rede e só depois é que a gente abre para aquelas pessoas que estão vindo de outros concursos, mas a nossa primeira opção é por aqueles que já estão conosco [...] talvez por isso nós tenhamos um perfil diferenciado de outros municípios que estão contratando profissionais por outras

entidades e por outros mecanismos, nos quais você contrata direto do mercado de trabalho e muitas vezes são profissionais recém-formados ou as pessoas que já tiveram sua vida profissional, estão perto da aposentadoria e querem outra oportunidade. Nós já fizemos uma opção diferente que é pegar os profissionais que já fizeram concurso público e que estão na rede e querem trabalhar no programa. (Dirigente 2)

Outro depoimento informa que:

Para entrar no PSF primeiro o profissional passa primeiro pelo concurso público propriamente dito: edital aberto, ter mais de 18 anos, ser graduado, enfim, tudo o que se pede num concurso público [...] o profissional entra como estatutário na SMS e depois é que entra para o PSF. Tem três formas de entrar para o PSF e todas elas têm que passar primeiro pelo concurso público. Todos os profissionais da Saúde da Família são hoje estatutários [...] Existe uma cláusula do edital do processo seletivo interno que permite que o profissional entre no PSF direto se não tiver ninguém no banco de espera. Por exemplo, abre uma vaga para médico e não tem médico que queira ir para o PSF, então pode assumir a vaga um médico recém contratado. Do mesmo jeito para enfermeira. Se não tem enfermeira que queira ir para o local que vai ter o PSF, entra uma recém concursada, sem passar pelo processo seletivo interno. Mas o normal é fazer o processo seletivo pra entrar na Saúde da Família. A segunda forma é passar por uma avaliação interna com uma prova teórica e análise curricular. Se atingir a nota, fica no banco de espera e à medida que as unidades vão abrindo vaga, estes profissionais vão sendo chamados por ordem de classificação. A terceira forma de entrar para a Saúde da Família é se o profissional já é uma Autoridade Sanitária Local por mais de 30 meses e não quer ser mais. Ele pode se colocar à disposição para o PSF e depois de ser avaliado, ele pode ser ou não transferido para o PSF. (Dirigente 3)

Sobre este ponto específico, é interessante destacar que a opção do Município de Curitiba em relação à contratação dos profissionais é bastante positiva no sentido de preservar o ingresso dos profissionais mediante concurso público e priorizar, para o trabalho na estratégia Saúde da Família, aqueles profissionais já inseridos no serviço mediante processo seletivo interno.

De acordo com o estudo realizado por Escorel et al.¹²⁷, dentro das experimentações de diversos modelos de contratação dos profissionais na Saúde da Família que vão desde a utilização de alternativas mais informais e precárias de contratação até as formas de vinculação dos profissionais que buscam preservar o regime estatutário e os direitos trabalhistas garantidos. Entre os municípios analisados, as autoras citam os municípios de Campinas, Camaragibe, Palmas, Vitória e Aracaju como aqueles que procuram preservar os profissionais de nível superior que já estão inseridos nos quadros das secretarias de saúde.

Por sua vez, dados do Ministério da Saúde¹²⁵ demonstram que essa não é uma realidade predominante no país, haja vista que somente 12,2% dos médicos e 15,2% dos

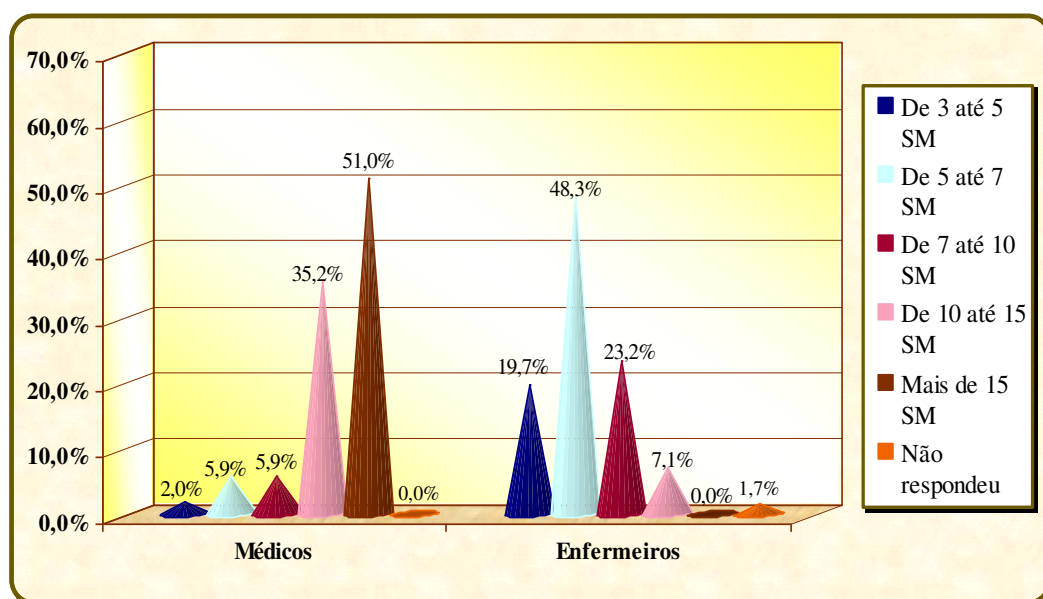
enfermeiros das equipes de Saúde da Família são estatutários, predominando, em ambas as categorias, os contratos temporários e de prestação de serviços. Isso posto, pode-se afirmar que os profissionais médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Curitiba estão entre uma minoria de profissionais concursados e mantidos pelo regime estatutário.

Ainda no que se refere ao processo seletivo, mesmo com todas as medidas que a SMS vem adotando para o ingresso no PSF, um dos depoimentos dos profissionais participantes do estudo mostra uma preocupação quanto à preservação do perfil de ingresso dos profissionais nas equipes visando à garantia dos pressupostos da proposta:

O processo seletivo atual para o PSF não segue os mesmos critérios daquele no qual eu participei há 10 anos. Hoje, alguns profissionais chegam ao PSF sem perfil nenhum dentro dessa estratégia, o que acaba dificultando sobremaneira a atuação daquelas equipes que já vivenciam sua filosofia e prática comunitária. Muitos são indicados por maneiras indiretas, sem análise prévia de suas experiências e tendências, apenas movidos pela questão salarial e política. Nesse “processo vertical”, as equipes não podem opinar ou não são consultadas sobre o perfil profissional dos futuros colegas de trabalho. Isso tudo é uma lástima! (E 50)

Em que pese os salários dos profissionais que atuam na Saúde da Família ser diferenciados em relação aos dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde convencionais, o estudo revelou que existe uma diferença importante entre os salários dos médicos e dos enfermeiros, conforme demonstra a figura a seguir:

FIGURA 6.10 — Distribuição dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, de acordo com o salário bruto atual. 2006.



Neste aspecto, enquanto 68% dos enfermeiros recebem menos de sete salários mínimos, 86,2% dos médicos recebem dez ou mais e, destes, mais da metade dos médicos informa receber quinze ou mais salários mínimos sendo que nenhum dos enfermeiros entrevistados aponta este nível salarial.

Mesmo considerando as diferenças salariais existentes entre ambas as categorias e que já são conhecidas no contexto nacional, essa questão suscitou várias manifestações dos profissionais, inclusive dos próprios médicos, mas predominando as dos enfermeiros. Para exemplificar, selecionamos algumas citações que representam as demais.

O salário das enfermeiras do PSF em Curitiba é muito diferente do salário dos médicos e dos odontólogos. Por quê? (E 4)

Será que já não é hora da Secretaria de Saúde rever o salário das enfermeiras? (E 9)

Penso que a remuneração dos profissionais de nível superior (enfermeiros, médicos e dentistas) deveriam ser iguais. (E 44)

Salário mesmo seria o item 1, mas as gratificações é que aumentam e vai para o 4 ou 5. (M 7)

O salário básico é baixo, acrescentam-se muitas gratificações que não incidem no 13º e/ou na aposentadoria (M 34)

Curitiba precisa rever “urgente” o trabalho dos enfermeiros - carga horária X volume de trabalho X salário. (E 6)

Buscando esclarecer esta questão nas entrevistas com os dirigentes da instituição, viu-se que em relação à questão salarial, o salário de ingresso dos profissionais no município corresponde à carga horária contratual, sendo que tanto os médicos como os odontólogos são contratados por 20 horas semanais e os enfermeiros por 40 horas. Para cada categoria, portanto, incide um valor de salário fixo. Os benefícios que incidem sobre o salário de ambos ocorrem de modos diferentes, ou seja, os médicos e odontólogos, quando optam pela dedicação integral, podem dobrar sua carga horária e desta forma dobram seus respectivos salário e, além disso, recebem outras gratificações para o trabalho junto à Saúde da Família, entre eles, 80% de acréscimo sobre o salário.

No caso dos enfermeiros, por serem contratados por 40 horas semanais e, conseqüentemente não poderem dobrar a jornada de trabalho, também não dobram o salário e recebem apenas os demais benefícios previstos para o trabalho em Saúde da Família sendo que o acréscimo para eles é menor, é de 60% sobre o salário.

Pelo que se obteve de informações nas entrevistas junto aos dirigentes, o município vem procurando formas de melhorar a questão salarial dos profissionais por meio de diferentes mecanismos, entre eles, o de avaliação de desempenho e o incentivos ao PSF. Os depoimentos a seguir detalham essas informações.

No Plano de Cargos, Carreiras e Salários, o salário do enfermeiro é maior do que o salário dos médicos e dos odontólogos e quando estes últimos vão para o PSF, eles duplicam o valor porque dobram a carga horária e aí o salário fica maior do que o do enfermeiro. No incentivo do PSF há um adicional de 80% do salário para os médicos e para os odontólogos e de 60% para os enfermeiros [...] Nós tínhamos uma necessidade de captar o profissional médico e este foi um jeito, foi o que nós encontramos para tornar o salário mais próximo e compatível com o do mercado do profissional médico. (Dirigente 2)

No Plano de Carreiras aqui tem a questão de tempo de serviço com incentivo a cada cinco anos e agora tem o crescimento vertical e horizontal, quer dizer, os cursos que os profissionais têm de especialização, de mestrado, publicação de artigos em revistas, de participação nos Conselhos Locais de Saúde e Distritais, tudo isso conta ponto para seu crescimento. Isso é novo [...] é inclusive um incentivo à pesquisa [...] e também para a participação nos Conselhos Locais porque, em relação à participação nos Conselhos, quase ninguém vai porque as reuniões são sempre fora do horário de trabalho e ninguém participa, mas agora com essa questão da progressão, pode ser que melhore. [...] Se o profissional tem qualquer curso ou faz outra atividade ou qualquer coisa que acrescente no seu trabalho, isso tudo é considerado no crescimento do profissional. Então, temos o crescimento vertical que é por tempo de serviço e o crescimento horizontal que é pelo crescimento na carreira profissional. (Dirigente 3).

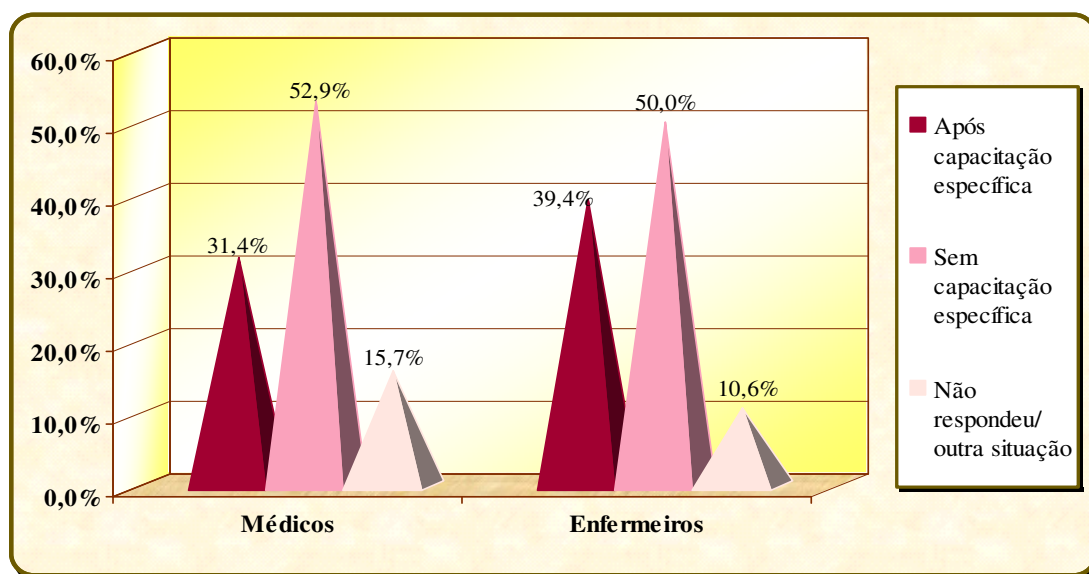
Ainda, no que se refere à trajetória profissional, em relação aos médicos o estudo mostrou que 31 deles, ou seja, 60,8%, sempre atuaram como médicos generalistas ou clínicos gerais, mesmo antes de trabalhar com a Saúde da Família e 20 (39,2%) nunca haviam trabalhado como generalistas até serem inseridos nas equipes.

Entre os 20 médicos que se tornaram generalistas após o ingresso na Saúde da Família encontramos que 12 atuavam como pediatras, 6 atuavam como gineco-obstetras e 2 deixaram em branco a questão; 14 atuavam em hospitais e 16 como autônomos com acúmulo de funções e empregos em ambas as situações.

Em relação aos enfermeiros, 35 (57,1%) sempre trabalharam na área da Saúde Pública e 21 (37,5%), até o momento de ingresso na Saúde da Família, nunca haviam trabalhado nesta área. Entre as 21 que nunca trabalharam na área de saúde pública, 10 trabalhavam na área hospitalar, 6 eram auxiliares de enfermagem e 5 trabalhavam em hospitais privados e em atividades de ensino antes de ingressarem na Saúde da Família.

Sobre ter recebido alguma capacitação para atuarem na Saúde da Família, aproximadamente a metade dos profissionais afirma ter ingressado na equipe sem qualquer capacitação prévia para tal. Observa-se que 52,9% dos médicos e 50% dos enfermeiros começaram a atuar na Saúde da Família nesta condição, como demonstra a figura a seguir.

FIGURA 6.11 — Distribuição dos médicos e enfermeiros segundo capacitação prévia ao ingresso na Saúde da Família. Curitiba, 2006.



Na seqüência, buscou-se a opinião dos profissionais sobre o grau de conforto ou desconforto para o desenvolvimento do trabalho em Saúde da Família diante do fato de ter ou não recebido capacitação inicial. Neste quesito, a maioria dos médicos informou sentir-se confortável para a realização das suas atividades laborais mesmo sem ter recebido qualquer capacitação específica para o trabalho em Saúde da Família (52,9%). Situação contrária foi a encontrada entre os enfermeiros, dos quais apenas 28,6% referiram sentir-se confortável nesta mesma situação. A tabela abaixo demonstra o resultado dos depoimentos.

TABELA 6.7 — Distribuição dos médicos e enfermeiros segundo grau de conforto para o trabalho em Saúde da Família. Curitiba, 2006.

SITUAÇÃO	MÉDICOS		ENFERMEIROS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sente-se confortável mesmo sem capacitação	27	52,9	16	28,6	43	40,2
Sente-se confortável porque recebeu capacitação	20	39,3	22	39,2	42	39,2
Sente-se desconfortável mesmo tendo sido capacitado	2	3,9	4	7,2	6	5,6
Sente-se desconfortável porque não recebeu capacitação	2	3,9	11	19,6	13	12,2
Sente-se muito desconfortável	-	-	3	5,4	3	2,8
TOTAL	51	100,0	56	100,0	107	100,0

Em que pese à maioria dos profissionais sentirem-se confortáveis para realizar o trabalho, o ideal seria que nenhum deles sentisse qualquer grau de desconforto para a realização do seu trabalho cotidiano. Neste sentido, não pode passar despercebido que 7,8% dos médicos e 20,6% dos enfermeiros sentem algum desconforto para o desenvolvimento do trabalho em Saúde da Família, o que merece ser considerado para a adoção de propostas de enfrentamento e superação desta situação.

Vale ressaltar que cerca de 10% dos profissionais mesmo capacitados ainda se sentem em desconforto para o trabalho em Saúde da Família o que merece, do nosso ponto de vista, ser avaliado a fim de readequar os processos de formação e educação permanente.

Sobre os processos de capacitação dos profissionais para o ingresso na Saúde da Família, no início da implantação da proposta em Curitiba, as equipes recebiam uma capacitação específica para este tipo de trabalho, conforme depoimento abaixo:

Todas as entradas de pessoas no PSF eram acompanhadas de capacitação e a capacitação era do módulo Introdutório da Saúde da Família com uma carga horária de 40 horas e onde se falava da história da Saúde Pública no Brasil, da Saúde da Família, e entrava-se em algumas ferramentas utilizadas pelas equipes, seu diferencial e os eixos norteadores que precisavam ser trabalhados [...] era um Introdutório mais avançado. [...] Em relação aos médicos, tínhamos muita dificuldade para que os médicos pediatras e gineco-obstetras assumissem a clínica geral e a saúde coletiva [...] entendemos que precisávamos prepará-los

para isso, para atenderem em unidades mais periférica cujas populações não tinham acesso a outros serviço. Fizemos o Profam [...],foi só para os médicos. Institucionalmente, a tomada de decisão pelo Profam foi porque a relação que se tem nas Unidades de Saúde é a de que o médico está nucleando o processo de trabalho e, por mais que a gente tenha outros profissionais, eles trabalham de modo pró-ativo. Este é o modelo ainda vigente e por isso o Profam veio primeiro [...] porque o estrangulamento era maior na categoria médica. Na categoria dos enfermeiros, o estrangulamento existia, mas havia que pensar-se em algo mais específico [...] nos anos 80, os enfermeiros tiveram uma forte capacitação pedagógica no Larga Escala e já na década de 90 e no início de 2000, foi a época do gerenciamento e o GERUS foi a grande marca dos anos 90 e em 2000, paralelo ao Profam [...] para os enfermeiros tivemos o Introdutório e o desenvolvimento do CIPESC que foi uma prática para a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. Por isso e por conta da demora em receber os recursos do Pólo de Educação Permanente não fizemos novas capacitações [...] foi muita demora e isso acabou postergando nossos processos de educação permanente [...] porque a gente acreditava que ia vir o financiamento, demorou, demorou e não veio, não veio nada. (Dirigente 4)

Ainda, neste sentido, aponta o depoimento dos profissionais que:

Dentro da questão zona de conforto, me sinto completamente confortável não porque recebi as “informações necessárias” completamente, mas porque estou sempre buscando capacitações, reciclagens, que me permitam sentir esse conforto. (E 50)

No início não tinha formação; fui fazendo aperfeiçoamento no caminho. (M 48)

Há poucas opções de cursos públicos ou financiados pelo Ministério para especialização em Saúde da Família. Acho importante tê-los, é uma oportunidade para nós, para nosso crescimento. (E 44)

Os processos de capacitação, a participação nos cursos era bom porque dava pra gente a sensação de estar participando de uma coisa maior, de um projeto maior, um projeto de prioridade nacional e isso animava muito a gente. (Enfermeiro entrevistado 1)

É importante ressaltar, neste aspecto, que, da mesma forma como aconteceu com outros municípios, Curitiba não conseguiu dar vazão à capacitação das equipes no momento da fase de implantação de cada uma delas, pois o crescimento foi rápido e a capacidade de oferta dos cursos não supria as necessidades. Segundo Volpi e Kami¹⁶⁵, de 1995 a 1996, o número de equipes passou de cinco para 24 e desde então não parou de crescer. De 44 equipes em 1999 foi para 104 em 2000 e nestes períodos de expansão mais acentuada foi impossível fazer a capacitação prévia para os profissionais das equipes.

Em relação a este bloco de informações, do nosso ponto de vista, a implantação da Saúde da Família no município estudado veio acompanhada de esforços no sentido não

apenas de implantar as equipes em si, mas de mobilizá-las para atuarem de forma a atender seus pressupostos. Para tanto, os *policy makers* do município parecem ter optado por estratégias voltadas principalmente à criação de incentivos financeiros e que foram se ajustando à expansão das equipes, procurando dar condições de fazê-las atuar numa perspectiva mais inovadora e mais direcionada a um novo modelo.

6.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO NÍVEL LOCAL

Neste bloco foram pesquisados três aspectos referentes à organização geral do trabalho das Unidades Saúde da Família e das equipes de Saúde da Família: um relativo ao atendimento prestado à população com base no território; outro sobre a organização da demanda espontânea e programada e o último sobre a distribuição do tempo dos profissionais entre as atividades administrativas e as assistenciais.

Atendimento à população do território

Para nortear este quesito, considerou-se como território toda a área de abrangência da USF. Como território-área, considerou-se a subdivisão que as USF fazem internamente para cada equipe a depender do número de equipes. Desta forma tem-se que uma USF pode ter quantos territórios-área quanto o número de equipes.

Em relação a este primeiro aspecto, a situação encontrada mostrou que:

- ▶ os enfermeiros atendem mais a população geral do território da USF como um todo (60%) do que a dos respectivos territórios-área de sua equipe (40%);
- ▶ os médicos, ao contrário, atendem mais os pacientes dos seus territórios-área (57%) do que a população do território da Unidade de Saúde como um todo (43%).

Durante as entrevistas, buscou-se esclarecer esta diferença e o que se pode constatar foi que os médicos recebem seus pacientes já recepcionados pela enfermagem e os pacientes, na maioria das vezes, são agendados de acordo com o território-área ao qual os médicos estão vinculados. Assim sendo, ao médico da equipe B, por exemplo, são agendados os pacientes do território-área B, ao da A os pacientes da área A e assim por diante. Por sua vez, em se tratando dos enfermeiros, como eles trabalham com uma agenda mais aberta, acabam atendendo toda a população que procura a USF independente dela ser ou não de seu território-área e para que os pacientes não fiquem muito tempo na sala de espera aguardando

atendimento. Com isso, os médicos terminam por conhecer melhor seus pacientes e suas realidades de vida. Alguns depoimentos ilustram como vem se dando esta construção do trabalho com base no território-área.

No início a proporção era muito diferente. Há um ano com mais médicos nas equipes foi possível chegar a 70% dos atendimentos para pacientes do território-área e 30% para os de outras áreas. (M 23)

Em uma das equipes está faltando enfermeira. Apenas 2 equipes estão completas. Atendemos pacientes da terceira equipe há mais de um ano. (E 6)

Na área há 24 mil habitantes e só um médico de família em atividade. (M 13)

Como nosso território é pequeno e toda a população está cadastrada e a nossa equipe está completa, o atendimento à população fora do território-área é muito pequeno. (E 44)

Estes depoimentos ilustram a importância da equipe completa para o cumprimento do requisito proposto para a Saúde da Família que é o de atender prioritariamente a população do território-área da equipe. No primeiro depoimento, o médico aponta a inversão de uma situação a partir da incorporação de mais médicos nas equipes de modo a conseguir priorizar o atendimento à população da área. No segundo depoimento, por sua vez, se observa o não atendimento a essa premissa em função da falta continuada do profissional na equipe. E a terceira exemplifica o cumprimento desse requisito pela equipe por ela estar completa e pela população ser pequena.

Atendimento à demanda espontânea e programada

Neste segundo aspecto referente à organização do atendimento à demanda, foi encontrado que:

- ▶ 70,6% dos médicos atendem equilibradamente a demanda espontânea e a programada; 30% referiram organizar sua semana de trabalho com atividades de agenda aberta à demanda espontânea e agenda fechada para os programas priorizados pelo município;
- ▶ 57,1% dos enfermeiros conseguem equilibrar o atendimento à demanda programada e à demanda espontânea e 42,9% atendem mais a demanda espontânea que a programada, mas, em ambos os casos, atendem a população no tempo que sobra das atividades

administrativas. E ainda, algumas mencionam a falta de espaço físico como fator limitante para a realização destas atividades.

Neste quesito, considerou-se como “agenda equilibrada” uma divisão equitativa (próxima dos 50%) entre os atendimentos programados previstos nos protocolos institucionais e entre as necessidades pontuais de saúde ou episódios de doenças da população, independente dos protocolos.

Sobre essa situação, durante as entrevistas com os enfermeiros das equipes locais ficou claro que este profissional quando está na Unidade de Saúde, acaba atendendo os pacientes de modo geral, sem considerar se é ou não do seu território-área, mas quando se trata de atividades programadas ou de visitas domiciliares, aí sim, vale o critério do território-área da equipe à qual está vinculado.

Atividades administrativas *versus* atividades assistenciais

No que se refere à distribuição do tempo entre as atividades administrativas e as assistenciais, em relação aos médicos, o que se verifica é que:

- ▶ 90% dos médicos atuam quase que exclusivamente na assistência médica, como médicos consultantes;
- ▶ 54% dos médicos conseguem participar assiduamente das reuniões da sua equipe ou das reuniões com as Autoridades Sanitárias Locais (ASL);
- ▶ 46% participam pouco das reuniões da equipe ou com as ASL, ou porque não podem por falta de tempo ou porque não tem reunião de equipe;
- ▶ 94% dos médicos referem ter pouquíssimas oportunidades de contato com as equipes dos distritos sanitários e/ou do nível central da instituição.

Em relação aos enfermeiros, observou-se que:

- ▶ 67,9% dos enfermeiros trabalham exclusivamente como enfermeiros das equipes de Saúde da Família sem acumular outra função;
- ▶ 21,4% acumulam as funções de enfermeiros da equipe com outras funções como coordenação local do PACS, Autoridade Sanitária Local e outras;

- ▶ 62,5% dos enfermeiros refere dedicar metade do seu tempo trabalhando em atividades administrativas (relatórios de produção, relatórios de consumo de medicamentos, de medicamentos controlados, entre outros);
- ▶ 75% dos enfermeiros referem ter muito pouco contato com a gerência regional e 93% refere não ter contato com a equipe do nível central da instituição.

Alguns depoimentos ilustram os resultados apresentados acima.

Somos funcionários da “ponta”, temos as informações que nos são permitidas receber... (E 24)

Muito trabalho, tanto administrativo quanto de atendimento ao público [...] faltam funcionários e enfermeiros afastados por problemas de saúde que continuam no quadro da unidade. (E 2)

Aqui tem 4 enfermeiras e sempre sou a última que me afasto do local e da área da minha equipe, dificilmente sou solicitada para reuniões externas. Como fico diretamente aqui na ponta, seria interessante escutar o que acontece no serviço diretamente de quem atua. (E 46)

Nas entrevistas com os dirigentes institucionais, foi observado que o gerenciamento da SMS é feito por meio da hierarquia organizacional que atribui à Autoridade Sanitária Local a responsabilidade pela gerência local e repasse de informações. A agenda de reuniões administrativas funciona sistematicamente e tem um fluxo contínuo que, em tese, começa na segunda-feira pela manhã com a realização de uma reunião colegiada coordenada pelo secretário de saúde ou pelo superintendente e da qual participam todos os diretores da SMS, todos os gerentes regionais e, quando necessário, os coordenadores das áreas programáticas. Via de regra, na terça-feira o gerente distrital tem reunião com todas as Autoridades Sanitárias Locais de suas respectivas áreas e na mesma semana, as ASL têm reuniões com suas equipes locais para tratar dos assuntos abordados no colegiado gestor. A agenda das reuniões só varia nas Unidades de Saúde que escolhem o dia e horário mais adequado para suas reuniões de equipe.

O depoimento a seguir exemplifica como funciona esta prática gerencial adotada pela SMS:

Aqui toda semana temos as reuniões na Secretaria que é com o secretário ou com o superintendente e com os coordenadores distritais. Geralmente são nas segundas-feiras. Depois existem as reuniões dos distritos junto com as ASL que geralmente são nas terças-feiras. Nessas reuniões colegiadas chamam-se todos os representantes e são colocadas as novas ações, programas ou protocolos, problemas identificados, condutas esperadas e outros assuntos. Então, esses repasses que a gente faz primeiro em nível central e depois no distrital [...] depois

no nível distrital o gerente, o coordenador distrital convoca todas as autoridades sanitárias para estar repassando a eles o que foi discutido na semana. Daí, as autoridades locais fazem as reuniões in loco com as suas equipes para estar discutindo [...] Toda semana existe horário de trabalho garantido para as reuniões da equipe. Geralmente as unidades fecham em torno das três horas para a reunião, e com o aval do Conselho Local de Saúde. Geralmente tem um dia certo, e a unidade literalmente fecha para as reuniões. Não tem consulta, não tem atividade nenhuma. Ela fecha. (Dirigente 3)

Em relação ao equilíbrio entre as atividades administrativas e assistenciais, os enfermeiros estão passando por algumas redefinições na organização de suas atividades e do processo de trabalho como um todo. Durante a entrevista aberta com um dos enfermeiro de equipe da Saúde da Família e com um dos dirigentes da instituição, pareceu-nos que a SMS optou por priorizar as atividades assistências do enfermeiro mais do que as administrativas, conforme demonstram os depoimentos abaixo:

Acho que a gente tem representatividade local para discutir todas as ações lá (no nível central), isso a gente não pode negar, mas o que eu acho é que será que não valia a pena o nível central passar um dia no nível local para conhecer nossa rotina de trabalho? De certa forma há uma distância muito grande [...] lá cada um tem seu programa [...] será que não vale a pena eles passarem um dia aqui com a gente para eles saberem como é o dia a dia da unidade porque eles estão colocando tantas situações pra gente que não estamos dando conta nem pela falta de estrutura física, de capacidade de recursos humanos que é muito limitado para dar conta de tudo isso [...] Muitos auxiliares não dão conta de fazer suas atividades como um todo, nem agem como sendo da Saúde da Família e é onde sobrecarrega também o enfermeiro. Hoje nós precisamos ter uma boa capacitação para os auxiliares de enfermagem porque o Plano Organizacional Anual faz com que o enfermeiro faça muita consulta e não sobra tempo nem pra supervisão e nem pra capacitação da equipe, sua agenda fica só para a assistência mesmo [...] em relação à papelada, hoje ela está toda informatizada, os relatórios estão informatizados e a Secretaria pede menos, inclusive [...] acho que a única burocracia que a gente tem hoje é o relatório de saúde mental que precisa ser bem feito e é muito demorado [...] o problema é que muitos enfermeiros assumem o papel das autoridades sanitárias ou as autoridades locais delegam os relatórios aos enfermeiros e aí sim tem sobrecarga, elas deixam de fazer o papel delas e fazem o das autoridades [...] os enfermeiros precisam aprender a usar o computador porque muitos não sabem e fazem cadernos paralelos e aí toma muito mais tempo. (Enfermeiro entrevistado 1)

Aqui na SMS nós queremos que o enfermeiro faça consultas de enfermagem também, além das suas outras funções. Nossos protocolos priorizam esta atividade, inclusive nos programas de avaliação de metas. Nosso objetivo é fazer com que o enfermeiro recupere suas atividades assistenciais. (Dirigente 2)

Alguns pontos merecem destaque nos aspectos abordados acima. Primeiro, em relação à organização das reuniões gerenciais em todos os níveis da SMS, especialmente no

que se refere à periodicidade das reuniões técnico-administrativas do colegiado gestor, destes com as autoridades sanitárias e principalmente das ASL com as equipes das Unidades. O fato de haver um horário de trabalho definido para que a equipe possa se reunir e discutir suas questões de trabalho é do nosso ponto de vista, um fator positivo e, de certa forma, também legitimado pelo nível local, que refere ter um espaço ou representatividade nas discussões e nas decisões do nível central.

Por sua vez, mesmo com essas reuniões sistemáticas, fica evidente um descompasso entre o cotidiano de trabalho do nível central e o do nível local e o apelo deste para uma melhor compreensão da sua rotina de trabalho, quando sugerem que o nível central vivencie mais as unidades e as equipes locais. Este aspecto merece uma reflexão especial dos dirigentes dos níveis central e regional para que haja maior sintonia entre as demandas da gerência central e as necessidades do nível local.

Outro ponto interessante diz respeito à informatização dos relatórios administrativos, pois, ainda que os enfermeiros não estejam totalmente habilitados para essa prática, com certeza isso trará uma relação custo/benefício maior a esses profissionais tão logo as dificuldades operacionais sejam solucionadas e tal prática seja incorporada no cotidiano de trabalho dos enfermeiros. Uma capacitação específica para o manejo dos relatórios informatizados pode contribuir para resolver a situação.

Por último, causou-nos surpresa o fato de a SMS investir no papel do enfermeiro na área assistencial uma vez que, tradicionalmente, ele tem se ocupado mais das funções gerenciais e administrativas nos serviços, deixando para segundo plano a consulta de enfermagem e a relação direta com os usuários. Da mesma forma, não é comum ver gestores que adotam essa postura por conta dos embates entre as atribuições e competências dos médicos *versus* as dos enfermeiros. Neste ponto específico, vale ressaltar que iniciativas como esta foram identificadas na nossa revisão teórica e existem em alguns países, como no Canadá e na Inglaterra, conforme foi citado nos capítulos anteriores desta tese. Nestes países os enfermeiros têm um papel na prestação direta do cuidado à saúde e o município estudado destaca-se nesta questão no contexto brasileiro.

A seguir, foram pesquisadas as práticas assistenciais propriamente ditas, tanto dos médicos como dos enfermeiros, e antes de apresentar os resultados encontrados, achamos oportuno apresentar sucintamente como estão organizados os serviços das Unidades Básicas de Saúde convencionais e das Unidades Saúde da Família.

A SMS tem um sistema de informações epidemiológicas e produz um boletim semestral com dados desagregados por Distrito Sanitário chamado de BEC – Boletim Epidemiológico de Curitiba. As ações intersetoriais e os protocolos assistenciais estão implantados em toda a rede de unidades. Da mesma forma, o planejamento local, o monitoramento e a avaliação são feitos em toda a rede assim como a pactuação de metas nas quais incidem as gratificações e incentivos. Os serviços de referência são regionalizados:

Unidades Básicas de Saúde

Estavam em funcionamento, no momento da coleta de dados, 60 Unidades Básicas de Saúde e nestas, os médicos trabalham 20 horas semanais; atuam nas especialidades básicas (pediatria, gineco-obstetrícia e clínica geral); atendem mais a demanda espontânea e, portanto, têm maior dificuldade na formação de vínculo; não trabalham na perspectiva de território-área; não acompanham longitudinalmente os pacientes; participam menos dos grupos de saúde (iniciativa do profissional) e realizam visitas domiciliares apenas nos casos muito necessários.

Unidades Saúde da Família

Estavam em funcionamento, no momento da coleta de dados, 45 Unidades Saúde da Família e nestas, todos os profissionais trabalham 40 horas semanais. A entrada no PSF é por opção dos profissionais e por meio de processo seletivo interno; os médicos são generalistas e a maioria recebeu capacitação clínica para médicos em APS; os enfermeiros atuam mais na assistência; os profissionais trabalham com uma agenda padrão com dias para realizar visitas domiciliares, participar dos grupos de saúde e das reuniões das equipes; acompanham longitudinalmente seus pacientes; criam mais vínculos com os usuários e recebem além das gratificações salariais existentes para a rede, outros incentivos específicos para o PSF estabelecidos pelo município.

6.5 PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS INDIVÍDUOS, FAMÍLIAS E GRUPOS

Os resultados aqui apresentados foram sistematizados com base nas categorias de análise elaboradas para a matriz de referência para a análise das práticas profissionais dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família (ver apêndices) e, a partir das

informações coletadas pelos questionários, optou-se por apresentá-las separadamente, considerando as especificidades de cada categoria.

6.5.1 AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: COMO ELAS OCUPAM A AGENDA DOS MÉDICOS E DOS ENFERMEIROS NO COTIDIANO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

As questões sobre as práticas de atenção à saúde que foram formuladas aos médicos procuraram mapear o cotidiano de trabalho dos mesmos no que se refere às práticas assistenciais. Foram selecionadas várias ações específicas de acordo com os ciclos de vida das pessoas, considerando os programas e protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e os existentes no município, no Plano Municipal de Saúde e também a partir da experiência de vida da autora.

A partir desse produto, solicitou-se que eles indicassem, numa escala de zero a dez, a intensidade de tempo que as diferentes atividades consumiam na sua agenda, considerando uma semana típica de trabalho. Pesquisou-se também a realização de alguns procedimentos de baixa complexidade da clínica médico-cirúrgica e a realização de atendimentos domiciliares. Os resultados foram agrupados em escores de um a quatro, representando, respectivamente: 1- ações que consomem muito pouco tempo (menos de 25%); 2- pouco tempo (25% até 50%); 3- boa parte do tempo (50% até 75%), e 4 - muito tempo (mais de 75%).

Da mesma forma, buscou-se mapear as atividades que mais consomem a agenda dos enfermeiros no seu cotidiano de trabalho. Para tanto, foram elencadas praticamente as mesmas atividades consideradas no trabalho dos médicos. Entretanto, é importante ressaltar que foi acrescentado um quesito para que os enfermeiros pudessem informar os procedimentos de encaminhamento dos pacientes (faz o acolhimento e encaminha para o médico da própria equipe ou a outros serviços; não realiza porque o protocolo não prevê; não tem protocolo para tal situação). Somamos estas situações no campo *outra situação*.

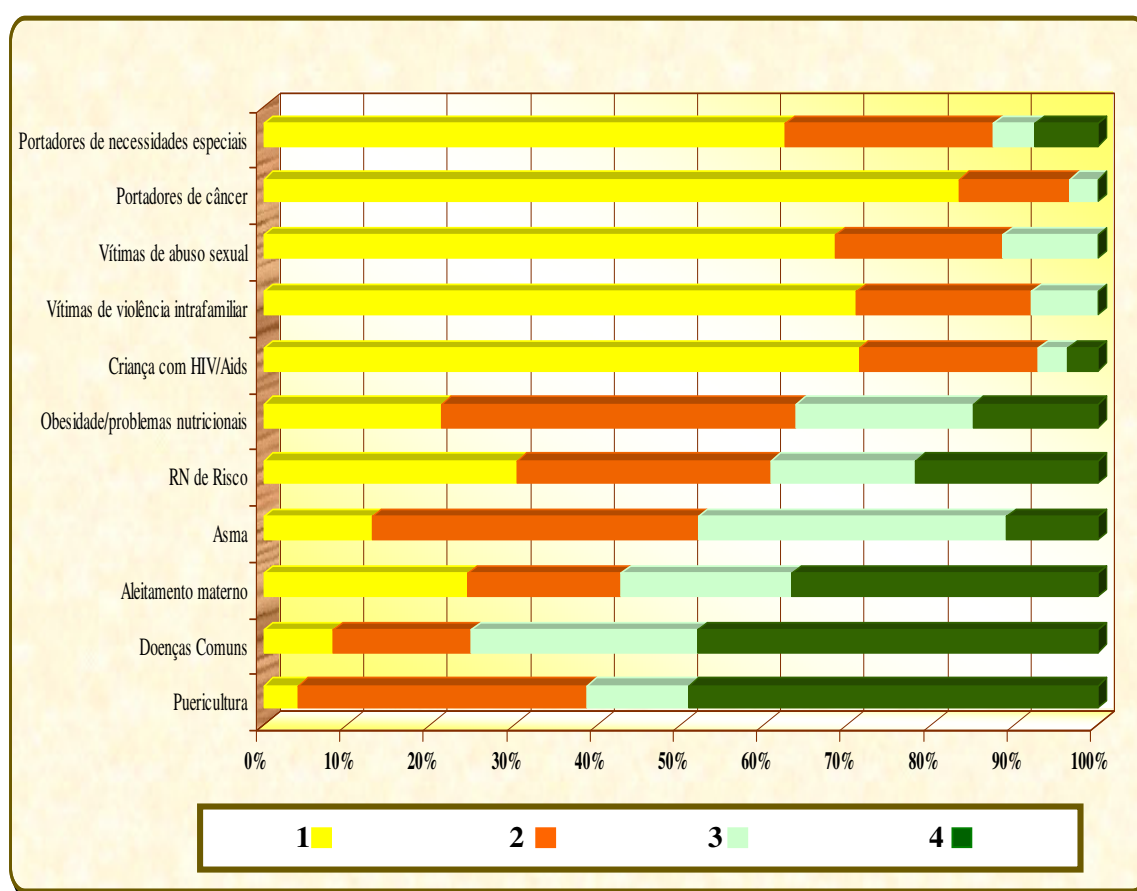
Ainda nesta perspectiva, o tempo consumido na agenda dos enfermeiros não corresponde necessariamente aos mesmos critérios dos médicos, haja vista que muitas atividades citadas pelos enfermeiros, conforme eles mesmos esclarecem, não significam quantidade ou volume de pacientes, mas se trata de procedimentos que são demorados ou exigem uma preparação prévia antes de serem realizados. De qualquer forma, optou-se por

apresentá-los na seqüência para melhor visualizar o campo da assistência clínico-individual de ambas as profissões.

Os resultados foram transformados em gráficos para melhor visualização e discussão. As informações permitiram evidenciar o seguinte panorama:

▪ ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

FIGURA 6.12 — Distribuição das ações de Atenção à Saúde da Criança de acordo com a freqüência com que aparecem nas agendas de trabalho dos médicos. Curitiba, 2006.



AGENDA DO MÉDICO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Considerando apenas o escore quatro, este gráfico demonstra que, em relação à Saúde da Criança, as três atividades que mais consomem a agenda dos médicos são: 1) as consultas de puericultura; 2) as doenças comuns da infância, e 3) as orientações sobre aleitamento materno. Essas ações são realizadas cotidianamente nas USF por todos os médicos da Saúde da Família (que hoje se intitulam médicos de família e da comunidade).

Quando somados os escores três e quatro, as doenças comuns da infância são as que despontam como as atividades principais da agenda médica, seguida pela puericultura e o aleitamento materno. De qualquer forma, essas três atividades são as que predominam.

Na seqüência, ainda somando os escores, aparecem duas situações não tão freqüentes quanto as demais, que são o atendimento aos RN de risco (baixo peso) e a asma. Em relação ao acompanhamento dos RN de risco, os médicos referem que todos os casos são acompanhados e afirmam fazer visitas domiciliares de acompanhamento dos mesmos. Na segunda situação, os pacientes com asma são atendidos na própria unidade e somente são encaminhados a outros serviços se forem casos severos.

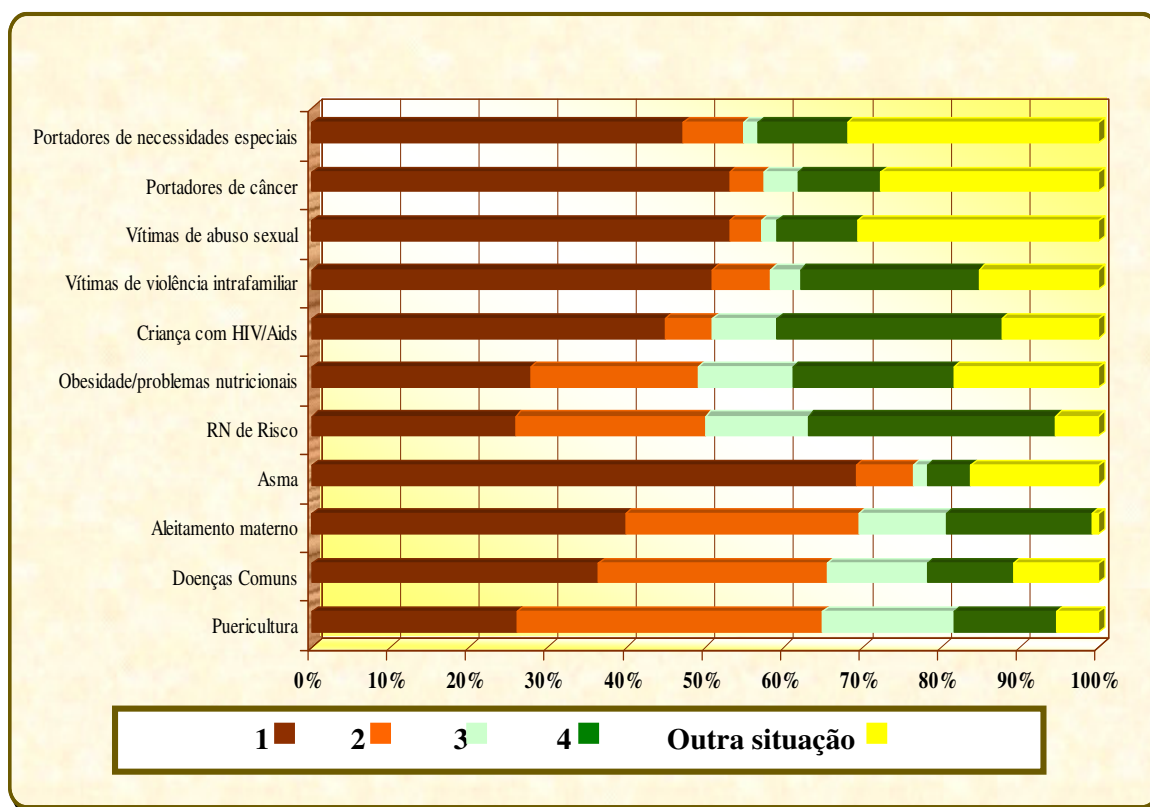
Dos problemas mais complexos de saúde, o que têm ocupado mais a agenda são as crianças com problemas de obesidade/problemas nutricionais, as vítimas de violência e abuso sexual, as portadoras de necessidades especiais, as portadoras do HIV/Aids e, por último, as portadoras de câncer que raramente chegam aos médicos das unidades (só chegam no caso de alguma intercorrência). Das situações acima referidas, os casos de violência intrafamiliar e abuso sexual aparecem com um pouco mais de freqüência e os médicos fazem um primeiro atendimento e encaminham os pacientes ao Hospital Pequeno Príncipe, que integra um protocolo interinstitucional que é o Protocolo da Rede de Proteção às Crianças Vítimas de Violência, citado por muitos deles.

As crianças portadoras de necessidades especiais têm um acompanhamento especializado no Hospital de Clínicas, com serviço de referência e contra-referência para esses casos. Segundo informam os médicos, vários deles acompanham crianças nessas condições, principalmente as portadoras da Síndrome de Down, e referem fazer visitas domiciliares para esses atendimentos sempre que necessário ou solicitado pela enfermagem. Nos casos de HIV/Aids conforme relatam, existe um protocolo específico de atendimento com serviço de referência em infectologia pediátrica que dá suporte aos mesmos e os médicos já encaminham os pacientes para esse serviço. Apenas acompanham tais casos quando são solicitados e, nestes casos, os médicos atendem e monitoram, mas seguem as orientações recebidas pelo serviço especializado.

Em relação aos procedimentos de baixa complexidade da clínica cirúrgica, os médicos fazem com pouca freqüência a retirada de pontos, drenos e/ou curativos, somente quando a enfermagem não o faz por se tratar de caso mais difícil. A retirada de corpos estranhos é feita desde que seja possível sem a utilização de equipamentos específicos. Referem não fazer suturas e, nestes casos, encaminham os pacientes para a UBS 24 horas de

seu distrito sanitário ou para os hospitais. Sobre o atendimento domiciliar, os médicos afirmam que o fazem, embora não com tanta frequência como as demais atividades de rotina; cerca de 60% deles refere fazer visitas apenas quando a enfermagem ou os ACS solicitam. Citam que as atividades na unidade consomem muito o tempo e as visitas domiciliares para a criança, são priorizadas para os seguintes casos: RN de risco, crianças portadoras de problemas nutricionais e alimentares (desnutrição), crianças portadoras de necessidades especiais e crianças que necessitam algum procedimento especial.

FIGURA 6.13 — Distribuição das ações de Atenção à Saúde da Criança de acordo com a frequência que aparecem em suas agendas de trabalho dos enfermeiros. Curitiba, 2006.



AGENDA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Considerando somente o escore quatro, o gráfico demonstra que as três atividades que mais consomem as agendas dos enfermeiros são: 1) RN de risco; 2) crianças portadoras do HIV/Aids, e 3) crianças vítimas de violência intrafamiliar. Quando somados os escores três e quatro, o RN de risco e as crianças portadoras do HIV/Aids continuam predominando. Em seguida aparece a obesidade/problemas nutricionais, a puericultura e o aleitamento materno.

Estes resultados causaram estranheza visto que esperávamos encontrar o inverso, ou seja, os médicos com maior tempo investido nestes atendimentos e o enfermeiro se dedicando ao atendimento dos problemas mais comuns da infância. Ao investigar tais resultados viu-se que esta situação ocorre em função do protocolo de Atendimento ao Portador de HIV que embora deixe em aberto o acompanhamento das crianças soropositivas para os *profissionais de saúde* (e inclusive explicita a consulta médica para o acompanhamento desses casos), na prática a busca ativa dessa clientela e seu acompanhamento São feitos pelo enfermeiro. Ao verificarmos os dados epidemiológicos do município, em 2005 (apresentados na página 47) vimos que houve 92 casos novos de gestantes HIV positivas distribuídos em todos os distritos regionais e a confirmação de seis casos de Aids em crianças (em quatro dos nove distritos). As crianças portadoras do vírus são avaliadas periodicamente pelo Centro de Referência e são encaminhadas para o acompanhamento nas USF. Essas crianças recebem da prefeitura o composto alimentar especial por meio de uma senha. Ou o composto ou a senha ficam sob responsabilidade do enfermeiro na Unidade, que faz a busca ativa da criança e a acompanha sistematicamente para verificar se está ganhando peso e avaliar seu estado geral. A entrevista a seguir exemplifica como esta atividade entra na agenda dos enfermeiros.

[...] nós temos um relatório pra cumprir das crianças com o HIV [...] cada vez que é diagnosticado um HIV positivo ele é encaminhado ao Centro de Referência. Às vezes o pré-natal é feito na unidade mesmo, na Unidade e no Centro de Referência [...] quando é pré-natal não tem tanto problema porque a gente vê a gestante, ela está sempre ali, mas agora quando nasce o bebê, as consultas do bebê são mais espaçadas, geralmente a cada três meses. Não é todo mês, toda semana, e a gente não pode esperar três meses pra ver essa criança, fazer a coleta para ver o CD4, a carga viral [...] só que a gente precisa ir atrás dessa criança todo mês e é o enfermeiro que vai [...] o protocolo, na realidade, é responsabilidade da equipe, mas acaba ficando para o enfermeiro [...] precisa estar rastreando esta criança como num radar, não perder essa mãe, essa criança, essa família [...] então a gente sempre agenda essa mãe e essa criança e se ela vem na data marcada não tem problema, a gente vê o peso, como é que está o leite, se ela está recebendo este leite, inclusive isso vem no kit do leite, é um gancho pra gente acompanhar essa criança e como vem a quantidade X de latinhas para essa criança, a mãe tem que vir pegar e a gente não entrega só o leite ou a senha do leite, a mãe precisa trazer a criança pra gente ver [...] senão a gente vai atrás [...] inclusive tinha famílias que eu não podia entregar todo o leite porque já aconteceu de eu entregar o leite de uma só vez e como a comunidade é pequena a gente fica sabendo que a mãe trocou o leite por outra coisa e depois ela vinha na unidade falando que foi roubada [...] até essas coisas a gente tem que fazer. (Enfermeiro entrevistado 2)

No caso do RN de Risco, o protocolo Mãe Curitibana prevê que todos os recém-nascidos nessas condições tenham acompanhamento especial das equipes e no momento da

saída do hospital, as puérperas e seus bebês saem com a primeira consulta de enfermagem agendada para a unidade mais próxima de sua residência. A mãe sai da maternidade sabendo com que enfermeiro, em que dia e horário será atendida na Unidade de Saúde. Só depois da consulta de enfermagem é que mãe e bebê são encaminhados para os atendimentos subsequentes. Nesta ocasião, são avaliadas as condições de aleitamento materno, do puerpério e do bebê e é feita a avaliação das condições das famílias para identificação de outras necessidades. Em seguida, passam pela avaliação e consulta médica e seguem o fluxo normal da puericultura.

[...] o RN de risco a mesma coisa [...] Eles podem até passar pelo médico, mas a gente acompanha necessariamente, para ver o ganho de peso, a pega da amamentação, isso com mais frequência do que os médicos [...] desde o ano passado na saúde da criança porque entrou a integração maternidade e unidade de saúde onde a mãe já sai com a primeira consulta marcada via on line mesmo, informatizada, já com agenda marcada para a primeira consulta de puerpério que é com o enfermeiro. (Enfermeiro entrevistado 2)

No que se refere aos procedimentos de enfermagem médico-cirúrgicos, eles são os que ocupam o terceiro lugar na agenda dos enfermeiros e as visitas domiciliares parecem tomar bem mais tempo da agenda dos enfermeiros do que dos médicos no atendimento à saúde da criança.

Quanto ao observado em relação à obesidade e problemas nutricionais presentes nas agendas dos médicos e dos enfermeiros, isso ocorre porque o município desenvolve dois programas nesta linha. Um é o Programa de Suplementação Nutricional existente desde 1994 em parceria com o governo estadual e governo federal voltado para as crianças menores de dois anos com peso abaixo do esperado e crianças filhas de mães HIV positivas, O outro é o Programa Gente Saudável, desenvolvido intersetorialmente pelas Secretarias da Saúde, de Abastecimento e do Esporte e Lazer, e destinado às crianças em idade escolar com o objetivo de combater a obesidade e estimular a alimentação saudável.

Por fim, no que se refere à saúde da criança, apresentamos no quadro abaixo as cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e enfermeiros, a partir da soma dos escores três e quatro.

QUADRO 6.2 — Apresentação das cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família no atendimento à Saúde da Criança. Curitiba, 2006.

POSIÇÃO	AGENDA DO MÉDICO	AGENDA DO ENFERMEIRO
1º	Doenças comuns da infância	RN de risco
2º	Puericultura	HIV/Aids
3º	Aleitamento materno	Procedimentos médico-cirúrgicos
4º	Asma	Visita domiciliar
5º	RN de risco	Obesidade/problemas nutricionais

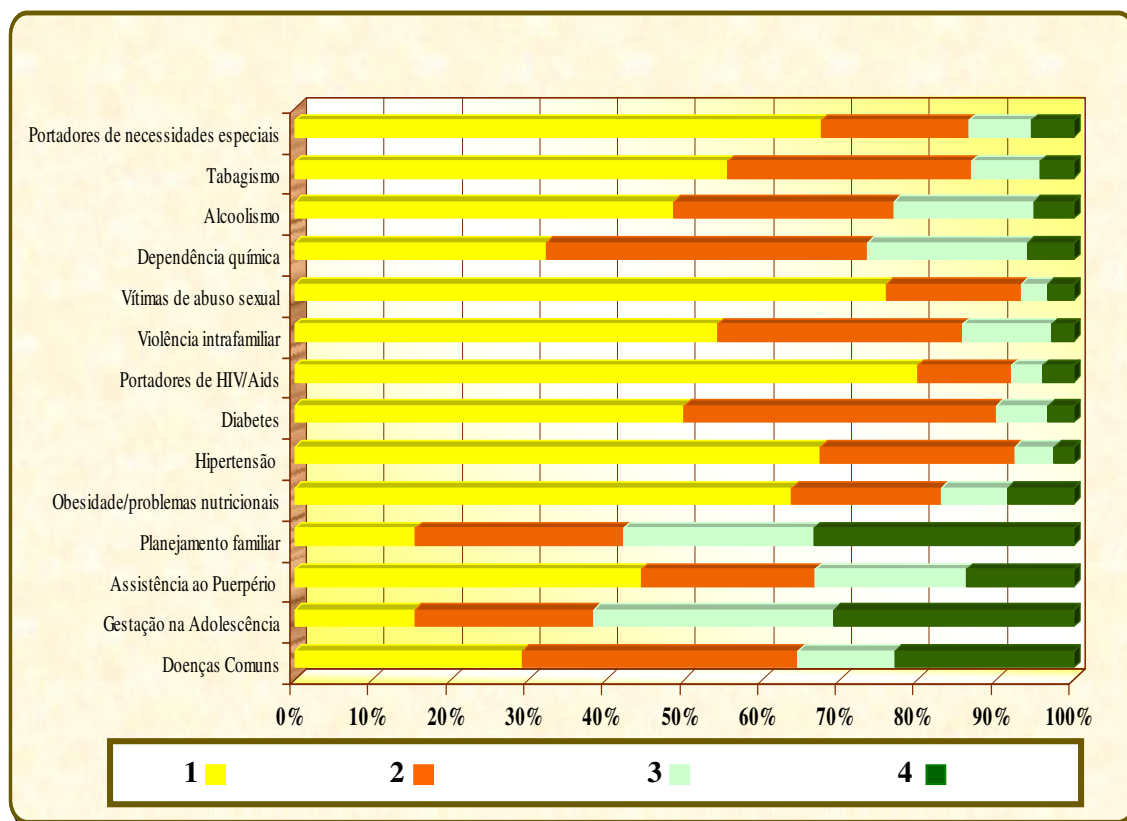
Segundo dados epidemiológicos do município de Curitiba, o coeficiente de mortalidade infantil vem decrescendo (35,35/1000 nascidos vivos em 1984; 19,98/1000 nascidos vivos em 1994 e 11,16/1000 nascidos vivos em 2004) sendo que as cinco principais causas de óbitos em menores de um ano são as afecções do período perinatal (53,7%); as malformações congênitas e anomalias (25,3%); as causas externas (5,3%); as doenças do aparelho respiratório (5,0%) e as doenças infecciosas e parasitárias (3,9%).³⁷

Diferente do grupo dos médicos que teve um comportamento mais homogêneo na produção das respostas dos questionários, os enfermeiros mostraram-se mais dispersos em relação à organização das suas atividades cotidianas de trabalho não apenas entre si, mas também entre eles e os médicos. Com exceção do acompanhamento dos RN de risco não parece haver complementaridade entre as atividades dos médicos e dos enfermeiros, dando a impressão de que cada qual segue sua rotina sem priorizar o enfrentamento conjunto dos problemas de saúde da população infantil.

Do nosso ponto de vista, no que se refere à Saúde da Criança, é importante considerar a existência da proposta do PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, existente desde 1985, e a proposta do AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, mais recente, na organização (e priorização) do trabalho dos médicos e enfermeiros na Saúde da Família. Neste sentido, cabe destacar que a agenda dos médicos está em maior sintonia com as ações preconizadas por estas propostas.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

FIGURA 6.14 — Distribuição das ações de Atenção à Saúde do Adolescente de acordo com a frequência que aparecem nas agendas de trabalho dos médicos. Curitiba, 2006.



AGENDA DO MÉDICO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Sobre a Saúde do Adolescente, de acordo com o escore quatro, as atividades de planejamento familiar e gravidez na adolescência são, respectivamente, as atividades que mais ocupam a agenda dos médicos, seguidas pelas de assistência às doenças mais comuns e pelo puerpério. Se somados os escores três e quatro, a situação não muda muito, ficando a gestação na adolescência em primeiro, o planejamento familiar em segundo e o puerpério em terceiro lugar.

De acordo com os médicos, no entanto, o atendimento das adolescentes gestantes é realizado por eles se a gestante adolescente tiver idade acima de 15 anos. Caso contrário, ela entra no programa de gestante de risco e é acompanhada concomitantemente pelo GO na referência distrital e pelo médico e demais componentes da equipe de Saúde da Família, que monitoram a evolução da mesma. Da mesma forma, o planejamento familiar é feito pelo

médico, mas em situações especiais, como baixa idade ou outros problemas, também é encaminhado ao GO de referência. O puerpério normalmente é realizado na unidade e os médicos o fazem no domicílio apenas em casos especiais.

Em relação ao atendimento dos pacientes com problemas nutricionais e alimentares, os médicos referem atender casos de obesidade na unidade de saúde e vários encaminham os pacientes para os endocrinologistas. Do mesmo modo, nos casos de diabetes e hipertensão juvenil, que alguns apontam como sendo raros nas Unidades de Saúde, os profissionais referem atender, mas a partir das orientações e condutas dos especialistas.

Nos casos de violência doméstica ou abuso sexual, os médicos informam que atendem tais casos de acordo com o protocolo, que prevê o encaminhamento do adolescente menor de 13 anos à Rede de Proteção no Hospital Pequeno Príncipe (mesmo protocolo referido anteriormente); acima dessa idade, o encaminhamento é feito para a Delegacia e Serviço de Vítimas de Violência.

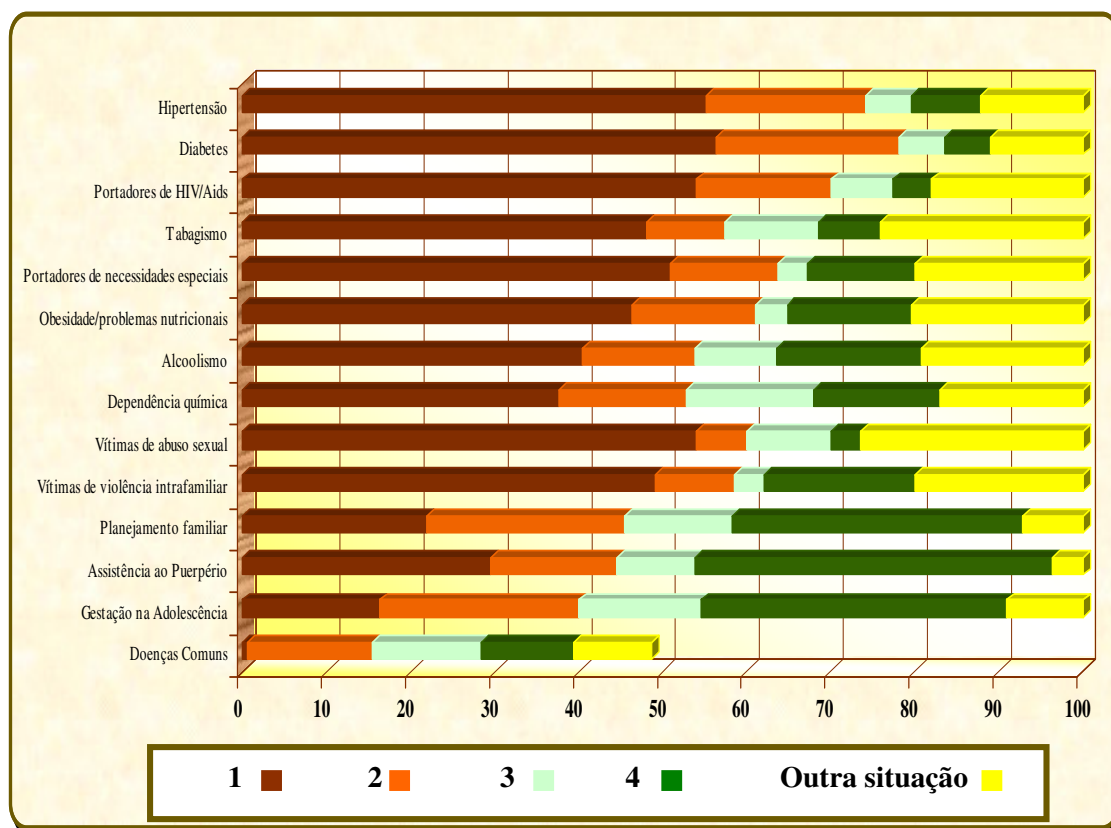
Alguns médicos especificaram ter, em suas respectivas áreas, portadores do HIV/Aids e, via de regra, segundo informam os médicos, eles os atendem mas com o apoio dos serviços de referência e do infectologista sempre que necessário. Nas situações de dependência química e alcoolismo, a maioria dos médicos informa trabalhar em conjunto com os psiquiatras e psicólogos da saúde mental, pois dizem que acompanham e monitoram os pacientes em conjunto com tais especialistas. O serviço de referência *Cara Limpa* da Prefeitura Municipal de Curitiba foi citado por alguns médicos como um centro de referência de apoio às Unidades de Saúde. Por sua vez, sobre o atendimento em tabagismo, a maioria referiu que a SMS não tem programa nem protocolo para esses casos.

Quanto aos adolescentes portadores de necessidades especiais, poucos foram os médicos que assinalaram realizar algum tipo de atendimento nestes casos. Os que assim o fizeram, informaram que esses atendimentos são realizados nos domicílios, em situações muito especiais.

Alguns médicos registraram que atendem os adolescentes que chegam na Unidade, mas, de forma geral, dizem eles, *o adolescente não procura os serviços de saúde; o adolescente não chega à Unidade de Saúde e essa clientela não faz parte da rotina do Posto, mas se chegar a gente atende.*

Em relação à agenda dos enfermeiros, tem-se o seguinte gráfico:

FIGURA 6.15 — Distribuição das ações de Atenção à Saúde do Adolescente de acordo com a frequência com que aparecem nas agendas de trabalho dos enfermeiros. Curitiba, 2006.



AGENDA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Sobre o trabalho do enfermeiro no Atendimento à Saúde do Adolescente e considerando apenas o escore quatro, o que se verificou é que o puerpério, a gravidez na adolescência e o planejamento familiar são as atividades que mais ocupam a agenda dos enfermeiros, seguidas pelas de assistência às vítimas de violência e alcoolismo. Mesmo somando os escores três e quatro, essas atividades continuam na mesma seqüência.

Despertou interesse saber a razão do puerpério aparecer com tanta frequência nas agendas de ambos os profissionais, uma vez que historicamente a cobertura dessas ações tem sido baixa. Em entrevista com um dos dirigentes, soube-se que a cobertura do atendimento às puérperas é um dos indicadores avaliados pelo Índice de Desenvolvimento e Qualidade (IDQ), citado anteriormente. Essa decisão foi tomada em consenso com os profissionais por meio de seus representantes, com vistas a melhorar não apenas a cobertura de atendimento ao

puerpério, mas de estimular o aleitamento materno e captar precocemente o RN para a puericultura e vacinação. Essa iniciativa, agregada ao protocolo do RN de risco, intensificou o acompanhamento das puérperas.

Sobre a violência intrafamiliar e o abuso sexual, parece que, de fato, é uma demanda que tem aparecido na agenda do enfermeiro. O que foi citado pelos médicos foi reiterado pelos enfermeiros no sentido de que existem vários serviços de referência para os casos de violência e de abuso sexual no município. Entretanto, a Unidade de Saúde recebe os pacientes de volta e, no cotidiano de trabalho, tem a responsabilidade pelo acolhimento e acompanhamento desses casos. A entrevista com um enfermeiro demonstra como estas situações aparecem no dia a dia dos profissionais.

Isso tem muita a ver com a intersetorialidade da prefeitura, a rede de proteção, de resgate social, onde muitas vezes a pessoa não está doente que precise da consulta do médico. Ele está em situação de suspeita de abuso, suspeita de violência, que envolve muito a questão do diálogo, do cuidado mesmo, precisa do conversar, do olhar e ver além [...] não é que a pessoa está com dor de estômago ou dor física [...] você pode até passar pra consulta, mas o médico vai olhar e não ver achar nada clinicamente. Então é questão de encaminhamento, se for abuso ou violência, encaminhar direto pro conselho tutelar, para a rede de proteção [...] onde eu trabalhava até pouco tempo, essa questão da violência e abuso era muito forte mesmo. Eu lembro de uma menina de 12 ou 13 anos que era abusada freqüentemente, mas ela nem sabia que era. A auxiliar de enfermagem me pediu para atender a menina e colocá-la no programa de planejamento familiar [...] a auxiliar dizia que, quem sabe, com você ela se abra [...] Eu fiquei horas conversando com ela e daí ela não sabia o que era uma relação sexual [...] eu ficava falando sobre o que era um útero, tal, mas na verdade a relação sexual dela nunca tinha sido vaginal [...] fui colher o preventivo e vi que a relação dela era anal mesmo e ela não sabia o que era uma relação sexual [...] e ela era acompanhada pelo médico e todo mundo se apegava muito no planejamento familiar, pensando só prevenção da gravidez. Mas pensando que ela nunca teve uma relação vaginal, a questão do planejamento não fazia sentido para ela. Mas ela nunca falou isso para ninguém, então tem a questão do vínculo, da empatia, de tempo [...] e até que a menina vai falar como é que a coisa acontece pode demorar muito. Ela não vai falar isso para quem ela não conhece, assim, de repente. Então, como o enfermeiro está sempre ali, troca uma palavrinha hoje, encontra no corredor, uma hora dá para perguntar [...]. Tem muita coisa que acaba ficando com o enfermeiro e não indo pro médico, porque não é aquela dor física, é dor da alma mesmo e como o enfermeiro sempre fica ali na frente, na recepção, sempre visível porque não está entre portas, ele acaba recebendo isso mesmo [...] pegar estas coisas mais subjetivas, é realmente do ouvir, do falar, da empatia, é uma coisa que não é de uma hora para outra [...]. E estas questões de dependência química, de abuso, de violência é com o dia a dia mesmo, num primeiro momento eles não falam [...] não é uma demanda programada, mas como a gente está ali no dia a dia, acaba acontecendo bastante, não é uma coisa eventual, é constante. (Enfermeiro entrevistado 2)

Em relação à dependência química e ao alcoolismo, viu-se que existe um trabalho bastante integrado entre os Centros de Atenção Psico-Social (CAPS) e as Unidades de Saúde. Nas Unidades de Saúde existe um agente denominado *consultor em alcoolismo*, que atua em conjunto com as Unidades de Saúde e principalmente com os ACS, como aponta o depoimento a seguir:

[...] são pessoas que já tiveram este vício, já foram alcoolistas ou eram dependentes de algum tipo de drogadição e conseguiram se reabilitar e hoje eles passam essa experiência de vida aos dependentes lá na comunidade. Então cada unidade de saúde tem um consultor de alcoolismo que trabalha junto com a equipe de saúde. Ele está lá, junto com a comunidade e passa a experiência dele para outros, conta a experiência de como ele conseguiu superar e ajuda aqueles que querem sair da dependência. Ele não é profissional de saúde, não tem curso na área da saúde, mas ele é contratado pela prefeitura, pela CLT, para trabalhar junto com a equipe e com a comunidade. (Dirigente 3)

Em relação à integração entre as Unidades de Saúde e os serviços de Saúde Mental, o depoimento abaixo esclarece que:

O paciente é avaliado pelo médico da Unidade de Saúde. Há três CAPS municipais que atendem usuários de álcool e drogas sendo que dois atendem adultos e um atende crianças e adolescentes. Agora estamos implantando mais oito serviços de CAPS tanto para álcool e drogas quanto para transtornos mentais para adulto e um para transtorno mental infantil. Nós temos um infantil já municipalizado e queremos ampliar com mais um, um na região norte e um na região sul e nossa proposta é distritalizar todos os CAPS, tanto os AD (álcool e drogas) quanto para os transtornos mentais que é o CAPS II e no futuro a gente está prevendo a implantação de um CAPS III que é para transtornos mentais, atendimento 24 horas/dia, com leitos de curta duração [...] Na Unidade, na verdade, tanto o médico como o enfermeiro podem avaliar o paciente mas é só o médico que pode encaminhar [...] o serviço está interligado pelo prontuário informatizado [...] quando ele volta para a Unidade ele pode ser encaminhado pela enfermagem e pelo médico dependendo do caso [...] o ACS tem que visitar esse paciente todo mês [...] mas o agente de alcoolismo tem que acompanhar esse paciente direto [...] a incidência de alcoolismo tem aumentado no município [...] o alcoolista e o dependente químico têm que ser acolhido na Unidade, faz parte do programa Saúde da Família, todo mundo tem o protocolo na unidade [...]. Foi feito uma rede de suporte, de apoio e assessoria com os prestadores do SUS onde eles têm a responsabilidade de dar essa assessoria aos profissionais das Unidades para eles conseguirem resolver aqueles casos dos pacientes mais difíceis, ou de ajudar quando eles têm dúvidas [...] a gente previu isso no contrato com os ambulatorios, eles têm obrigação de dar essa assessoria [...] eles têm uma pontuação onde eles vão melhorando o atendimento e se eles não oferecerem esta assessoria às Unidades nos casos mais difíceis eles vão perdendo pontos, então, eles têm marcado oito horas/mês para dar essa assessoria para as equipes, no local onde eles combinarem e for melhor para eles. Isso tem ajudado muito. (Dirigente 5)

Em se tratando dos procedimentos médico-cirúrgicos (como os curativos, retirada de pontos e outros) e das visitas domiciliares, estes não são expressivos na agenda dos profissionais enfermeiros.

Por fim, para facilitar a visualização das cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e enfermeiros, a partir da soma dos escores três e quatro, apresentamos a figura seguinte.

QUADRO 6.3 — Apresentação das cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família no Atendimento à Saúde do Adolescente. Curitiba, 2006.

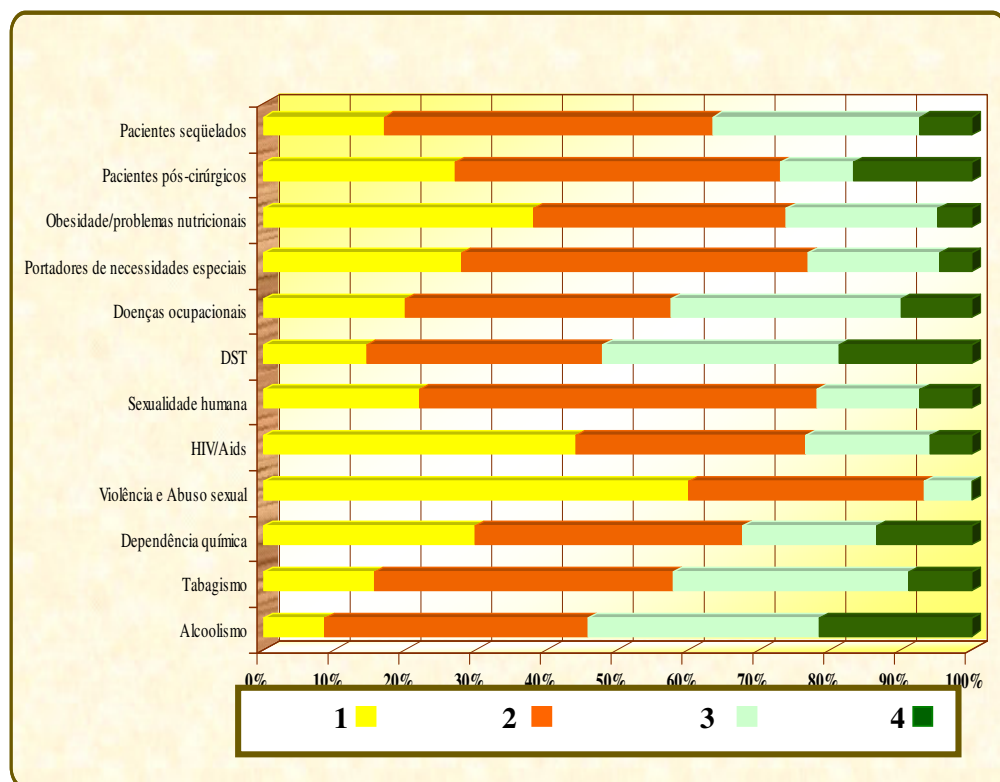
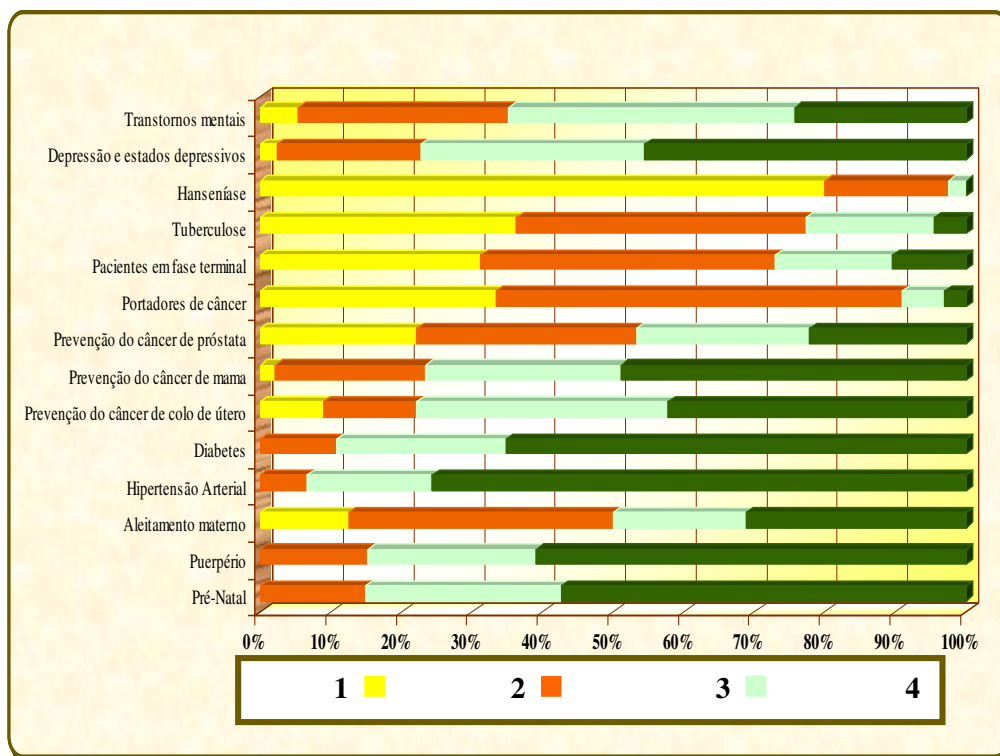
POSIÇÃO	AGENDA DO MÉDICO	AGENDA DO ENFERMEIRO
1º	Gravidez na adolescência	Atendimento ao puerpério
2º	Planejamento familiar	Gravidez na adolescência
3º	Atendimento ao puerpério	Planejamento familiar
4º	Doenças comuns	Dependência química
5º	Dependência química	Alcoolismo

No caso da Saúde do Adolescente percebe-se uma maior sintonia entre a agenda de trabalho dos médicos e a dos enfermeiros, principalmente nas três principais atividades prestadas a esse grupo. Observa-se, ainda, a incorporação na agenda de trabalho do atendimento a casos de dependência química (aqui considerando apenas as drogas ilícitas) e de alcoolismo, demandas que podem ser consideradas mais recentes nos serviços de saúde da rede básica, mas que aparecem entre as que tomam mais tempo na agenda dos profissionais quando se trata do atendimento a esse grupo de população.

É importante registrar que vários profissionais de ambas as categorias registraram nos espaços livres dos questionários que o grupo de adolescentes é o que menos procura as USF. Nossa experiência de trabalho tem mostrado que esta é a situação que predomina nos serviços básicos de saúde e ratifica a Saúde do Adolescente como uma área ainda não absorvida pelas USF e UBS e as experiências existentes são muito tímidas. Neste sentido, o município em estudo não apresentou inovação em relação ao atendimento à população neste ciclo de vida.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DO ADULTO

FIGURA 6.16 — Distribuição das ações de Atenção à Saúde da Mulher e do Adulto de acordo com a frequência com que aparecem na agenda de trabalho dos médicos. Curitiba, 2006.



Considerando-se o maior escore, pode-se constatar que, em relação a este ciclo de vida — mulher e adulto, as atividades que mais presentes na agenda de trabalho dos médicos são, respectivamente, as de atenção aos hipertensos, diabéticos, puérperas, gestantes e pacientes com depressão ou estados depressivos. Se somados os escores três e quatro, a hipertensão e a diabetes são referidas por 90% desses profissionais como as que mais consomem o tempo do médico. Em seguida vem o pré-natal, o puerpério e a prevenção do câncer de colo de útero.

Esses resultados demonstram a presença significativa desses problemas e situações de saúde na população atendida pelas equipes e estão em consonância com os dados estatísticos e epidemiológicos apresentados nos protocolos e, de certa forma, já estão consolidados na rede de serviços da Atenção Básica. Como discutido anteriormente, o atendimento ao puerpério, ainda que seja bastante preconizado pelo Ministério da Saúde, de modo geral, não tem sido uma atividade muito observada na rede de serviços. Neste sentido, é diferente a situação encontrada neste estudo e é possível que seu destaque ocorra por integrar uma estratégia específica da SMS de Curitiba. De qualquer forma, merece ser registrado que o acompanhamento ao puerpério está entre as atividades mais presentes no cotidiano de trabalho dos médicos das equipes de Saúde da Família, seja no escore quatro, seja na soma dos escores três e quatro.

No que se refere às ações de prevenção ao câncer de colo de útero e de mama, 35% dos médicos referiram que estas atividades são feitas pela enfermagem e mesmo assim, ela é bastante citada.

Sobre o atendimento aos pacientes com depressão ou estados depressivos acompanhados na Unidade de Saúde, os médicos referem que se trata de casos mais leves ou os contra-referidos pelo Centro de Referência em Saúde Mental ou outros especialistas para acompanhamento na Unidade de Saúde. Segundo as observações feitas pelos médicos nos espaços abertos dos questionários, observa-se que, a exemplo do acompanhamento dos pacientes com depressão, outros atendimentos ocorrem desta forma, como nos casos dos demais transtornos mentais, dependência química e alcoolismo. Vários médicos referiram que acompanham os pacientes portadores de transtornos mentais, mas que há uma revisão periódica com o Centro de Referência, conforme protocolo institucional. O atendimento é feito a “quatro mãos”, dizem eles, e a unidade faz o primeiro atendimento, refere o paciente para o serviço de referência e depois o paciente retorna para a unidade para ser acompanhado

pelo médico. Mas sempre que necessário, o paciente é encaminhado novamente para atendimento especializado, conforme demonstra a citação de um dos médicos.

Todos as opções onde consta “referêncio” são pacientes que eu acompanho em conjunto com outros especialistas. Mesmo que seja acompanhado por outro serviço, o paciente é acompanhado por mim e pela equipe de saúde. (Médico 34)

Em relação aos casos de tuberculose 77,3% médicos afirmam que recebem poucos casos e no que se refere à hanseníase esse índice é maior (97,5% dos médicos). Alguns complementaram a informação registrando não haver casos no território da unidade ou de nunca ter atendido um caso de hanseníase. Um único médico referiu já ter encaminhado um caso de hanseníase para serviço especializado.

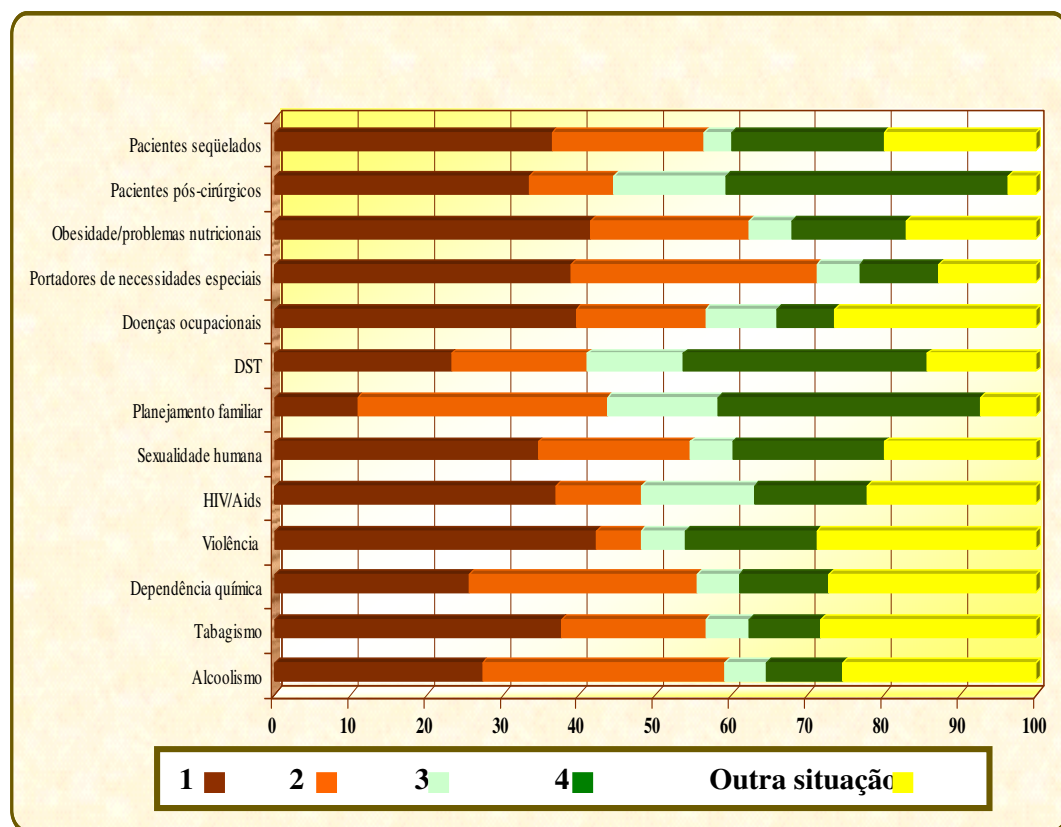
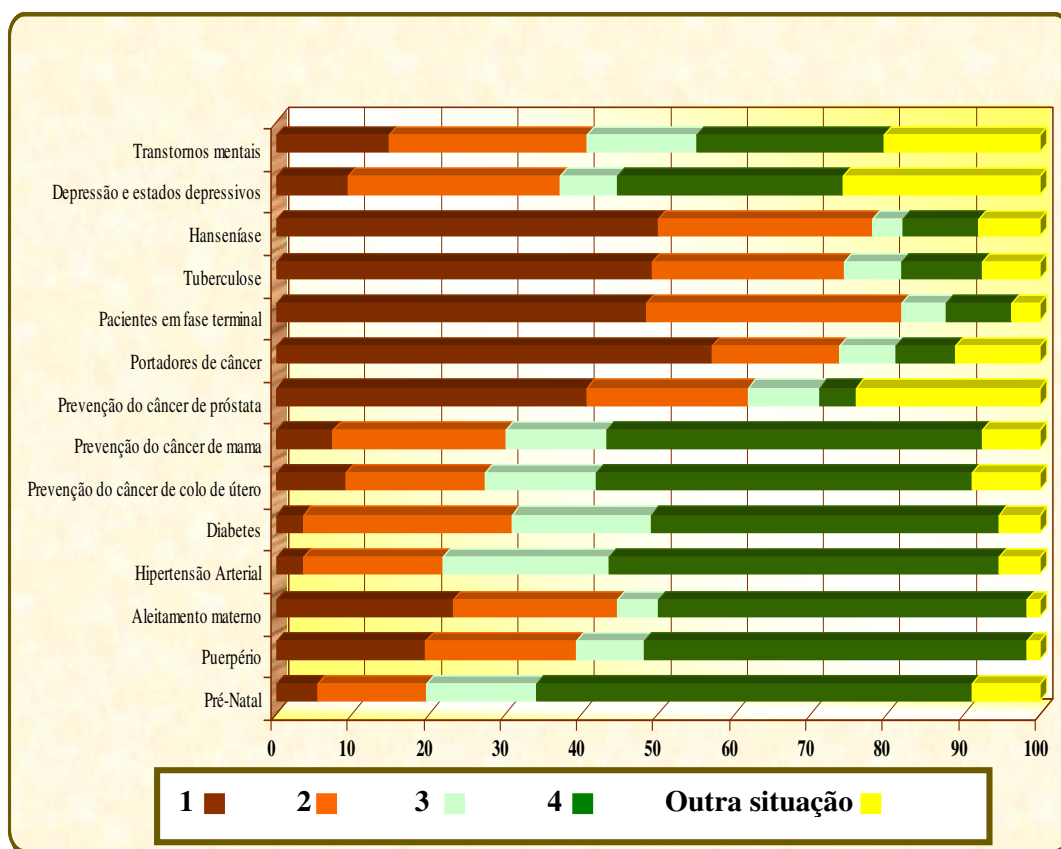
É interessante ressaltar que, segundo o Boletim Epidemiológico da SMS, em 2005 houve a confirmação de 56 casos novos de hanseníase no município e de 507 casos novos de tuberculose e, em ambas as situações, estes casos estavam distribuídos por todas as regionais de Curitiba. Também merece destaque que existe um protocolo específico para a hanseníase na perspectiva de erradicação da doença e a tuberculose está inserida no protocolo do HIV/Aids.

Foram também confirmados 217 novos casos de Aids no município e, em relação ao atendimento aos portadores do HIV/Aids, assim como o das doenças ocupacionais e a atenção às vítimas de qualquer tipo de violência, eles são encaminhados para os serviços de referência distrital, como já foi assinalado anteriormente.

Em relação aos atendimentos ou visitas domiciliares, a 52% informam que esta atividade é realizada sempre que há necessidade ou solicitação da enfermagem e ela é feita com diferentes finalidades: atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais, casos pós-cirúrgicos, pacientes em fase terminal, com seqüelas de doenças ou outra situação similar, mas reiteram que apenas em situações muito especiais.

Por fim, dois médicos informaram acompanhar pacientes portadores de câncer, mas nestes casos, apenas para tratar a dor e dar apoio ao paciente e à família.

FIGURA 6.17 — Distribuição das ações de Atenção à Saúde da Mulher e do Adulto de acordo com a frequência com que aparecem nas agendas de trabalho dos enfermeiros. Curitiba, 2006.



AGENDA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DO ADULTO

Na agenda dos enfermeiros, verifica-se que o pré-natal, a hipertensão, o puerpério e a prevenção do câncer de colo de útero e de mama são as atividades que mais consomem sua agenda. Somados os escores três e quatro, há uma pequena modificação e a hipertensão supera o pré-natal e a diabetes entra como a terceira atividade, seguida da prevenção do câncer de colo de útero e de mama. O puerpério fica como a sexta atividade mais citada. Observa-se que os resultados encontrados para os médicos e para os enfermeiros nas atividades voltadas a este ciclo de vida são muito semelhantes, o que reitera a análise anterior acerca das ações já incorporadas como de escopo da Atenção Básica. Também ocupam significativamente o tempo dos enfermeiros as orientações e acompanhamento do aleitamento materno, que, da mesma forma, faz parte do rol das atividades de trabalho desses profissionais, assim como as de planejamento familiar e as de doenças sexualmente transmissíveis. Na seqüência, eles referem os transtornos mentais e a depressão e estados depressivos, nos quais eles fazem o acolhimento dos pacientes e encaminham ou para os médicos das equipes ou para os serviços de referência, de acordo com o que requer as diferentes situações. Este mesmo procedimento é praticamente citado como via de regra para todas as demais necessidades.

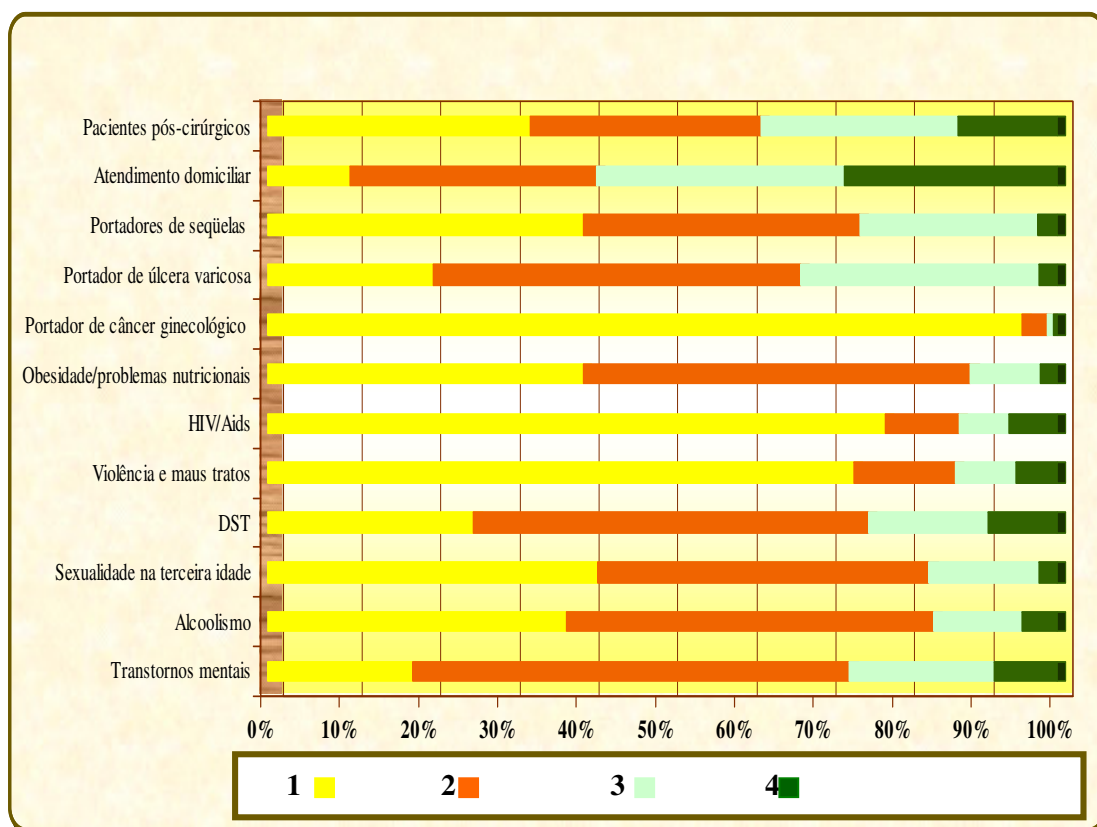
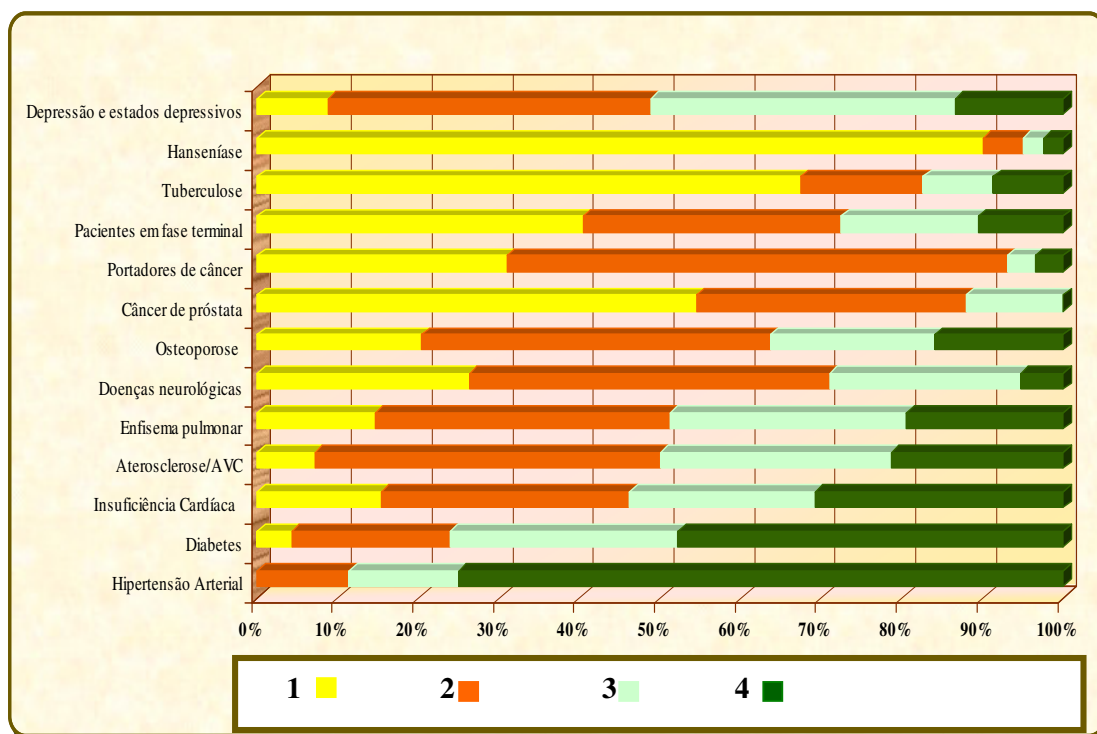
O que difere da agenda dos médicos são os procedimentos médico-cirúrgicos que os enfermeiros referem fazer com maior mais freqüência do que os médicos (63,7% enfermeiros e 11% dos médicos) e as visitas domiciliares que são atividades de rotina conforme informam 57,2% dos enfermeiros. A seguir, apresentam-se as cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e enfermeiros, a partir da soma dos escores três e quatro.

QUADRO 6.4 – Apresentação das cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família no Atendimento à Saúde da Mulher e do Adulto. Curitiba, 2006.

POSIÇÃO	AGENDA DO MÉDICO	AGENDA DO ENFERMEIRO
1º	Hipertensão arterial	Hipertensão arterial
2º	Diabetes	Pré-natal
3º	Pré-natal	Diabetes
4º	Puerpério	Preventivo de câncer de colo de útero
5º	Preventivo de câncer de colo de útero	Preventivo de câncer de mama

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

FIGURA 6.18 — Distribuição das ações de Atenção à Saúde do Idoso de acordo com a frequência com que aparecem nas agendas de trabalho dos médicos. Curitiba, 2006.



AGENDA DO MÉDICO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Em relação à Saúde do Idoso, a hipertensão e a diabetes disparam como os problemas de saúde que mais consomem a agenda dos médicos. Depois delas aparecem por ordem de citação, a insuficiência cardíaca, o atendimento domiciliar e a aterosclerose. O enfisema pulmonar, a osteoporose e a depressão/ estados depressivos vêm na seqüência das demais causas. Somando os escores três e quatro, a hipertensão e a diabetes continuam sendo as principais atividades nas agendas desses profissionais. O atendimento domiciliar aparece como a terceira, a insuficiência cardíaca como a quarta e a depressão e estados depressivos sobe para a quinta causa.

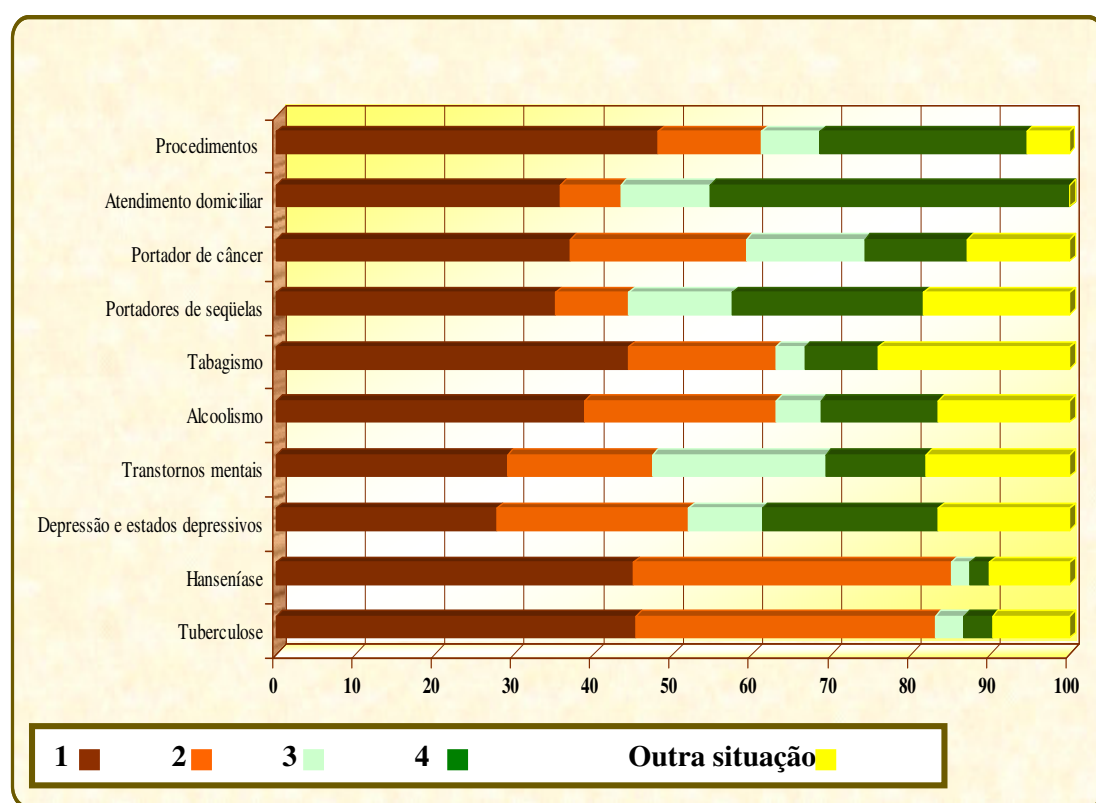
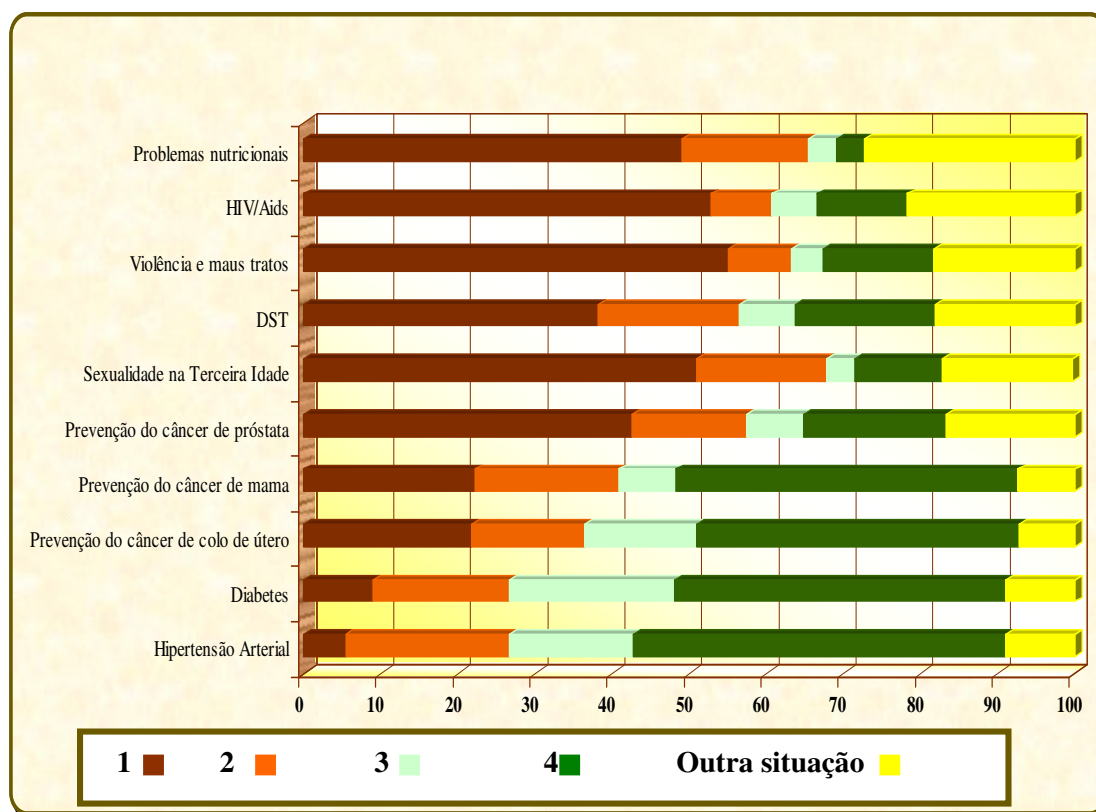
É a população de idosos que mais requisita a visita ou atendimento domiciliar dos médicos, segundo informou 58,3% desses profissionais que referiram realizar este tipo de atendimento, inclusive em alguns depoimentos informam que atendem pacientes com as mais diferentes necessidades de saúde em seus domicílios. Vários médicos informaram nos questionários que reservam um período na semana apenas para fazer as visitas domiciliares principalmente aos idosos.

Da mesma forma, é neste ciclo de vida que os médicos parecem necessitar de maior aporte dos especialistas, uma vez que referem fazer o atendimento ao idoso, mas em conjunto com os especialistas e solicitando a avaliação dos mesmos para melhor poder acompanhar os idosos, principalmente nos casos das doenças cardiovasculares, osteoporose, enfisema pulmonar e doenças neurológicas.

Em relação aos pacientes com depressão e estados depressivos, outros transtornos mentais e os portadores de HIV/Aids, os médicos seguem o fluxo estabelecido pelos protocolos existentes. Apenas um profissional citou ter um paciente com Aids em seu território e que o acompanha em conjunto com o Centro de Referência.

Por sua vez, os casos de câncer são referidos como mais complexos e eles os encaminham para outros serviços; se os casos retornam para algum tipo de acompanhamento pela Unidade de Saúde, eles só o fazem com orientações dos especialistas ou serviços de oncologia. Somente quatro médicos informaram ter casos de câncer no seu território-área e que eles os acompanham paralelamente aos serviços de referência.

FIGURA 6.19 — Distribuição das ações de Atenção à Saúde do Idoso de acordo com a frequência com que aparecem nas agendas de trabalho dos enfermeiros. Curitiba, 2006.



AGENDA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Assim como ocorre na agenda dos médicos, a hipertensão lidera os problemas de saúde que mais consomem a agenda dos enfermeiros. Ao se verificar apenas o escore quatro, seguem a este agravo o atendimento domiciliar, a prevenção do câncer de mama, a diabetes e a prevenção do câncer de colo de útero. Se somados os escores três e quatro, a hipertensão e a diabetes são as principais atividades, seguidas pelo atendimento domiciliar e a prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama, respectivamente. De qualquer forma, o conjunto de atividades permanece o mesmo.

Também chama a atenção o atendimento domiciliar, que aparece com bastante expressão na agenda do enfermeiro e, da mesma forma que os médicos, eles reservam alguns períodos fixos na semana para estes atendimentos, intercalando atendimentos na Unidade e na comunidade.

Em relação ao atendimento domiciliar, durante as entrevistas pôde-se verificar que as equipes de Saúde da Família não possuem veículos para estas atividades. Os funcionários se organizam de acordo com as diferentes necessidades, sendo comum eles utilizarem seus próprios meios de transporte: a pé, bicicletas, motos e carros. O depoimento abaixo ilustra esta situação.

Nossa área é muito grande, a gente tem que se organizar pra isso, né, tem uma área que a gente leva quase uma hora pra chegar [...] não temos carro e isso é uma grande dificuldade pra nós [...] eu vi que tem um município do interior do Paraná que as equipes têm moto ou jog [...] nós não temos moto, não temos jog, bicicleta, então, tudo é recurso próprio nosso [...] qualquer situação eu tenho que usar o meu carro, o outro funcionário tem que usar o carro dele e eles têm uma boa vontade enorme, então nessas áreas mais longe quando tem muitas visitas a gente se combina, o médico vai junto com o auxiliar ou o dentista vai com o agente, eu loto meu carro e a gente vai [...] a gente dá um jeito [...] de qualquer forma, a gente tem que fazer as visitas, sempre tem um dia que a gente tira só pra fazer essas visitas [...] eu acho que as áreas que são maiores podiam ter algum tipo de veículo pra gente poder programar melhor essas visitas. (Enfermeiro entrevistado 1)

A seguir, no quadro abaixo, apresenta-se as atividades de Atenção à Saúde do idoso que estão mais presentes nas agendas dos médicos e enfermeiros, a partir da soma dos escores três e quatro.

QUADRO 6.5 — Apresentação das cinco atividades mais presentes nas agendas dos médicos e dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família no Atendimento à Saúde do Idoso. Curitiba, 2006.

POSIÇÃO	AGENDA DO MÉDICO	AGENDA DO ENFERMEIRO
1º	Hipertensão arterial	Hipertensão arterial
2º	Diabetes	Diabetes
3º	Visita domiciliar	Visita domiciliar
4º	Insuficiência cardíaca	Preventivo de câncer de colo de útero
5º	Depressão e estados depressivos de útero	Preventivo de câncer de mama

De modo geral e para finalizar o mapeamento das atividades do campo da assistência clínico-individual, pode-se concluir que a agenda tanto dos médicos como dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família estão sendo demandadas pelas necessidades de saúde mais frequentes, já conhecidas e realizadas desde os anos 80 e que são as inicialmente priorizadas pela saúde coletiva.

Estas ações, por sua vez, foram preconizadas pela NOAS como as de responsabilidade prioritária da Atenção Básica (Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Controle da Hipertensão e da Diabete) e, mais recentemente, o Pacto pela Vida amplia esta responsabilidade incluindo além das citadas anteriormente, as ações de Saúde do Idosos, o Controle do Câncer de Colo de Útero e o de Mama. Por sua vez, o controle da Tuberculose e da Hanseníase citados pela NOAS são as ações menos presentes na agenda dos profissionais. Ao se pesquisar os motivos pelo pouco número de casos acompanhados pelos profissionais e considerando o número de casos novos notificados no ano de 2005 (56) no município, fomos informados de que a SMS faz anualmente uma campanha de divulgação da hanseníase para a população. No entanto, segundo o dirigente entrevistado, estas campanhas são realizadas normalmente no início de cada ano (no mês de janeiro) e esta data está sendo imprópria e há proposta de mudá-la para o final do ano em função do baixo impacto que têm causado.

Vale ressaltar que a região metropolitana de Curitiba durante muitos anos teve um hospital asilo para pacientes de hanseníase, hoje transformado em hospital geral e que existe um serviço de referência estadual (Centro de Saúde) que atende estes pacientes. Seria

interessante conhecer um pouco mais sobre a dinâmica desses pacientes e desses serviços no sentido de avançar rumo à erradicação da doença.

Por fim, é interessante verificar que as ações que estão mais consolidadas no âmbito das equipes de Saúde da Família, tanto no que se refere às práticas profissionais como na organização dos serviços da rede básica (protocolos, indicadores para avaliação de metas, etc) são:

1. **Saúde da Criança:** doenças comuns da infância, Puericultura e Aleitamento Materno;
2. **Saúde da Mulher** (Adolescente e Adulta): Pré-natal, Puerpério, Planejamento Familiar, Prevenção do Câncer de Colo de Útero, Prevenção do Câncer de Mama;
3. **Saúde do Adulto e do Idoso:** Controle da Hipertensão Arterial e Controle da Diabetes;
4. **Visita domiciliar:** principalmente aos Idosos
5. **Procedimentos de enfermagem médico-cirúrgica:** curativos, retirada de pontos, troca de drenos, entre outras.

No que se refere ao município estudado, o aleitamento materno e o puerpério são desafios estabelecidos e pactuados pelas equipes centrais, distritais e locais para produzirem maior impacto nos indicadores de saúde que, segundo eles, *não basta diminuir a mortalidade infantil, é preciso o cuidado a essas crianças, o cuidado com a qualidade de vida.* (Dirigente 1)

Por sua vez, outros agravos começam a fazer parte da agenda destes profissionais agregando-se ao perfil acima referido e dando indícios de que o escopo da atenção básica está se ampliando frente às necessidades de saúde da população e que a Saúde da Família começa a captá-las. São elas: 1) atendimento em casos de Asma; 2) acompanhamento do RN de risco; 3) acompanhamento de crianças portadoras do HIV/Aids; 4) gravidez na adolescência; 5) doenças mais comuns na adolescência; 6) dependência química; 6) alcoolismo e 7) depressão e estados depressivos.

Em que pese este conjunto de problemas fazer parte do cenário das necessidades de saúde da população nos últimos anos, sua incorporação, a nosso ver, é mais difícil e lenta, talvez por isso seja mais recente. Essas ações exigem uma organização mais refinada dos

serviços, com maior investimento na capacitação dos profissionais, na estruturação de processos de atuação planejada de forma colegiada pelas equipes locais e os serviços de referência; exige a contra-referência como *feedback* e exige, sobretudo, um maior contingente de profissionais com experiência no manejo desses problemas e dispostos a atuar em conjunto.

No caso do município estudado, este avanço parece ter sido induzido pelo processo de elaboração e implantação dos protocolos ao longo do tempo, que orientam a introdução dessas práticas no cotidiano de trabalho dos profissionais, como é o caso do atendimento às crianças portadoras do HIV/Aids, por exemplo.. Em alguns dos casos, os enfermeiros estão vivenciando esta inovação antes mesmo que os médicos, o que não deixa de ser interessante quando analisado sob a perspectiva das críticas ao modelo médico-centrado. Neste caso em particular, existe uma demanda que está sendo incorporada ao cotidiano de trabalho, que é liderada e captada pela flexibilidade da agenda do enfermeiro evidenciando um rol de necessidades de cuidados de saúde não movidos apenas pela busca de consultas médicas.

Da mesma forma, as ações voltadas à Saúde do Adolescente na sua perspectiva mais ampla parecem estar sendo incorporada mais recentemente na agenda dos profissionais, ampliando as práticas para além da gravidez na adolescência. Em relação à Saúde do Idoso, este foi o grupo populacional para o qual os profissionais médicos manifestaram maior necessidade de parceria com outros profissionais especialistas, talvez por ser um campo novo dentro da saúde coletiva e pelo fato dos processos de capacitação e formação não estarem voltados a esta população. Para os enfermeiros, este grupo também foi o que apresentou maior indicação de encaminhamentos aos médicos das equipes ou a outros serviços.

6.5.2 PRÁTICAS COLETIVAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUA INSERÇÃO NA AGENDA COTIDIANA DE TRABALHO DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste bloco de questões, buscou-se conhecer o envolvimento e participação dos médicos e enfermeiros em outras práticas de saúde que não as de consultas individuais na Unidade. Foram selecionados alguns grupos previstos nos protocolos tanto do município como do Ministério da Saúde pelas diferentes áreas técnicas. O quadro abaixo retrata como está a participação dos profissionais nas atividades dos grupos de saúde:

TABELA 6.8 — Participação dos médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família em atividades de grupo. Curitiba, 2006.

GRUPOS	MÉDICOS		ENFERMEIROS	
	SIM (%)	NÃO (%)	SIM (%)	NÃO (%)
Hipertensos	88,5	11,5	92,7	7,3
Diabetes	88,2	11,8	94,6	5,4
Gestantes	82,3	17,7	94,5	5,5
Planejamento Familiar	70,6	29,4	81,5	18,5
Terceira Idade	24,2	75,8	40,0	60,0
Adolescente	30,7	69,3	60,8	39,2
Caminhada	10,4	89,6	23,0	77,0
Terapia Comunitária	-	100,0	16,4	83,6
Grupo de Tabagista	-	100,0	-	100,0

De modo geral, tanto os médicos como os enfermeiros participam de diferentes grupos e, quando analisadas em suas especificidades, observa-se que os médicos participam menos dos grupos do que os enfermeiros, segundo eles, em função da demanda por consultas médicas.

Os médicos também participam mais dos grupos relacionados às necessidades e problemas de saúde que eles atendem com maior frequência, como os de hipertensos e diabéticos, por exemplo, e nestes, eles assumem mais o compromisso com a organização ou coordenação de grupos em suas respectivas áreas. Alguns referem juntar hipertensos, diabéticos e idosos em um só grupo.

No caso dos enfermeiros, eles participam de um rol maior de grupos e têm uma participação mais intensa nos mesmos. Atuam também como organizadores e coordenadores de grupos em suas respectivas áreas, com exceção do grupo de adolescentes, que não são coordenados pela saúde, mas dos quais eles participam quando convidados ou dão apoio em encontros eventuais, segundo referem nos questionários.

O quadro abaixo apresenta a distribuição dos profissionais nos grupos de acordo com seu papel nos mesmos.

TABELA 6.9 – Distribuição dos médicos e enfermeiros por função nas atividades de grupos. Curitiba, 2006.

GRUPOS	FUNÇÃO COORDENADOR ORGANIZADOR (%)		PARTICIPANTE SISTEMÁTICO (%)		PARTICIPANTE EVENTUAL (%)	
	M	E	M	E	M	E
Hipertensos	45,7	61,8	36,9	20,0	17,4	18,2
Diabéticos	44,4	59,8	37,8	23,8	17,8	16,4
Gestantes	33,4	64,8	23,8	13,0	42,8	22,2
Planejamento Familiar	23,3	60,0	33,3	15,6	43,4	24,4
Adolescente	-	28,7	7,2	13,0	92,8	58,3

Ainda na perspectiva de conhecer a participação dos profissionais em outras atividades extra muros, pesquisou-se sobre o atendimento em outros equipamentos sociais existentes no território, tais como creches, escolas, entre outros. A tabela abaixo demonstra a situação em relação ao trabalho em outros equipamentos sociais existentes nas áreas de atuação das equipes de Saúde da Família.

TABELA 6.10 – Distribuição dos médicos e enfermeiros segundo atendimento extra muros. Curitiba, 2006.

EQUIPAMENTO	ROTINEIRAMENTE (%)		NÃO (%)		EVENTUALMENTE (%)	
	M	E	M	E	M	E
Creches	25,5	70,4	53,0	4,6	21,5	25,0
Escolas	19,6	68,8	56,9	4,4	23,5	26,8
Asilos/albergues	5,9	9,5	84,3	52,4	9,8	38,1
Fábricas/indústrias	1,9	4,5	86,3	63,7	11,8	31,8
ONGs	-	6,0	88,2	57,2	11,8	36,8
Grupos de cuidadores	11,8	9,1	74,5	40,9	13,7	50,0
Casas de repouso	3,8	15,0	84,4	55,5	11,8	29,5
Casas de apoio	9,8	13,5	84,3	50,0	5,9	36,5
Igrejas (médica)	-	-	98,1	-	1,9	-

Os dados mostram que a maioria dos médicos não faz qualquer tipo de atendimento fora da Unidade de Saúde, com exceção dos atendimentos em escolas e creches, onde eles referem ter maior atuação. Da mesma forma que na questão anterior, os médicos referiram ter muitas consultas para dar conta e alguns, inclusive, disseram que esta é uma tarefa mais da enfermagem.

Por sua vez, em relação aos enfermeiros, nota-se uma expressiva participação nas creches e nas escolas e nos demais equipamentos sociais a situação é relativamente semelhante à dos médicos.

6.5.3 ASPECTOS RELACIONADOS À OPERACIONALIZAÇÃO DO TRABALHO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Alguns aspectos relativos à operacionalização do trabalho dos médicos e enfermeiros foram pesquisados, no intuito de conhecer a utilização de novas e mais adequadas abordagens do trabalho em Saúde da Família, como o atendimento domiciliar, o conhecimento do território, a abordagem familiar, a utilização do genograma e do prontuário família e a relação com o paciente no momento da consulta em si.

USO DAS FERRAMENTAS APROPRIADAS À SAÚDE DA FAMÍLIA: DO TERRITÓRIO AO PRONTUÁRIO-FAMÍLIA

SITUAÇÃO DOS MÉDICOS

Os resultados encontrados neste quesito ratificam os apontados anteriormente. Em relação ao conhecimento do território os médicos informam pouco conhecer do mesmo e o que eles conhecem é por intermédio do paciente, dos colegas da equipe ou ainda pelo tempo de trabalho no mesmo local.

Os médicos reiteram o pouco tempo disponível para a realização de visitas domiciliares, atividade que fica limitada aos casos ou problemas de saúde mais complexos ou de pacientes acamados, como ilustram os depoimentos abaixo:

Ao atendimento domiciliar é destinado muito pouco tempo; se conhece o território, do que a população adoece com todo o contexto familiar e inserção na comunidade pelo tempo que se tem trabalhando na Unidade de Saúde. A demanda espontânea é enorme, não sobra tempo para aplicar as ferramentas do PSF. O atendimento está centrado mais na demanda dando menor espaço para outras atividades. (Médico 39)

Nós temos 2 equipes de PSF e temos uma área com quase 30.000 pessoas, ou seja, [...] cada um de nós faz o triplo de seu trabalho. (Médico 42)

Ainda que contratado para o PSF não faço nada mais do que atender a demanda de 30 consultas/dia, ou seja, não faço PSF. (Médico 13)

O fato de ser o único médico em um serviço medicocêntrico impede atividades extra-consultório frequentemente. (Médico 31)

Eles também se queixam de não ter tempo para utilizar o genograma e assim poder apreender melhor a situação de Saúde da Família propriamente dita; quanto à utilização do prontuário familiar, eles não o utilizam porque o prontuário eletrônico dificulta muito essa prática.

A não utilização do genograma e do prontuário familiar como ferramenta de trabalho, tem origem em uma situação contingente mas permanente: sobrecarga de trabalho. Com 2 equipes estamos prestando atendimento a quase 20.000 pessoas porque surgiu um novo loteamento que não possui ainda estrutura sanitária própria. (Médico 7)

Por outro lado, o depoimento abaixo mostra outra perspectiva do mesmo problema e que também se reflete no cotidiano de trabalho dos médicos e deixa evidente a limitação dos serviços locais para o seu enfrentamento, haja vista que envolve e afeta aspectos ligados à gestão do sistema e dos serviços.

[...] uma questão importante é a da informação. O nosso prontuário não tem essa coisa da Saúde da Família. O prontuário eletrônico foi feito nem bem para a pessoa, foi feito mais para a finalidade administrativa. Então, ele não tem nenhum ponto de integração entre as pessoas de uma família [...]. Antigamente tinha o prontuário papel [...] nós quando íamos atender uma pessoa, recebíamos o envelope da família toda, tinha uma noção de unidade familiar, entende? E o próprio envelope já era um veículo de informação, já vinha com o genograma [...]. Hoje esse tipo de coisa nós não temos como registrar [...] com o tempo, se você quiser fazer um levantamento, recuperar um registro de alguma família em especial, tem que fazer um livro de registro à parte e isso é difícil porque quando se trabalha com uma multiplicidade de lugares, um fazendo de um jeito, outros de outro [...] o ideal na política de Curitiba, desde que começou o programa, isso já tem vários anos, era integrar isso, mas até agora não se achou um jeito de fazer isso, de integrar o genograma no registro [...] O prontuário é temporal, cada dia abre um arquivo, então se a pessoa fez dez atendimentos e eu quero saber o que aconteceu noutro dia, eu tenho que abrir os dez arquivos e isso leva muito tempo [...] acho que isso é uma das dificuldades maiores que a gente tem. (Médico entrevistado 1)

SITUAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Em relação ao trabalho dos enfermeiros, os resultados encontrados também reafirmam os vistos anteriormente com a visita domiciliar mais presente no cotidiano de trabalho sendo que 54% dos enfermeiros referem dedicar cerca de um quarto da jornada semanal de trabalho (portanto, aproximadamente 10 h/sem) para estas atividades enquanto os médicos dedicam, geralmente, cerca de 10% da jornada, ou seja, quatro horas semanais.

Da mesma forma, o conhecimento do território e dos equipamentos sociais existentes é maior entre os enfermeiros. Por acompanhar o trabalho dos ACS e dos auxiliares de enfermagem e por não estar *preso* a um determinado número de consultas, tampouco limitado ao espaço do consultório, o enfermeiro acaba sendo mais requisitado para conhecer, se inteirar e resolver problemas do território, como exemplifica o depoimento abaixo:

A grande maioria das enfermeiras tem uma agenda programada e a gente tem que disponibilizar essa agenda no sistema para as consultas que são marcadas na maternidade, por exemplo, um dia tenho agenda só com hipertenso, tenho um dia para fazer o trabalho na área e assim vai [...] as outras coisas a gente vai fazendo no meio [...] fazer os telefonemas, resolver mais aquele cavalo que morreu e jogaram no rio ou o cachorro que tá solto e que mordeu uma criança e a gente tem que achar o dono do cachorro e o responsável pela criança [...] isso tudo a comunidade e até os profissionais vem solicitar pra enfermeira. (Enfermeiro entrevistado 2)

Sobre o genograma, abordagem familiar e prontuário família, a situação é muito semelhante à dos médicos, ou seja, não fazem. Quanto ao prontuário familiar, reiteram as observações dos médicos, afirmando que os prontuários são individuais e que não estão agrupados por família. Em relação ao genograma e à abordagem familiar, diferente dos médicos, vários enfermeiros (58,8%) referiram não utilizar tal ferramenta por não ter sido capacitado, conforme ilustra o depoimento abaixo.

Nossa capacitação no introdutório foi muito curta, não vimos como aplicar estas ferramentas na prática. (Enfermeiro 12)

Do nosso ponto de vista, esta é uma questão importante e merece ser analisada uma vez que, se não houver uma direcionalidade das práticas para uma abordagem mais voltada à perspectiva familiar, não se estará fazendo “Saúde da Família” e sim, reproduzindo atenção clínica convencional, como bem retratam os depoimentos acima. Entende-se que esta situação é decorrente da hegemonia do modelo biologicista e centrado na consulta médica, o modelo culturalmente conhecido pelos usuários. No entanto, para reorientar as práticas, como

preconiza a estratégia Saúde da Família, é preciso considerar que a conversão do modelo não se fará apenas mudando os parâmetros médico/população e, menos ainda, mudando apenas o papel de médico, que deixa de ser especialista para se tornar generalista. É preciso investir na criação de uma nova cultura, de um novo *modus operandi* que vá crescendo no interior do modelo vigente, a ponto de virá-lo do avesso; aí sim estaria sendo feita a conversão do modelo. Neste sentido, a introdução destas ferramentas - genograma, abordagem familiar, conhecimento do território, visita domiciliar não apenas para problemas ou situações emergenciais, entre outras, poderia contribuir para mudar esta perspectiva centrada no atendimento curativo individual e focalizada unicamente na doença. Para tanto, seriam necessário rever o processo de trabalho dos médicos e enfermeiros e readequar os instrumentos de trabalho de forma a priorizar novos aspectos e abordagens de acordo com os pressupostos da Saúde da Família.

Esta situação, no entanto, requer também uma outra compreensão do processo saúde/doença e do próprio conceito de saúde por parte da população, haja vista que os serviços e os profissionais ficam reféns da consulta médica como sendo a única (ou a mais importante) solução para todos os seus problemas. Da mesma forma, estas ferramentas da Saúde da Família, a nosso ver, podem contribuir para cultivar uma outra lógica de atenção à saúde junto à população, devolvendo a ela um papel mais ativo nas decisões sobre sua condição de saúde e tornando-a menos dependente dos profissionais e dos serviços, em especial dos médicos, na perspectiva da co-responsabilização.

RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE: A ESCUTA ATIVA AOS PROBLEMAS DO PACIENTE

Nesta questão, buscou-se conhecer alguns aspectos presentes durante um atendimento que nos desse uma noção geral da relação profissional-paciente no momento das consultas médicas e de enfermagem. Para isso, partiu-se do tempo total de uma consulta (100%) e se questionou sobre o tempo médio dedicado à escuta das queixas do paciente e o tempo médio dedicado às orientações ao paciente.

SITUAÇÃO DOS MÉDICOS

Foi possível observar a existência de uma preocupação dos médicos em “escutar” o paciente e em conhecer a situação de vida e saúde do paciente. De modo geral, 55% do tempo da consulta é reservada à escuta do problema do paciente e 45% às orientações do médico. Por ordem de freqüência, segundo os médicos, quando os pacientes estão em consulta,

primeiro eles apresentam suas queixas ou dúvidas sobre o motivo da consulta ou da doença; segundo, eles contam ou se queixam de problemas familiares e, por último, relatam ou se queixam dos problemas mais gerais. Mas, afirma um médico, “cada consulta é única, porque é centrada no paciente”.

Para os médicos, entretanto, o tempo para as consultas e a alta demanda são fatores apontados como dificultadores para esta relação médico-paciente. Ainda assim, durante a consulta, os médicos procuram investir na orientação dos pacientes sobre o estilo de vida e saúde (40% dos médicos informam fazer isso com bastante frequência) e orientar os pacientes sobre a importância de participarem dos grupos de saúde (56,7% dos médicos fazem essas orientações com relativa frequência).

Apenas três médicos informaram que, mesmo com a pré-consulta feita pela enfermagem, eles a refazem por acharem que é um momento importante do atendimento, onde ele começa a dialogar e interagir com seus pacientes.

Por fim, alguns médicos transcreveram sua rotina semanal de trabalho para exemplificar suas falas. Em comum, o que se observa é que eles reservam um período por semana para as visitas domiciliares aos pacientes mais necessitados, reservam algumas consultas diárias para os atendimentos programados (geralmente no início do período de trabalho) e procuram reservar horário para as reuniões de equipe. A vida da comunidade, dizem eles, *a gente fica sabendo por meio dos pacientes, dos profissionais e até nas conversas de corredor com os colegas.*

SITUAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Na consulta de enfermagem, o tempo dedicado à escuta do paciente é maior. De modo geral, 65% do tempo da consulta, em média, é reservada à escuta dos problemas do paciente e 35% às orientações dos enfermeiros e, segundo eles, os pacientes relatam primeiro suas queixas mais imediatas; segundo, relatam suas situações de vida e depois os problemas familiares. Portanto, estes resultados que nos levam a inferir que o enfermeiro tem uma percepção mais abrangente das necessidades de saúde e problemas dos usuários atendidos por ele.

Os enfermeiros assim como os médicos, referem trabalhar com uma rotina programada de trabalho, com períodos intercalados por consultas, atividades externas, atividades de educação em saúde e atividades com as equipes. E essa programação é relativamente flexível, podendo ser refeita sempre que há necessidade de atender alguma

demanda mais específica de trabalho. A nosso ver, como o trabalho do enfermeiro permite esta flexibilidade, este é um dos elementos que contribui para instalar um maior diálogo com o paciente, a ponto de ele (paciente) poder se sentir mais à vontade para apresentar suas queixas aos enfermeiros.

Para muitos enfermeiros, no entanto, essa agenda polivalente parece extenuante, embora a preocupação com os usuários seja considerada o objetivo central do trabalho. O depoimento abaixo, extraído de um dos questionários, ilustra a questão.

Infelizmente nossas atividades rotineiras de trabalho não permitem ao enfermeiro acompanhar todos os usuários das nossas micro-áreas. Impossível! Atividades de coordenação da equipe de enfermagem e ACS, rotinas, equipamentos, medicamentos, higiene e limpeza, vacinas, insumos, relatórios administrativos, etc, etc, etc, inviabilizam nosso atendimento 100% voltado ao paciente. (Enfermeiro 6)

LONGITUDINALIDADE E FORMAÇÃO DE VÍNCULO: COMO O ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES ACONTECE NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS

Neste item, buscou-se conhecer o quanto os profissionais conseguem acompanhar seus pacientes em suas diferentes necessidades e ao longo do tempo. O resultado encontrado mostra que:

- ▶ 98% dos médicos e 40,6% dos enfermeiros referem assistir grande parte de seus pacientes em mais de um episódio de doenças ou problemas de saúde;
- ▶ 88,4% dos médicos e 81,8% dos enfermeiros conhecem e atendem pessoas de mais de uma geração de uma mesma família;
- ▶ 51,2% dos médicos e 58,4% dos enfermeiros referem acompanhar seus pacientes em mais de um ciclo de vida;
- ▶ 48% dos médicos e 52,7% dos enfermeiros conseguem conhecer vários de seus pacientes pelo nome.

Sobre o acompanhamento dos pacientes encaminhados aos serviços de referência e sobre a existência efetiva da contra-referência aos médicos e enfermeiros das equipes, o que se observou é que:

- ▶ 49% dos médicos têm retorno do paciente encaminhado a outros serviços de referência embora muitas vezes este retorno não venha acompanhado de uma contra-referência formal (o paciente é que traz a informação ao médico) e 38,7% dos enfermeiros têm retorno do paciente encaminhado ou ao médico da sua equipe ou aos serviços de referência de acordo com os protocolos;

- ▶ 76% dos médicos e 51% dos enfermeiros ficam sabendo quando seus pacientes são internados ou vão a óbito sendo que nesta situação, destaca-se o papel dos ACS como informantes-chave e,
- ▶ cerca de 70% de ambos os profissionais ficam sabendo dos pacientes de seus respectivos territórios-área que vão a óbito, também pelos ACS.

Alguns depoimentos ilustram esta situação, tais como:

Eu consigo saber e me informar sobre a situação junto ao próprio paciente. O retorno de contra-referência é RARO. (Médico 34)

Podem ser acompanhados os pacientes atendidos em serviços que possuam prontuário eletrônico ligado ao sistema intranet da Prefeitura de Curitiba. Os demais, ou os pacientes não trazem as contra-referências preenchidas pelos especialistas, os especialistas não preenchem ou são perdidas pelos pacientes. (Médico entrevistado 2)

É difícil acompanhar os pacientes porque em 6 anos e meio de casa eu já estou na 4ª Unidade de Saúde!! (Médico 33)

As informações obtidas neste bloco de questões nos permitem evidenciar que os pré-requisitos para o acompanhamento longitudinal dos pacientes e para a formação de vínculos conforme apontados por Starfield ⁶¹ (páginas 98-99) estão dados, embora possam não estar ocorrendo em sua potencialidade. Na relação profissional-paciente verifica-se que a maioria dos profissionais afirma atender os pacientes em mais de um episódio de problemas ou necessidades de saúde. Por outro lado, os serviços estão estruturados, o território está subdividido em áreas, os médicos e enfermeiros são generalistas e se dedicam integralmente ao trabalho na equipe, há grupos de promoção à saúde organizados, há um sistema de registros consolidado (embora inadequado), mas há uma sobrecarga de trabalho do médico e uma dispersão do trabalho do enfermeiro que dificultam a implementação destas ações.

Por outro lado, viu-se anteriormente que as atividades que mais ocupam as agendas dos profissionais são aquelas que dependem de vários contatos ou para serem controladas (como a hipertensão, a diabetes, a puericultura e o pré-natal, por exemplo) ou para serem resolvidas (exames de preventivo de câncer, aleitamento materno, puerpério, entre outras) e, por outro, os protocolos implantados pela SMS prevêem o acompanhamento pelo médico ou profissionais das Unidades de Saúde daqueles pacientes encaminhados aos serviços de referência em várias situações (saúde mental, HIV/Aids, saúde ocupacional, pacientes vitimizados, entre outros).

A esses resultados agregam-se dois fatores para a análise da situação: o primeiro é que os médicos e enfermeiros estão fixados a um determinado território e são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes e usuários e, segundo, a população destes territórios, via de regra, não tem recursos para procurar outros serviços e/ou profissionais de saúde. Desta forma, a relação profissional de saúde-população é quase que compulsória na Saúde da Família. Entretanto, ainda assim, não se pode afirmar que este acompanhamento esteja contribuindo para a formação de vínculos e para a longitudinalidade do cuidado, que requer tempo e investimento nos aspectos subjetivos dessa relação para que a consulta ou o ato do cuidado em si transponham os limites do atendimento convencional, calcado na queixa e na doença em si.

Ainda que os profissionais estejam atendendo (e até identificando) mais de uma pessoa ou mais de uma geração de membros de uma mesma família, ao cotejar estes resultados com as informações obtidas anteriormente relativas à falta de tempo para as consultas e para as visitas, a não existência de prontuários adequados e a dificuldade em obter informações de contra-referência dos pacientes encaminhados, fica difícil afirmar que esses processos estejam ocorrendo de fato. A situação dos médicos parece ser pior do que a dos enfermeiros, que ainda conseguem (os enfermeiros) ter uma maior autonomia na organização da agenda e dedicam um pouco mais de tempo ao diálogo com os pacientes, como eles mesmos referem. Por sua vez, o reconhecimento do papel do ACS como informante-chave da situação de saúde dos usuários da unidade pelos médicos e enfermeiros é bastante significativo e pode ser implementado na perspectiva de ele se tornar o ponto de contato dos pacientes referidos a outros níveis do sistema.

Mesmo não podendo afirmar que o cuidado continuado e o vínculo estejam ocorrendo, do nosso ponto de vista, é interessante ressaltar que as condições para implementar essas atividades estão dadas e, com alguns ajustes no processo de trabalho das equipes, poderão transcorrer de maneira satisfatória. Da mesma forma, vários depoimentos mostram um envolvimento e uma preocupação dos profissionais com seus pacientes que merece destaque. Alguns depoimentos ilustram esse envolvimento:

Às vezes entro em estresse emocional por envolvimento, por não poder resolver todos os problemas. (Médico 52)

[...] o envolvimento e a preocupação contínua além do horário de trabalho continuam. É difícil, impossível desligar-se. (Médico 7)

No momento da pesquisa, havia profissionais recém remanejados de uma unidade à outra e profissionais com menos anos de trabalho na SMS, como citado anteriormente. Esta situação, além de demonstrar dificuldades nos mecanismos de fixação dos profissionais nas equipes e nos territórios, também mostra que nas unidades nas quais os profissionais são mais antigos e, portanto, têm mais tempo de trabalho, são aquelas onde eles referem mais acompanhar os pacientes ao longo da vida e conhecer boa parte deles pelos seus respectivos nomes. Os depoimentos ilustram esta situação.

Nossa área é pequena e temos uma equipe mais ou menos estável, é fácil conhecer os pacientes, saber o que está acontecendo com eles. Praticamente a gente conhece e acompanha todo mundo. (Enfermeiro entrevistado 1)

É muito importante que uma mesma equipe fique mais de 2 anos com os mesmos pacientes, numa mesma área. Sou contra contratos de 2 anos para equipes de Saúde da Família. (Enfermeiro 44)

O TRABALHO EM EQUIPE

Quanto ao trabalho em equipe, há algumas especificidades no trabalho dos médicos em relação ao dos enfermeiros. Os médicos, via de regra, participam como integrante da equipe nas reuniões (88%), enquanto que os enfermeiros organizam ou coordenam as reuniões de suas respectivas equipes (70,1%), que, na maioria das vezes, são semanais.

Tanto os médicos como os enfermeiros referem organizar e participar não apenas das reuniões técnico-administrativas, mas também de atividades comemorativas do grupo sempre que possível ou que haja uma data ou motivo especial para isso. Menos de 5% (somados médicos e enfermeiros) foram os que reclamaram do “clima” da Unidade de Saúde.

Nas reuniões de planejamento e avaliação das ações de saúde da unidade, de modo geral os médicos costumam participar menos (53%) apesar de referirem gostar do *feedback* do trabalho. Os enfermeiros, por sua vez, costumam participar dessas discussões mais frequentemente (81,1%).

Os médicos referem dividir o cotidiano de trabalho mais com os auxiliares de enfermagem do que com os demais componentes da equipe (65,3%) e, depois, com os enfermeiros (22,4%). É inexpressivo o número de médicos que referem trabalhar com o ACS. Os enfermeiros informam trabalhar com toda a equipe (65%) ou com toda a equipe mais a

Autoridade Sanitária Local (25%). Uma minoria refere trabalhar mais diretamente com os ACS.

Tanto os médicos como os enfermeiros informam preferir a organização do trabalho por programas e protocolos, sendo que 70% dos médicos e 78,7% dos enfermeiros afirmaram essa preferência. Entre os médicos, 62% seguem freqüentemente os protocolos existentes e 23,1% atestam seguir rigorosamente os mesmos. Os enfermeiros, por sua vez, costumam segui-los com maior rigor, sendo que 75,5% o faz rigorosamente e 24,5% o faz freqüentemente, mas adaptando conforme as necessidades de trabalho.

Segundo os profissionais, os temas mais discutidos nas reuniões são os problemas de saúde da população da área, os sistemas de registros e informações em saúde e os programas de saúde. As discussões sobre condutas frente a alguns casos ou problemas de saúde não são freqüentes entre os médicos, sendo referidas somente por 21,6% deles, embora citem que gostariam de poder ter esse tipo de discussão com mais freqüência nas unidades e com seus pares. Entre os enfermeiros, isso ocorre com mais freqüência (42,3%).

No cotidiano de trabalho, o enfermeiro realiza mais atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária do que o médico. No primeiro caso, 94,5% dos enfermeiros informam realizar ações de vigilância epidemiológica em seu território, enquanto que 45% dos médicos informam ter feito tal procedimento.

O mesmo ocorre em relação à vigilância sanitária, que é menor nas duas profissões, mas é menor ainda para o médico (43% e 27% respectivamente). No entanto, como referem os entrevistados, no distrito sanitário há uma equipe específica de vigilância sanitária, que atua em conjunto com as equipes locais, requisitando mais o enfermeiro quando necessário.

Sobre as atividades especificamente realizadas pelos enfermeiros das equipes, a capacitação dos auxiliares de enfermagem e dos ACS é a que eles mais fazem (80% e 69,1%, respectivamente). Em seguida, vem o relatório de controle de medicamentos psicotrópicos (65,5%), relatório do SIAB (61,8%), pedido de medicamentos (60,0%), pedido de material (54,5%) e escala de férias (52,7%). Vários enfermeiros referem fazer relatórios de vacina, supervisão da unidade, coordenação da rede de proteção da criança e do adolescente, coordenação dos ACS, comissão de controle de infecção, bolsa família, vigilância epidemiológica, relatório de tuberculose, relatório de hanseníase e escala semanal de trabalho da equipe.

Os resultados encontrados reafirmam a multiplicidade de atividades dos enfermeiros em relação aos médicos, que vai desde a organização das reuniões das equipes em si até as capacitações para os auxiliares e ACS. Por outro lado, pelo que a maioria cita, os relatórios são muitos e seria interessante verificar até que ponto esses relatórios dependem dos enfermeiros das equipes ou se são de competência das ASL, e até onde o problema da falta de familiaridade com o uso dos computadores está afetando o dia a dia de trabalho desses profissionais, conforme visto anteriormente.

Os depoimentos abaixo exemplificam esse cotidiano de trabalho dos enfermeiros e é importante que se reflita sobre a multiplicidade de ações na perspectiva da reorganização do processo de trabalho em saúde.

O papel do enfermeiro na Unidade de Saúde é muito amplo, porém torna-se muito repetitivo no dia a dia, devido a vários fatores, sobretudo pela dificuldade com os recursos humanos. Existem diariamente muitas ausências, principalmente por motivos de doenças o que acaba nos fixando mais tempo na Unidade, fazendo trabalhos administrativos e mesmo procedimentos de enfermagem, cooperando com os auxiliares. Também trabalhamos muito em função de escolas, tendo muitas vezes que priorizar esses atendimentos. E com isso, sempre a demanda livre que procura a Unidade tem mais acesso ao nosso atendimento do que aquele usuário que precisa do atendimento em casa. (Enfermeiro entrevistado 1)

Procuramos fazer educação em saúde, procuramos fazer com que a população entenda que o básico é também de responsabilidade deles: vacinação, puericultura, consulta de pré-natal, acompanhamento rigorosos das crianças até o primeiro ano, prevenção de câncer cérvico-uterino, planejamento familiar e ir atrás dos “faltosos” dos programas citados acima. (Enfermeiro 46)

6.6 VALORIZAÇÃO E SATISFAÇÃO COM O TRABALHO

Este bloco de questões buscou mapear a satisfação dos profissionais com o trabalho em Saúde da Família e a percepção dos mesmos sobre a valorização social do trabalho nesta área.

Em relação ao primeiro aspecto – valorização do trabalho, os médicos referem valorizar as condições de trabalho na Saúde da Família, tais como o fato de poder atuar em uma mesma área geográfica (90,3%); atuar em regime de dedicação integral à Saúde da Família (68,7%); trabalhar com uma mesma equipe (86%), trabalhar com uma população adscrita a uma determinada área geográfica (88,3%) e trabalhar com equipe multiprofissional (63,5%).

Para os enfermeiros, as questões sobre o tempo integral e área geográfica não foram solicitadas pelo fato de o trabalho do enfermeiro se dar, historicamente, nestas condições. Foi solicitado que os mesmos opinassem sobre o trabalho em uma equipe multiprofissional e sobre o trabalho com população de um território-área. Em ambas as situações, os enfermeiros referem como sendo um ponto positivo para o desenvolvimento do trabalho, mas reiteram que trabalham mais na perspectiva do atendimento da população do território da Unidade do que do território da equipe (62%).

Sobre a valorização e reconhecimento do trabalho, os médicos apontam sentir-se mais valorizados primeiro por suas próprias famílias (65,4%), depois pela população (57,7%), pelas lideranças da comunidade (55,8%), pelo Secretário de Saúde (48,1%), pela equipe central da SMS (50%) e por último pelos seus pares (48,9%).

Situação diferente é a encontrada entre os enfermeiros que referem sentir-se valorizados e reconhecidos primeiro por seus pares (72,3%), depois por seus familiares (66,7%), pela população (61,1%), pelas lideranças da comunidade (51,9%), pela equipe central da SMS (45%) e por último, pelo Secretário de Saúde (42,3%).

Cabe ressaltar que a pergunta foi generalista e não especificou uma determinada equipe central ou um Secretário de Saúde específico, mas sim, a direção da SMS em si, pois o objetivo deste estudo não se propôs a avaliar nenhum dirigente.

Na seqüência, o resultado encontrado sobre a satisfação com o trabalho em Saúde da Família mostra que:

- ▶ 66,8% dos médicos estão satisfeitos, sendo: 10% totalmente satisfeitos e 56,8% satisfeitos;
- ▶ 23,2% estão insatisfeitos, sendo: 19,4% pouco insatisfeitos e 3,8% muito insatisfeitos;
- ▶ 61,6% dos enfermeiros estão satisfeitos, sendo: 12,5% totalmente satisfeitos e 49,1% satisfeitos;
- ▶ 38,4% estão insatisfeitos, sendo: 31,0% pouco insatisfeitos e 7,2% muito insatisfeitos.

Em relação à remuneração atual, os dados encontrados mostram que o nível de satisfação com os salários é maior entre os médicos do que entre os enfermeiros.

- ▶ 80,4% dos médicos referem satisfação com os salários (35,3% estão satisfeitos e 45,1% razoavelmente satisfeitos). Nota-se que nenhum referiu estar totalmente satisfeito embora esta opção existisse;

- ▶ 11,8% dos médicos referem estar muito insatisfeitos;
- ▶ 34,6% dos enfermeiros estão satisfeitos (11,5% satisfeitos e 23,1% razoavelmente satisfeitos) e
- ▶ 65,4% dos enfermeiros referem estar muito insatisfeitos com a remuneração atual.

Nesta perspectiva, 72,6% dos médicos e 58,2% dos enfermeiros afirmam que continuariam sendo médicos da Saúde da Família ainda que lhes fossem dadas outras opções de trabalho na SMS. A desistência maior é apontada pelos enfermeiros que, se tivessem outra opção, abandonariam o trabalho em Saúde da Família (41,8%) “no ato”, segundo vários deles.

Estas questões referentes à satisfação com o trabalho vieram acompanhadas de muitas manifestações, tanto nos questionários como nas entrevistas. Dos questionários, selecionamos alguns depoimentos que sintetizam os demais:

A enfermeira possui um acúmulo de funções: relatórios, administração, equipe de enfermagem, ACS, agenda médica, materiais e insumos, reuniões, treinamentos e capacitações, assistência aos grupos de atendimentos programados e não programados: HAS, DM, crianças, gestantes, “epidemiologia”, tuberculose, hanseníase, saúde mental, etc. campanhas (organização e realização). Fico extremamente decepcionada, indignada por nosso salário ser inferior aos outros profissionais de nível superior que atendem somente um número X de pacientes e “pronto”. Não há justiça quanto a essa realidade, mas...?! (Enfermeiro 470)

Penso que a remuneração dos profissionais de nível superior (enfermeiros, dentistas e médicos) deveria ser igual. (Enfermeiro 42)

Estou insatisfeito, indignado, estupefato!!! Injustiçado, pois tenho curso superior tanto quanto o médico e o cirurgião-dentista. Eles recebem 80% enquanto nós recebemos 60%!!! (Enfermeiro35)

O enfermeiro, pelo menos em Curitiba, que atua na estratégia do PSF, é referência para as equipes, organiza, coordena, planeja as ações e salarialmente é injustamente remunerado. Soluções: união da classe, lutar por remunerações iguais à dos médicos e dentistas. Hoje um THD do PSF ganha o que um enfermeiro de uma UBS recebe. Cadê a valorização do profissional? (Enfermeiro 50)

No nosso município a insatisfação com a remuneração está relacionada ao fato de recebermos como gratificação (insegurança). (Médico 23)

Por fim, além desses aspectos, alguns depoimentos obtidos por meio das entrevistas mostram outros recortes acerca dessa mesma reflexão que, do nosso ponto de vista, são muito importantes para a consolidação da Saúde da Família no município estudado enquanto estratégia da Atenção Básica e que devem somar-se ao rol de questionamentos e reflexões. São eles:

Antes, quando começou a expansão do PSF eu sinto que eu tinha muito mais satisfação porque a gente tinha muitos encontros, muita discussão [...] formávamos uma espécie de defensores do PSF, ninguém queria que ele fosse implantado sem garantir a qualidade dele, o trabalho diferencial que são justamente os seus princípios [...] então, tinha muitas reuniões, muita discussão de o que fazer e como fazer as coisas pra garantir que o PSF fosse diferente, fosse um novo modelo, uma nova prática [...] e com isso, a gente aqui da ponta se sentia valorizado porque a gente se sentia fazendo parte de um processo sabe, um projeto maior, que não era só da Secretaria de Saúde do município, mas também, a gente tava ajudando a construir um modelo nacional, um modelo pra mudar as coisas [...] e a gente queria que Curitiba desse uma contribuição importante, diferenciada [...] então, era aquela sensação de pertencimento sabe, de pertencer a um projeto maior de mudança, de fazer parte de uma política de mudança [...] e isso era bom porque cada coisa que a gente fazia e achava diferente, a gente registrava pra discutir com outros colegas e todo mundo queria fazer alguma coisa diferente pra contribuir [...] a gente não tinha tantas benefícios mas tinha essa motivação [...] com o tempo isso acabou e nós viramos só mais uma equipe local [...] não acho que a gente tenha mais aquele reconhecimento que a gente tinha antes, nem sei se esse é o interesse agora [...] o trabalho agora é sozinho, cada um por si, cada equipe acha seu jeito de fazer as coisas. (Médico entrevistado 1)

A gente se envolve muito com os pacientes, se envolve muito com os problemas deles e tem dias que a gente não agüenta a gente não tem esse preparo [...] não tem nenhum suporte. [...] Acho que a Saúde da Família na Secretaria caminha muito sozinha [...] acho que é uma frustração das equipes, tem uma diretriz para a Saúde da Família, mas a gente está muito sozinha. Uma coisa são estas capacitações que tiveram, mas o depois a gente não tem reuniões de coordenador, não tem nenhum acompanhamento mais [...] cada um dá o tiro que for melhor pro seu trabalho [...] eu faço o melhor porque eu busco isso na minha vida profissional. Eu quero ser uma boa profissional e por isso vou atrás de tudo, procuro estar sempre me informando, mas isso é porque eu vou atrás [...] vou atrás de uma colega pra saber o que ela está fazendo nisso ou aquilo [...] a gente não tem uma estrutura própria para nos dar suporte [...] no caso, o nível distrital tem uma estrutura para resolver as questões administrativas, da assistência geral, as coisas dos protocolos e as metas, como é que estão ou não estão, mas eu não vejo nada, nenhuma iniciativa que ajude a gente a pensar a Saúde da Família como um todo [...]. Acho que o nível distrital podia ter alguém mais preparado para fazer um acompanhamento, uma motivação para a gente estar trabalhando com essa estratégia e dar mais apoio às equipes locais [...]. Não existe uma estratégia especial de acompanhamento da Saúde da Família no município [...] as equipes se confundem, o que é equipe de Unidade Básica e o que é equipe de Saúde da Família [...] o que diferencia é só a questão salarial, hoje se a gente for pensar, a Saúde da Família é uma equipe cara para o município, mas se for pensar em termos de impacto, dos resultados que ela pode alcançar, aí não tem nenhuma proposta específica [...] na Secretaria não tem nada e o próprio distrito também não tem isso [...] se a gente for ver qual foi o último treinamento que a Secretaria deu pra Saúde da Família, não tem, não deu nenhum, a gente é que procura, mas é cada um por si [...] podia ser a nível distrital, eu acho que não precisava ser a nível da Secretaria Municipal [...], ter espaços pra essa troca, pra essa construção, pra discussão dos marcos conceituais [...] reuniões pra gente trocar e discutir as experiências locais, ter um espaço de troca mesmo, de um apoiar o que o outro está fazendo. (Enfermeiro entrevistado 1)

Essas duas expressões refletem o sentimento de solidão das equipes locais e revelam como estes profissionais valorizam os espaços coletivos de discussão, de compartilhamento de suas experiências e angústias de trabalho. O sentimento de pertencimento relatado pelo médico e o da solidão das equipes a que se refere o enfermeiro mostra os dois lados de uma mesma situação: o de se sentir ou não fazendo parte de um projeto coletivo, de um projeto maior de trabalho. E isso parece ser um diferencial para a motivação dos profissionais conforme está claramente explicitado nas colocações dos mesmos.

Segundo informações obtidas durante as entrevistas com os dirigentes, a estes respeito informam que a SMS está implantando um projeto em parceria com a Universidade Evangélica do Paraná intitulado GAP – Grupo de Aperfeiçoamento Profissional, na perspectiva da educação permanente e na linha da gestão de pessoas. No entanto, esta iniciativa está voltada apenas aos médicos da Saúde da Família. Os médicos estarão liberados das unidades, uma vez a cada quinze dias para estudar e discutir entre pares suas práticas e condutas clínicas, inclusive com internet banda larga e uma sala de ensino montada para esta finalidade.

Outra iniciativa nesta mesma linha, é para os dentistas. Em parceria com a PUC – Pontifícia Universidade Católica do Paraná está sendo elaborado um curso de especialização em Saúde Coletiva com ênfase para a odontologia em Saúde da Família. Estas duas iniciativas são institucionais e fazem parte da estratégia de capacitação e firmação destes profissionais para o trabalho na Saúde da Família.

Por sua vez, não foram observadas iniciativas similares para a categoria dos enfermeiros, ou seja, não houve uma capacitação específica para o trabalho em Saúde da Família e tampouco há um projeto voltado para as necessidades do enfermeiro nesta área de atuação.

Como enfermeira de formação e pesquisadora, não há como não registrar nossa frustração e preocupação em relação à esta situação, haja vista todos as informações e depoimentos obtidos neste estudo. Do nosso ponto de vista, merece uma análise mais cuidadosa, uma escuta mais ativa dos dirigentes da SMS ao grupo de enfermeiros das equipes pois é visível o descontentamento e a insatisfação dos mesmos sobre suas condições de trabalho: alta demanda, complexidade e diversidade das ações, sobrecarga de trabalho, salário base mais abaixo que os demais profissionais de nível superior, sistema de incentivos muito aquém dos médicos e enfermeiros, falta de espaços para reflexões colegiadas e ausência de

cursos de formação e capacitação específicos para a Saúde da Família. De fato, e mesmo entendendo e concordando-se com a importância de políticas de atração e fixação dos médicos e odontólogos para o trabalho na Saúde da Família, não se pode desprezar esta síndrome existente no interior das equipes, com riscos de haver perda na qualidade e no avanço do processo causadas pela desmotivação (e desmobilização) dos enfermeiros.

Finalizando este conjunto de questões, foi solicitado aos profissionais que apontassem, na opinião deles, quais eram os três aspectos positivos e os três negativos no seu trabalho como médicos e enfermeiros da Saúde da Família. Após sistematização, os mais citados foram agrupados e organizados por ordem de frequência. São eles:

▶ ASPECTOS POSITIVOS

ENFERMEIROS: 1- Formação de vínculos com o paciente, família e população/comunidade; 2- Trabalho em equipe multiprofissional; 3- Conhecer o território e as condições de vida da população; 4- Trabalhar com planejamento e de acordo com as necessidades da população e das áreas de risco; 5- Ter maior autonomia profissional; 6- Visão ampliada dos problemas de saúde da população e das famílias; 7- Salário é um pouco melhor do que na área hospitalar; 8- Conhecer as famílias, ter contato com as famílias; 9- Fazer visitas domiciliares, e 10- Poder trabalhar com prevenção e não só nos casos de doenças.

MÉDICOS: 1-Conhecer o paciente no seu território no seu contexto geral de vida e família; 2- Poder acompanhar longitudinalmente os pacientes; 3-Trabalho em equipe multiprofissional; 4-Atuar com planejamento local, conhecer o território e os problemas de saúde da comunidade; 5-Formação de vínculo com os pacientes; 6-Formação de vínculo com as famílias e comunidade; 7- Poder atuar na prevenção; 8-Poder atuar de forma mais abrangente, ter melhor visão dos problemas de saúde; 9-Atendimento ao indivíduo como um todo, integralidade, e 10-Capacitação e educação continuada e a remuneração diferenciada.

De modo geral, o que se observa é que há muita semelhança entre os pontos positivos apresentados tanto pelos enfermeiros como pelos médicos, embora os aspectos não sejam apresentados na mesma ordem de frequência.

Os enfermeiros valorizam do ponto de vista profissional, a maior autonomia no trabalho e o salário que, apesar de ser menor do que o dos demais profissionais de nível superior da equipe, ainda é um pouco melhor do que o encontrado no mercado. Do ponto de

vista das práticas profissionais, valorizam a possibilidade de ter contato com as famílias e fazer visitas domiciliares.

Os médicos, por sua vez, valorizam o fato de poder acompanhar mais adequadamente o paciente (acompanhar longitudinalmente, formar vínculo e atender o indivíduo como um todo) e, do ponto de vista profissional, valorizam a capacitação continuada e a remuneração.

▶ ASPECTOS NEGATIVOS

ENFERMEIROS: 1-Baixos salários; o salário do enfermeiro é menor do que os demais profissionais do nível superior; 2-Excesso de trabalho e de atribuições; 3-Pessoal da equipe de enfermagem pouco capacitado, sem perfil para o PSF; 4-Estresse, sofrimento por não poder resolver os problemas de saúde e sociais da população; 5-Carga horária; 6-Equipes incompletas; 7-Pouco tempo para as visitas e atendimentos domiciliares; 8-Pouca valorização do enfermeiro pelas chefias e instituição; 9-Falta de capacitação específica para o enfermeiro do PSF, e 10-Falta de compreensão da população sobre o trabalho do enfermeiro no PSF e sobre o próprio PSF.

MÉDICOS: 1-Desvalorização e pouco reconhecimento do trabalho do médico do PSF; 2-Remuneração inadequada; 3-Carga horária de 40 horas; 4-Estresse gerado pelo vínculo com os pacientes; sensação de impotência diante dos problemas; 5-Sobrecarga de trabalho: alta demanda, excesso de consultas, equipe incompleta; 6-Dificuldade na referência e contra-referência dos pacientes; 7-Equipes incompletas com sobrecarga de trabalho; 8-Sistema de prontuário informatizado lentos e não adaptados ao PSF; 9-Ser responsável por tudo e estar sempre disponível para a população, e 10-Falta de conhecimento da população sobre o PSF.

Sobre os aspectos negativos, observam-se resultados semelhantes. O que os enfermeiros aponta, diferente dos médicos são a pouca capacitação da equipe e a falta de perfil para o trabalho com a Saúde da Família e a falta de capacitação específica para os enfermeiros. Também explicitam em relação à desvalorização profissional, que a não valorização é pelas chefias e pela instituição.

Os médicos apontam de diferente o sistema de prontuário informatizado não adaptado à Saúde da Família e o fato de se serem responsáveis por tudo e ter que estar sempre disponível para a população.

6.7 TRABALHO COM A COMUNIDADE

Neste último bloco de questões referentes às práticas profissionais, foi solicitado aos participantes que informassem sobre participação social em saúde e trabalhos com a comunidade.

Neste quesito, viu-se que tanto os médicos como os enfermeiros não participam das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) (92% dos médicos e 82,7% dos enfermeiros), embora haja unanimidade em informar a existência de CLS em suas respectivas áreas de atuação. Como razão principal para a não participação, eles apontam o horário em que são realizadas as reuniões dos Conselhos Locais que são sempre fora do horário de trabalho.

Ainda assim, segundo informam identificam as lideranças do território e os médicos afirmam identificá-las mais do que os enfermeiros (37,3% e 23,1%, respectivamente). E 42,3% dos médicos e 38,2% dos enfermeiros informam que as lideranças participam muito pouco das atividades de planejamento dos serviços com as equipes.

Os médicos e enfermeiros também não têm por hábito participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Somente 10% dos médicos dizem participar eventualmente das reuniões (geralmente em situações especiais) e 90% não participam. Dos enfermeiros, 21% participam eventualmente e 79% não o fazem. Embora não participem, procurem informar-se das deliberações das mesmas. Entre os enfermeiros que participam, alguns referem haver um rodízio entre os enfermeiros das equipes de uma mesma USF de modo que um sempre participe da reunião e repasse aos demais o que foi discutido e encaminhado.

Cotejando esses resultados com os encontrados no estudo de Escorel et al.¹²⁷, guardadas as devidas particularidades, verifica-se que no município de Curitiba, a participação desses profissionais assemelha-se à maioria dos municípios estudados pelos autores, que encontraram uma baixa participação dos profissionais das equipes de Saúde da Família nos Conselhos de Saúde.

Em relação à participação nas Conferências Municipais de Saúde, no entanto, o perfil melhora entre os profissionais, com 35,3% dos médicos e 58,2% dos enfermeiros informando participar das mesmas. Dos enfermeiros e médicos que participam das Conferências Municipais de Saúde, 36,4% e 13,4% já foram delegados municipais e 3,8% dos médicos foram delegados de Conferências Estaduais de Saúde.

Quando questionados sobre sua participação em outras atividades associativas, verificou-se que a maioria dos médicos (75%) não participa da qualquer associação e, quando o fazem, é de forma passiva (20,1%), ou seja, são filiados à entidades de classe, mas não freqüentam as reuniões e não participam das programações das mesmas. O mesmo ocorre com os enfermeiros dos quais 87% referem não participar de qualquer atividade associativa e 13% o fazem passivamente.

Do nosso ponto de vista, esses resultados refletem um perfil de pouco envolvimento dos profissionais com as práticas sociais em saúde, principalmente no que se refere à participação nos Conselhos Locais de Saúde. De qualquer forma, esse fato já deve ter sido objeto de análise institucional, uma vez que a progressão profissional do Plano de Cargos, Carreira e Salários da SMS prevê incentivos àqueles profissionais que participam ou venham a participar dos CLS.

Alguns depoimentos ilustram estes resultados:

Participo das reuniões do CLS só se sou convidado. (Médico 17)

Me mantenho informado das reuniões do CLS apenas se a chefia local traz informações a respeito. (Enfermeiro 30)

Particpei ativamente do CLS, mas agora eu só participo eventualmente. (médico 48)

6.8 PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Este bloco final do questionário teve como propósito identificar as práticas institucionais que foram implantadas ou implementadas com a estratégia Saúde da Família e verificar como os médicos e enfermeiros têm participado de algumas delas.

Retomando-se o perfil desses profissionais, vale lembrar que a maioria vem de uma trajetória de trabalho nas unidades locais de saúde da SMS de Curitiba e na prestação direta da assistência à saúde da população. Portanto, muitos têm acompanhado as iniciativas institucionais ao longo do tempo.

PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO LOCAL

Em relação ao planejamento local, o que foi possível verificar a partir dos resultados, é a existência destas atividades antes da Saúde da Família ser implementada, como referem a maioria dos profissionais de ambas as categorias. Para 53,8% dos médicos e 39,3% dos

enfermeiros esta atividade foi intensificada após a expansão da proposta. Para 30,8% dos médicos e 46,4% dos enfermeiros não houve implementação do planejamento após a Saúde da Família e para 13,5 % dos médicos e 14,3% dos enfermeiros não existe planejamento local nas USF da SMS de Curitiba.

Da mesma forma, sobre a avaliação dos serviços locais, os profissionais informam ser um processo anterior à Saúde da Família, mas que se intensificou após a sua implementação, como referem 51,9% dos médicos e 41,1% dos enfermeiros. Para 25% dos médicos e 35,7% dos enfermeiros não houve implementação da avaliação após a Saúde da Família e para 15,4 % dos médicos e 16,1% dos enfermeiros não existe avaliação local nas USF da SMS de Curitiba.

Quando questionados sobre a participação dos profissionais nestas atividades nos locais de trabalho, de modo geral, a participação dos enfermeiros mostra-se maior do que a dos médicos em ambas. Nas reuniões específicas para discutir o planejamento, os enfermeiros têm participado com mais frequência do que os médicos (55,4% e 32,7%, respectivamente). De igual forma, a participação dos enfermeiros na avaliação e no acompanhamento das metas é maior do que a dos médicos (57,2% e 34,6%, respectivamente).

Esses resultados estão em concordância com os vistos anteriormente, que apontam o trabalho do enfermeiro na condução das reuniões da equipe, no processo de avaliação e acompanhamento das metas dos planos de incentivos, entre outros, e permitem inferir as limitações de participação dos médicos em função da alta demanda de atendimento, com maior dificuldade para a flexibilização da agenda de trabalho.

Do nosso ponto de vista, estas duas atividades – planejamento e avaliação são práticas mais presentes nas Unidades Locais em função das propostas em torno do Plano de Metas da SMS que avalia o desempenho e o comportamento dos indicadores e têm implicação direta com o recebimento dos incentivos e gratificações aos profissionais da Saúde da Família. Deve-se reconhecer que são poucos os municípios que investem nestas atividades, como vimos no capítulo 5 e esta prática organizacional pode ser considerada inovadora no campo da administração pública.

REUNIÕES PARA DISCUSSÕES DE CASOS

Sobre a criação de oportunidades para as equipes locais realizarem discussões de casos relativos aos problemas e necessidades de saúde específicos do território, 57,7% dos médicos e 42,1% dos enfermeiros afirmam que essa prática aumentou após a Saúde da

Família, haja vista a presença de mais profissionais numa mesma Unidade de Saúde e dos horários para as reuniões das equipes. Entretanto, citam alguns, essa prática ainda é insuficiente e sua realização é dificultada pela falta de tempo ou do médico, ou do enfermeiro ou da confluência de agendas e ainda, pela pauta das reuniões já conter muita demanda externa (nível distrital ou central), motivo pelos quais acaba não haver tempo suficiente para que tais discussões ocorram.

Por sua vez, 51,9% dos médicos e 40,3% dos enfermeiros informam que as discussões ou reflexões mais abrangentes sobre a Saúde da Família, contexto do SUS e/ou contexto da Reforma Sanitária Brasileira praticamente não são feitas com as equipes locais. Alguns referem que as discussões giram em torno das questões técnicas e operacionais do trabalho, mas não é hábito fazer uma reflexão mais aprofundada sobre modelo assistencial ou políticas de saúde.

Esta é uma questão, a nosso ver, que merece ser repensada uma vez que é importante que os profissionais tenham consciência de seus respectivos papéis nas mudanças do modelo e das práticas em saúde. Sem estas reflexões mais amplas, entendemos que há grande probabilidade dos profissionais trabalharem sem uma visão mais crítica e politizada deste processo.

AÇÕES INTERSETORIAIS

Sobre a criação de mecanismos para a realização de ações intersetoriais, segundo os profissionais, o município já vinha caminhando numa trajetória de implementação dessas ações. Para 54,9% dos médicos e 62,4% dos enfermeiros, houve uma implementação dessas práticas, mas que foi incorporada mais naturalmente no cotidiano de trabalho uma vez que a SMS desenvolve ações articuladas com outras secretarias municipais há bastante tempo.

Em relação a esse quesito, cabe esclarecer que o município, no processo de descentralização dos serviços de saúde nos anos 80, tinha como opção política construir Unidades de Saúde ao lado de creches e escolas municipais, fazendo o acompanhamento sistemático da população infantil nestes equipamentos sociais. Talvez por isso, a prática de parceria com outras secretarias esteja incorporada à vida das Unidades de Saúde.

PROTOSCOLOS

Sobre os protocolos, o resultado foi semelhante e os profissionais fizeram as mesmas observações, confirmando a tradição do município em trabalhar com os protocolos institucionais. Para 56,9% dos médicos e 69,9% dos enfermeiros, a SMS trabalhava com protocolos antes da Saúde da Família e o que aconteceu após a expansão dessa estratégia no município foi a ampliação do escopo dos protocolos para além da assistência à saúde propriamente dita, como é o protocolo da Rede de Proteção à Criança e Adolescente Vítima de Violência.

CURSOS DE CAPACITAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

No que se refere aos processos de capacitação e formação, verificou-se que 78,6% dos médicos e 76,8% dos enfermeiros fizeram o Curso Introdutório após terem entrado para a Saúde da Família. Desses, 48,2% dos médicos e 60,7% dos enfermeiros referem não ter esperado muito tempo para fazer o curso e 30,4% dos médicos e 16,1% dos enfermeiros o fizeram muito tempo depois de iniciada a atuação na Saúde da Família.

Destaca-se que a SMS tem como política realizar o Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família e que, segundo informações dos dirigentes, esse curso tem uma duração média de 40 horas e é ministrado para todos os componentes da equipe no sentido de lhes apresentar a estrutura do município, os protocolos existentes e os princípios da Saúde da Família. No entanto, com frequência, as capacitações ocorrem tardiamente, após a equipe ter sido implantada e já ter tomado conhecimento da rotina dos serviços pelos seus próprios pares ou pelas Autoridades Sanitárias Locais. Assim sendo, há perspectiva de que os profissionais que não fizeram o Curso ainda possam fazê-lo.

Da mesma forma, a SMS tem uma trajetória de promover discussões na área programática (clínico-assistencial), principalmente nas patologias e agravos relativos aos protocolos assistenciais. Essa prática é referida pela maioria dos profissionais como anterior à implementação da Saúde da Família e a participação dos médicos e enfermeiros é mais expressiva do que nas anteriores (63,5% e 76%, respectivamente, referem participar sempre). A nosso ver, esta participação maior pode ser justificada pelo fato de os protocolos exigirem uma conduta de trabalho que envolve todos os profissionais ou por serem de presença obrigatória, para que todos tomem conhecimento dos mesmos concomitantemente.

No que se refere à capacitação para lidar com os sistemas de informações em saúde e com a gerência de equipe, no entanto, essas iniciativas estão menos presentes no cotidiano de trabalho desses profissionais. Para a maioria dos médicos, essas questões não se aplicam ao seu cotidiano de trabalho e, para os enfermeiros, 71,4% informam que essas capacitações não ocorriam e continuam não ocorrendo após a Saúde da Família, nem sob a forma de cursos de curta duração, tampouco como cursos de especialização.

Quanto à oferta de cursos de Especialização em Saúde Pública, de modo geral, os profissionais informaram que a SMS não tem feito parceria interinstitucional para a oferta dos mesmos. No entanto, alguns médicos referem a oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família em parceria com instituição de ensino que foi o curso do PROFAM e, para os enfermeiros “a SMS não ofertou e não oferta, fica como iniciativa individual a realização do mesmo pelos enfermeiros”. (Enfermeira entrevistada 2)

Sobre o Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 80% dos médicos e 91,1% dos enfermeiros informam desconhecer o andamento deste processo (instituição que oferta, critérios de seleção e ingresso na rede) e, segundo alguns, a Residência está voltada para os profissionais não inseridos na SMS. Também não atuam como preceptores e, via de regra, não acompanham residentes.

AUTONOMIA NO TRABALHO

De modo geral, tanto os médicos como os enfermeiros (82,7% e 82,1%, respectivamente) informam ter uma relativa autonomia para organizar suas atividades de trabalho e referem poder contar pouco com algum apoio ou assessoria da SMS quando propõem a realização de inovações no trabalho. Geralmente fazem isso no âmbito local e buscam as alternativas na própria equipe e junto à ASL da USF.

APOIO À PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS

Sobre o apoio institucional para participação em eventos científicos, 69,2% dos médicos e 60,7% dos enfermeiros informaram que esse apoio é muito eventual, pouco freqüente. Alguns informam que esse apoio acontece mais quando os eventos ocorrem no próprio município e ocorrem na forma de liberação do trabalho. Quando se trata de eventos fora do município e implicam em custos, este apoio é bastante menor.

INFRA-ESTRUTURA

Em relação à infra-estrutura para o desenvolvimento das atividades cotidianas de trabalho, os profissionais são unânimes em afirmar que as condições de trabalho são boas. A maioria afirma que há abastecimento contínuo de medicamentos para o atendimento à população (89% dos médicos e 91% dos enfermeiros) e disponibilidade de material de consumo para uso dos profissionais (75% dos médicos e 65% dos enfermeiros). O material permanente é suficiente e adequado para as equipes e para as USF (94,2% dos médicos e 91% dos enfermeiros); há acesso aos dados e informações epidemiológicas (96,2% dos médicos e 87,5% dos enfermeiros) e, em relação ao material de informática, eles fazem uma ressalva informando que há equipamentos disponíveis para todas as equipes, mas que gostariam de ter acesso à internet e ter e-mail institucionais (78,8% dos médicos e 79,3% dos enfermeiros).

Ainda sobre a questão da infra-estrutura, a maioria afirma que as equipes têm espaço adequado para reuniões das equipes e para as reuniões com as ASL e com a comunidade.

PLANO DE CARREIRAS, CARGOS E SALÁRIOS - PCCS

Sobre o Plano de Carreiras, Cargos e Salários, os resultados mostraram que há muito desconhecimento por parte dos profissionais sobre o que ele contempla ou deixa de contemplar e de como está estruturado. Muito profissionais, tanto médicos como enfermeiros, manifestaram por escrito que quase nada ou muito pouco sabem sobre o plano de carreiras da SMS. Não souberam identificar as formas de progressão horizontal e vertical na carreira, tampouco informar o que é valorizado pela instituição em relação à progressão funcional.

De acordo com as entrevistas com os dirigentes da SMS, verificou-se que o PCCS está em fase de reestruturação e pode ser que este seja um dos motivos da pouca familiarização dos profissionais com o mesmo. De qualquer forma, o resultado foi surpreendente uma vez que o PCCS é o instrumento de regulação e legitimação do trabalho e os trabalhadores deveriam, como era o suposto, estar mais informados acerca dele.

PAGAMENTO DE INCENTIVOS DIRETOS E INDIRETOS PELA SMS

Por fim, acerca dos incentivos diretos e indiretos pagos pela SMS, no que se refere à gratificação remunerada (incentivo direto), os profissionais referem que esta proposta já existia antes da Saúde da Família, foi suspensa e só agora está voltando. Na opinião da

maioria, esses incentivos são considerados muito importantes para o trabalho para 55,7% dos médicos e 62,6% dos enfermeiros. Poucos se manifestaram quanto aos benefícios indiretos.

APRENDIZADO INSTITUCIONAL

Este item foi pesquisado na entrevista com os dirigentes no intuito de apreender as iniciativas no campo da gestão municipal que o município tem investido para enfrentar os problemas de saúde.

Segundo Pires¹⁶⁷, o olhar para o trabalho em saúde no espaço institucional é importante porque grande parte da atenção à saúde prestada à população é feita nos espaços institucionais. Para a autora,

O olhar sobre os serviços de saúde institucionalizados justifica-se porque [...] (os serviços) organizam o seu funcionamento e processo de produção, dentro de sociedades determinadas e sob influências diversas como: as regras resultantes do jogo político entre interesses divergentes; os modelos administrativo-gerenciais hegemônicos adotados pelas empresas; a tecnologia disponível e aplicável na área; o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos e as características intrínsecas ao processo específico de produção do ato assistencial em saúde.

Nesta perspectiva, estudar com mais profundidade o trabalho desenvolvido pelo conjunto de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em especial o dos médicos e o dos enfermeiros, possibilitou conhecer um caso de gestão pública comprometida com a construção da cidadania e com o fortalecimento das políticas sociais no contexto do Brasil.

Ao verificar o direcionamento dado a cada proposta a ser implantada ou implementada na área da Atenção Básica, pôde-se enxergar o compromisso com a consolidação do SUS e o desenho de arranjos institucionais fortes e sedimentados. Exemplo disso é o investimento nos protocolos institucionais e interinstitucionais, que buscam viabilizar o enfrentamento dos problemas prioritários de saúde da população em parceria com outros órgãos e serviços públicos e filantrópicos, municipais e estaduais. Outro exemplo é a articulação intersetorial, que, além de buscar atender as necessidades sociais e de saúde da população de forma concomitante, otimiza os recursos e investimentos públicos e pode ser vista nos projetos de parcerias entre a Secretaria de Educação e da Saúde (atendimento das crianças das creches e escolas municipais) e entre as Secretarias de Esporte e Lazer e da Saúde, em que os profissionais de educação física atuam em conjunto com os da saúde nas

ações de promoção (grupos de caminhada, de incentivo às práticas de esporte e às práticas de vida saudável). Embora estas iniciativas tenham sido adotadas antes da Saúde da Família, pôde-se verificar que as mesmas foram fortalecidas após a implementação da Saúde da Família. De qualquer modo vale destacar

Ao buscar as explicações para este aprendizado institucional no campo da gestão pública da saúde para além dos documentos oficiais, viu-se que, via de regra, existe uma preocupação que perpassa continuamente a direção da SMS com a implantação de políticas, projetos e propostas que extrapola o compromisso com a melhoria da qualidade dos serviços e do atendimento à população: trata-se do fato de que os profissionais que hoje estão dirigentes, amanhã são os que estarão de volta na prestação dos serviços. Os dirigentes explicam que:

[...] o número de cargos comissionados na SMS é ínfimo e a ocupação de cargos e postos de comando prioriza a participação de pessoas do próprio quadro de funcionários [...] pessoas como eu, que hoje estou no nível central e amanhã posso estar de volta no nível local, é que fazem as propostas. Só por isso, quem hoje está na direção, se preocupa com o que está sendo proposto porque ele mesmo pode estar executando o que propôs ao final do seu tempo na direção. Isso é uma coisa tratada com naturalidade, é prática corrente na Secretaria e você sabe que está construindo uma história por inteiro e não está ali alimentando a fogueira da sua vaidade [...]. (Dirigente 4)

[...] a gente vem de uma história de implantação da Atenção Primária à Saúde e não perdemos este eixo [...] trabalhamos implementando a Atenção Primária à Saúde, a Vigilância à Saúde, o fortalecimento da descentralização [...] tudo o que procuramos fazer é no sentido de implementar o que já foi feito para que isso não se perca [...] é assim que construímos o SUS, passo a passo, procurando o melhor caminho para melhorar a saúde da população curitibana. (Dirigente 1)

Do ponto de vista das práticas institucionais, observa-se, no município estudado, uma determinação política da Secretaria de Saúde em investir nas “boas” práticas da gestão pública e ode-se afirmar que Curitiba faz parte dos municípios que se destacam no campo da administração de políticas públicas e sociais.

Do ponto de vista dos profissionais, foi possível observar o envolvimento e compromisso por parte de muitos deles. Mesmo com alguns questionamentos e manifestações sobre o estresse causado pelo cotidiano de trabalho, é importante registrar a expectativa dos profissionais no que se refere à estratégia Saúde da Família e na sua atuação nas USF, como ilustram os depoimentos a seguir:

A mesma população que nos aplaude, também nos agride, por vários fatores. Principalmente pela falha ou informação deficiente dos meios de comunicação,

pelas promessas enganosas de determinados políticos e pela má fama que se criou em torno do funcionário público. (Enfermeiro 24)

É um trabalho empolgante, gratificante e desafiador. Mas também é um trabalho desgastante e por vezes frustrante. É bom pelos benefícios que fazemos. É mal pela dura realidade que somente assistimos sem poder mudar. Acho que é uma, não a única medida necessária, boa alternativa para amenizar nosso povo sofrido, maltratado, violentado e até abrutalhado pela dura realidade ético-sócio-político-econômica de nosso digníssimo Brasil (Médico 14)

Eu gosto muito do que faço e isso justifica o meu envolvimento. Sinto satisfação em ser útil e poder resolver e/ou amenizar os problemas da população. (Enfermeiro 38)

Acho que a saúde pública no Brasil é uma das mais espetaculares do mundo, graças à dedicação dos profissionais de saúde e apesar dos governantes incompetentes e que defendem seus próprios interesses e o das grandes potências. Talvez a recuperação do CPMF poderia nos levar a melhores salários e condições e penso que deveria haver aumento de salários para todas as camadas sociais. Precisamos de reformas urgentes e radicais. (Médico 20)

Outro exemplo que, do nosso ponto de vista, contribui para demonstrar as iniciativas profissionais voltadas à superação dos desafios colocados pela Saúde da Família no campo das práticas refere-se às atividades assistenciais e, neste sentido, tanto os médicos como os enfermeiros demonstram abertura para as novas situações de trabalho, como ilustram os depoimentos a seguir:

No início quando ia atender uma criança e ela chorava, minha vontade era de chorar junto, não sabia o que fazer [...] eu acabei pedindo socorro pra um amigo que era pediatra e nós fizemos um processo de ajuda mútua, eu ensinei a ele ginecologia e obstetrícia e ele me ensinou pediatria [...] hoje eu acho que não voltaria a ser só G.O. [...] é muito gratificante acompanhar hoje a gestante e amanhã o filho que eu vi crescer na sua barriga. (Médico entrevistado 1)

Eu sempre gostei de pediatria e geriatria e o PSF me possibilita atender as pessoas de 0 a 90 anos. (Médico entrevistado 2)

Eu lidero as ações de educação em saúde na minha equipe, junto a grupos de gestantes, hipertensos, eventualmente adolescentes e grupo de cozinha comunitária. (Médico 33)

Eu confesso que muitas vezes fico insegura, mas acho que fico insegura porque a gente vai aprendendo na prática, fazendo [...] ninguém veio me dizer que na Saúde da Família é assim ou assado. Aparece e você tem que dar conta porque quando você olha para aquela criança você esquece todo o seu medo e só pensa que tem que ajudá-la. (Enfermeiro entrevistado 1).

7 CONCLUSÕES



O estudo de caso mostrou-se um método estimulante para o desenvolvimento da pesquisa, na medida em que o processo de construção do conhecimento e da apreensão do contexto em evidência é muito profícuo. Sem dúvida, quanto mais se conhece do objeto em estudo, mais se tem para conhecer, e a busca das causas e conseqüências se entrelaça e forma uma rede explicativa que suscita mais e novos questionamentos.

Neste sentido, estudar o município de Curitiba foi uma experiência ímpar e muito gratificante não apenas pelo contexto em si, mas pela receptividade e disponibilidade dos profissionais e dirigentes que contribuíram para deslindar algumas dúvidas encontradas no decorrer do estudo. Desta forma, imergir no contexto da saúde do município a partir do cotidiano de trabalho dos médicos e dos enfermeiros nas equipes locais, possibilitou conhecer, em diferentes níveis de atuação, um caso de gestão pública mais inovadora e comprometida com o fortalecimento das políticas sociais no contexto do SUS.

Em Curitiba, o número de equipes da Saúde da Família garante uma cobertura a cerca de 30% da população do município e está implantada em 40% das Unidades de Saúde. Sua expansão está estruturada a partir dos critérios de equidade (áreas do município de maior vulnerabilidade e risco) e de situação demográfica (áreas onde o envelhecimento da população é maior).

Com o desenvolvimento desta pesquisa e concluindo nosso estudo apresentando os fatores identificados no estudo de caso que julgamos impulsionar ou restringir o desenvolvimento de novas práticas profissionais e institucionais na perspectiva da mudança das práticas profissionais e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde.

FATORES QUE IMPULSIONAM O DESENVOLVIMENTO DE MUDANÇAS EM DIREÇÃO À MUDANÇA DO MODELO

Do nosso ponto de vista, várias iniciativas observadas no trabalho da SMS de Curitiba podem ser consideradas como sinalizadoras dos fatores propulsores da mudança das práticas profissionais e das práticas institucionais na perspectiva da mudança do modelo. Cabe destacar que várias delas não são prerrogativas das Unidades Saúde da Família, mas contribuem indiretamente para o desenvolvimento das mesmas. Entre elas, destacamos:

- ▶ **BOA INFRA-ESTRUTURA DOS SERVIÇOS** - pôde-se identificar que o município de Curitiba tem uma rede básica bem estruturada e equipada, com abastecimento sistemático de suprimentos e medicamentos, com informatização de relatórios, prontuário eletrônico,

equipamentos e materiais adequados ao desenvolvimento do trabalho. Embora não seja prerrogativa das USF, esta condição está refletida nos resultados da pesquisa e cabe ressaltar que houve convergência de opinião dos médicos e enfermeiros a este respeito.

- ▶ **EXPANSÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM A CRIAÇÃO DE MECANISMOS DE VALORIZAÇÃO** – esta iniciativa específica tem impacto direto na Saúde da Família e o que foi observado é que da expansão das equipes vem se dando de forma gradativa, porém acompanhada de várias medidas que visam garantir a capacidade técnica e operativa dos profissionais, tais como: **1)** todos os profissionais são concursados, ou seja, não há terceirização e o investimento é no sentido de priorizar a profissionalização do servidor público; **2)** processo seletivo interno para o ingresso na Saúde da Família – além de priorizar o quadro de profissionais próprios da rede, permite ao profissional fazer opção para este tipo de trabalho e assumir a dedicação em tempo integral; **3)** cumprimento das 40 horas - todos os profissionais, inclusive médicos, cumprem as 40 horas, sem exceções; **4)** plano de gratificação especial para quem trabalha com a Saúde da Família - incentivos financeiros específicos para os profissionais que atuam nas equipes que se somam a outros incentivos aplicados ao conjunto de trabalhadores da saúde (fator distância, PCCS, IDQ) que torna mais atrativo o posto de trabalho.
- ▶ **OFERTA DE CAPACITAÇÃO PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA** – esta iniciativa também é específica para a Saúde da Família e foi observado que o município posicionou-se claramente pela priorização da prática médica generalista e diante disso tem viabilizado: **1)** curso de formação em nível de pós-graduação, de caráter teórico-prático para os médicos para prepará-los para as práticas generalistas (incentivo/benefício indireto); **2)** material didático-instrucional de apoio para os médicos referentes às práticas clínicas; **3)** curso de aperfeiçoamento profissional para médicos e odontólogos para o desenvolvimento do trabalho; **4)** curso de introdução aos princípios da Saúde da Família para todos os integrantes das equipes.
- ▶ **GESTÃO DE PESSOAS** – o município está implantando um sistema de gerência de recursos humanos por meio de um banco de dados - o “RH 24 horas” - construído a partir de prontuários individuais e informatizados de cada profissional, contendo informações sobre os cursos, capacitações, pesquisas, produções técnico-científicas, participação em eventos, entre outros, registrando a trajetória institucional destes profissionais na rede. Isso visando à educação permanente em saúde e ao planejamento e direcionalidade na

oferta dos cursos e processos de capacitação e formação. Cada profissional terá uma senha de acesso deste banco de dados que estará diretamente ligado ao Centro de Educação em Saúde (CES). Embora não seja específica para a Saúde da Família, demonstra um dos investimentos da SMS na política de RH do município.

- ▶ **VALORIZAÇÃO DA ATIVIDADE “GRUPOS DE SAÚDE”** – pôde-se observar que uma das atividades de importância especial para a SMS são os grupos de saúde. Para desenvolvê-los, foram construídas em várias Unidades de Saúde salas especiais para a realização das mesmas e são chamadas de *Espaços para a Saúde*, nas quais são realizadas as ações de promoção e prevenção por meio de discussões com grupos de adolescentes, gestantes, planejamento familiar, entre outros. Essas atividades coletivas do cuidado à saúde são valorizadas e de acordo com o planejamento da SMS é que todas as unidades tenham esse tipo de recurso instalado como parte integrante da estrutura física. Da mesma forma, a iniciativa é válida para todas as Unidades de Saúde. No entanto, para as USF esta questão tem prioridade tanto na estruturação física das USF como no seu funcionamento, com perspectiva maior de envolvimento dos profissionais, em especial dos médicos.

- ▶ **DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS** – as iniciativas de intersectorialidade, pelo que se pôde observar além de adequadas do ponto de vista do atendimento às necessidades de saúde da população, contribuem para a compreensão da importância das ações interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. O conhecimento e atuação junto a outros equipamentos sociais (escolas, creches e outros) viabilizam a construção da rede de cuidados progressivos em saúde e a identificação dos “pontos” de atenção na perspectiva do acolhimento solidário. Da mesma forma, essa iniciativa é válida para todas as Unidades de Saúde. No entanto, para as USF existe perspectiva de maior envolvimento dos profissionais com estas práticas.

- ▶ **DEFINIÇÃO DE PROTOCOLOS INTITUCIONAIS E INERINSTITUCIONAIS** - a construção dos protocolos (desde que não de maneira burocrático-administrativa) pelo que se identificou neste estudo pode ser uma estratégia de formação de parcerias entre os profissionais de saúde, as áreas da própria SMS, outras Secretarias da própria prefeitura e entre diferentes instituições prestadoras de serviços de saúde para o SUS, melhorando a resolutividade da assistência. No caso de Curitiba, os protocolos articulam todas estas possibilidades, estão legitimados na rede e são instrumentos de organização dos serviços que parecem agradar

aos médicos e enfermeiros que participaram do estudo, além de dar visibilidade para o trabalho que a SMS desenvolve.

- ▶ **NEGOCIAÇÃO E PACTUAÇÃO DAS METAS DE IMPACTO NOS INDICADORES DE SAÚDE** – o município estudado tem um refinado processo de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde que caminha colado aos planos de incentivos e gratificações por desempenho. Estes mecanismos permitem o enfrentamento organizado e intensificado dos principais problemas de saúde da população das áreas das equipes e Unidades de Saúde, como se viu anteriormente em relação à pactuação nas metas de cobertura ao puerpério como meio para diminuir a mortalidade materno-infantil. As USF têm indicadores e metas específicas para serem cumpridas pelas equipes, o que dá certa direcionalidade ao trabalho de planejamento e avaliação das atividades realizadas.
- ▶ **FIXAÇÃO DAS EQUIPES E EQUIPES COMPLETAS** – pôde-se identificar durante o processo de sistematização e análise dos dados que, nas USF nas quais os profissionais referem trabalhar com as equipes e na mesma comunidade há mais tempo e nas unidades em que as equipes estão completas, a satisfação com o trabalho está mais presente. Vários profissionais, tanto médicos como enfermeiros, fizeram referência a estes dois quesitos, inclusive com depoimentos por escrito, da insatisfação com as situações onde há um só médico ou um só enfermeiro para dar conta de duas ou mais. O contrário também foi observado e nesses casos, as manifestações eram positivas em relação à satisfação no trabalho. Nos casos do profissional “rodar” em mais de uma unidade, vários depoimentos foram desfavoráveis.
- ▶ **REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR** – a visita domiciliar está presente nas atividades de organização do trabalho desde o final dos anos 70, com a APS. Até o advento da Saúde da Família esta prática, pouco valorizada, quase não era realizada pelos profissionais. Pôde-se observar que os profissionais que participaram do estudo têm um horário na agenda para a realização destas atividades e gostariam de ter mais espaço, não fosse a sobrecarga da demanda. Os depoimentos, neste quesito, foram bastante positivos tanto para os médicos como para os enfermeiros e ambos demonstram satisfação em poder realizar tal atividade e o desejo de realizar mais visitas. As visitas domiciliares têm oportunizado aos profissionais conhecer o território, os usuários, as condições de vida da comunidade onde atuam além da aproximação com as práticas da integralidade e do acolhimento no cuidado em saúde.

FATORES QUE RESTRINGEM O DESENVOLVIMENTO DE MUDANÇAS EM DIREÇÃO À MUDANÇA DO MODELO

Da mesma forma, identificamos alguns fatores que, do nosso ponto de vista, podem ser considerados sinalizadores dos fatores restritivos ao processo de mudança das práticas profissionais e das institucionais, com impacto negativo para a mudança do modelo. O estudo identificou como as mais importantes:

- ▶ **DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DE OPORTUNIDADES** – pôde-se identificar durante o desenvolvimento do estudo, um esforço concentrado da equipe da SMS na captação e fixação dos médicos nas equipes de Saúde da Família. Esta preocupação é legítima uma vez que um dos maiores desafios para a mudança do modelo de atenção à saúde é a mudança das práticas médicas. No entanto, um fator bastante citado pelos enfermeiros como desestimulante para o trabalho na Saúde da Família é o de que as oportunidades de formação e capacitação não estão contemplando as necessidades deste profissional. Outro ponto, refere-se aos valores dos incentivos pagos aos profissionais de nível superior do qual o enfermeiro recebe valor abaixo dos demais profissionais de nível superior. Considerando os resultados encontrados neste estudo que demonstram que os enfermeiros estão atuando na linha de “front” das Unidades de Saúde, desenvolvendo atividades diversificadas e, por vezes, mais complexas de saúde, do nosso ponto de vista, este pode ser considerado um fator restritivo para o desenvolvimento de novas práticas dos enfermeiros, pois pode comprometer a qualidade e levar ao desestímulo do trabalho.

- ▶ **NÃO UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS APROPRIADAS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA** – o estudo evidenciou que, ainda que a SMS tenha dado capacitação específica para os médicos atuarem na perspectiva das práticas generalistas e esta capacitação ter fornecido ferramentas para a abordagem familiar e para a organização das atividades por ciclos de vida da família, a organização atual dos serviços não tem possibilitado aos profissionais a utilização destas ferramentas. Tanto os médicos como os enfermeiros não utilizam o prontuário família, nem o genograma e menos ainda a abordagem por ciclos de vida familiar. Desta forma, compreender o contexto da família no processo de adoecer e de curar torna-se mais difícil e a lógica de abordagem familiar continua subestimada em relação à da lógica centrada no indivíduo, na doença e nas práticas curativas.

- ▶ **FALTA DE TRATAMENTO DIFERENCIADO E ESPECÍFICO PARA A PROPOSTA SAÚDE DA FAMÍLIA** – pôde-se identificar no decorrer do estudo que os profissionais das equipes não se vêem como integrantes de um projeto de mudança do modelo ou como partícipes da construção da atenção básica do SUS e, do nosso ponto de vista, este também é um fator restritivo para a mudança das práticas. A SMS tem uma política consistente de organização da rede de serviços, entretanto não foi possível observar um tratamento mais estratégico para as equipes de Saúde da Família (reuniões com equipes distritais, com a coordenação municipal do SF, p.ex.). Considerando a complexidade do trabalho dos médicos e enfermeiros das equipes e a importância desta estratégia na indução de mudanças, julga-se importante que o tratamento dispensado às USF seja diferenciado.

- ▶ **FALTA DE OPORTUNIDADE PARA O DIÁLOGO ENTRE PARES** – outro fator que pode ser considerado restritivo aos processos de mudança das práticas é a falta de espaços específicos para a reflexão do processo de trabalho em Saúde da Família. Por vezes, os depoimentos dos profissionais apontaram que as equipes não têm como compartilhar experiências e dúvidas presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais e que cada profissional acaba decidindo por si o que fazer em questões que mereceriam ter uma discussão mais específica e aprofundada. Do nosso ponto de vista, o trabalho em Saúde da Família, principalmente no que se refere à formação de vínculos, de conhecimento e de enfrentamento com a dura realidade de vida das pessoas e da comunidade no dia a dia de trabalho, exige do profissional uma postura e um autocontrole emocional e psicológico que extrapola o ato do cuidado em si. Neste quesito, a existência de espaços para estas reflexões, tais como reuniões entre diferentes USF; entre gerência regional e USF; entre coordenação municipal e USF; visitas dos dirigentes às USF; criação de e-mail para troca de informações, com grupos de discussão, entre outros, seriam iniciativas institucionais que, do nosso ponto de vista, são mecanismos importantes de valorização dos profissionais da Saúde da Família e de apoio e estímulo à reorientação e redirecionamento das práticas profissionais.

INICIATIVAS QUE DEMONSTRAM QUE A SAÚDE DA FAMÍLIA CRIA OPORTUNIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

Retomando as questões iniciais e norteadoras deste estudo, pode-se afirmar que hoje os profissionais das equipes da Saúde da Família em Curitiba estão fazendo coisas diferentes do que faziam antes. Exemplo disso é que: **1)** os médicos trabalham 40 horas em uma mesma Unidade de Saúde; **2)** atendem e conhecem melhor a população dos seus respectivos territórios-área; **3)** exercem práticas médicas generalistas; **4)** atendem e acompanham seus pacientes de forma mais integral e na perspectiva da longitudinalidade do cuidado e criam vínculos; **5)** conhecem melhor a realidade de vida e os problemas dos pacientes e usuários; **6)** trabalham mais *em* e *com* a equipe; **7)** participam e conseguem coordenar atividades de grupos de saúde atuando também em atividades de promoção e prevenção; **8)** fazem mais visitas domiciliares; **9)** trabalham com os protocolos de saúde; **10)** atuam mais em atividades extra-muros; **11)** procuram equilibrar o atendimento à demanda espontânea e à demanda programada e, **12)** começam a atender problemas mais complexos, resultantes da cronicidade dos problemas socioeconômicos que permeiam a sociedade.

Os enfermeiros, por sua vez: **1)** atuam mais na prestação direta do cuidado em saúde, dividindo sua agenda de trabalho tradicionalmente voltada ao acompanhamento da equipe e às funções gerenciais e passando a dedicar mais tempo para as atividades assistenciais, **2)** assumem novos desafios e responsabilidades pelo enfrentamento de problemas mais complexos como os casos de RN de risco, de acompanhamento dos bebês HIV positivos ou filhos de mães vivendo com Aids e as ações de saúde mental, p.ex.; **3)** praticam mais o cuidado integral à saúde dos pacientes; **4)** participam e promovem mais ações em grupos de saúde, valorizando as práticas de promoção e prevenção; **5)** realizam mais visitas domiciliares; **6)** se envolvem com atividades gerenciais de organização do trabalho implementando o planejamento local e a priorização das ações do trabalho em equipe, e **7)** se envolvem mais com o monitoramento e avaliação local das atividades suas e da equipe como um todo.

Um fato interessante, do nosso ponto de vista, é que os médicos e enfermeiros demonstram sintonia ao apontarem as mesmas razões que os levam a um envolvimento maior com o trabalho, que são: a formação de vínculo com os pacientes, família e comunidade; o acompanhamento dos pacientes ao longo de suas vidas; o fato de poder conhecer melhor as

condições de vida dos usuários; o trabalho em equipe e o fato de poder atuar com planejamento e avaliação das ações locais.

Os resultados encontrados permitem afirmar que as condições encontradas neste estudo de caso, com alguns ajustes e adequações, configuram um cenário favorável para a efetivação da Saúde da Família como estratégia de mobilização dos profissionais para as novas práticas em saúde. O exemplo mais marcante é o dos médicos que optaram por se tornar generalista e abandonaram suas práticas especializadas e fragmentadas do cuidado à saúde e hoje, além de generalistas, realizam e querem realizar mais atividades de promoção e prevenção.

Da mesma forma, os enfermeiros saíram das amarras das ações predominantemente administrativas, assumiram mais o cuidado direto e enfrentam hoje os problemas sócio-sanitários relativos à violência, ao abuso sexual, à dependência química, além do monitoramento dos bebês e crianças em situação de vulnerabilidade.

Entretanto, as práticas profissionais avançaram mais em relação às atividades assistenciais e gerenciais do que em relação às comunitárias. A participação e envolvimento nos Conselhos Locais de Saúde ou outros movimentos existentes na comunidade não são práticas presentes no cotidiano destes profissionais. Cabe ressaltar que esta não é uma prerrogativa local, pois como foi visto anteriormente, mesmo nos países onde a Saúde da Família está implantada a mais tempo, o trabalho com a comunidade e a participação social ainda constituem os pontos mais nevrálgicos dos sistemas.

Por fim, do nosso ponto de vista e com as limitações do olhar externo de um pesquisador, apresentamos algumas sugestões que podem somar-se às reflexões sobre os mecanismos de implementação da Saúde da Família no município de Curitiba na perspectiva das novas práticas profissionais e institucionais. São elas:

- 1) julga-se oportuno que a SMS reveja a situação dos enfermeiros diante da insatisfação não apenas salarial, mas de formação e capacitação específica para o trabalho complexo que é a Saúde da Família. Considerando que, via de regra, os cursos de graduação não formam os profissionais para atuarem com a gama de complexidades que emergem nas unidades locais, é interessante que se tenha uma proposta mais estratégica que enfrente este problema e minimize o sofrimento subjacente ao trabalho destes profissionais;
- 2) é inegável a contribuição dos protocolos assistenciais, mas seria interessante uma ação desafiadora para os profissionais no sentido de que as equipes tivessem uma participação mais criativa, mais reflexiva e propositiva em relação ao enfrentamento do

perfil dos problemas de saúde da população por eles atendida. Como se pode perceber a partir principalmente dos médicos, só fazer consultas torna o trabalho extenuante e mecanizado. Como não são todos que podem participar da elaboração dos protocolos, seria interessante que alguma outra atividade os motivasse para além do atendimento individual e do cumprimento dos protocolos;

- 3) considerando a importância atribuída ao sentimento de pertencimento referida pelos profissionais, seria importante que fossem criados mecanismos de compartilhamento e troca de experiência entre as Unidades de Saúde da Família. A criação desses espaços pode contribuir, a nosso ver, não apenas para minimizar o sentimento de solidão que os profissionais referem, como também para o amadurecimento e a sedimentação de condutas diante dos complexos problemas de vida e saúde da população assistida pelas equipes;
- 4) reconhecendo e valorizando o espaço de coordenação distrital existente no município, mas reconhecendo que a participação do nível central em muito valoriza o nível local, elaborar uma agenda em que os dirigentes (coordenadores) pudessem visitar esporadicamente as equipes no seu cotidiano de trabalho seria uma medida de impacto positivo para a motivação dos profissionais;
- 5) considerando a importância da participação social em saúde, se cada equipe pudesse se organizar para que os profissionais de saúde se fizessem presentes nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde, essa medida poderia contribuir em muito para que a população se apropriasse política e socialmente não apenas da Saúde da Família, mas do SUS como um todo e se tornasse, desta forma, a principal aliada da SMS na luta pela qualidade de sua vida e saúde;
- 6) partindo do entendimento de que a fixação das equipes é fator importante para o desempenho das ações e atividades da Saúde da Família, um incentivo que poderia ser adotado seria o de gratificação pelo tempo de trabalho em uma mesma USF de modo que os profissionais pudessem optar por se fixar também em uma mesma equipe;
- 7) considerando que as equipes completas atingem resultados mais qualitativos e mais consoantes com os pressupostos da Saúde da Família, seria uma iniciativa ímpar concentrar esforços institucionais que permitissem completar o quadro de profissionais que faltam nas equipes antes de implantar as novas e, por fim,
- 8) haja vista a dedicação e compromisso existente na SMS de Curitiba, julga-se fundamental que se adote junto com a gestão de pessoas e como parte dos instrumentos de gestão do sistema, um projeto institucional de educação permanente em saúde como

instrumento planejado para o enfrentamento de muitas das necessidades apontadas pelos profissionais. Sua viabilização pode se dar por meio de diversas iniciativas que poderiam oportunizar o repensar dos processos de trabalho das equipes. Como exemplos, poderiam ser criados ciclos de debates em Saúde da Família e mostras locais para troca de experiências e vivências profissionais do trabalho em Saúde da Família, ou seja, atividades mais abertas e integrativas que poderiam ser realizadas em conjunto com as universidades, além da oferta tradicional dos cursos e capacitações já previstas. Estas iniciativas poderiam estimular e instigar os médicos e enfermeiros para novas e/ou mais adequadas práticas profissionais em Saúde da Família.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso evidenciou que o município estudado tem uma trajetória de gestão pública cuja característica é a de continuidade das políticas institucionais que, ao longo do tempo, permitiu construir um aprendizado institucional de práticas de gestão e, na área da saúde, estão voltadas à consolidação dos princípios do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira.

Este contexto, sem dúvida, é favorável à criação e desenvolvimento de mecanismos de gestão dos serviços e dos recursos humanos mais direcionados às práticas inovadoras da administração pública. Na área da saúde, isso se reflete na forma como os serviços estão organizados, nas propostas dos protocolos intra e interinstitucionais, na pactuação de metas e atividades e na criação dos incentivos diferenciais aos profissionais e equipes de saúde que atuam na Atenção Básica, seja nas Unidades Básicas convencionais, seja nas Unidades Saúde da Família. Estes fatores, a nosso ver, podem ser considerados “condições estruturantes” sobre as quais se assentam as orientações das práticas profissionais da Saúde da Família na perspectiva da mudança do paradigma assistencial vigente.

Outra condição singular encontrada no município é o fato de a Secretaria Municipal de Saúde ter adotado e implementado, desde os anos 80, os mesmos referenciais norteadores na organização dos serviços, quer sejam: a Atenção Primária à Saúde, o enfoque da Vigilância à Saúde, os Distritos Sanitários e a gerência compartilhada, o planejamento local e a avaliação de metas pactuadas. A partir destes referenciais o serviço municipal tem buscado incrementar suas políticas e decisões institucionais. Foi linguagem comum entre dirigentes e profissionais entrevistados a menção ao papel dos distritos sanitários, às ferramentas da territorialização e à organização do nível primário de atenção como arranjo institucional das práticas locais de saúde.

Estas condições mostram que a gestão do SUS é um processo que já atingiu uma maturidade no município a ponto de permitir avanços também no campo da gestão de recursos humanos em saúde como a criação dos incentivos e gratificações ligados à avaliação dos serviços prestados e a oferta de cursos e capacitações específicos para alcançar os objetivos das práticas assistenciais, especialmente as desejadas para a atenção médica na Saúde da Família.

Por outro lado, durante o trabalho de campo foi possível evidenciar um corpo de profissionais bastante envolvidos e sensibilizados com os problemas de vida e saúde da população dos seus territórios-área e muitos mobilizados em torno das propostas da Saúde da Família. Pôde-se perceber a seriedade com que a maioria dos profissionais respondeu os

questionários e procurou descrever seu cotidiano de trabalho explicitando suas críticas, dificuldades, satisfações e insatisfações.

O que foi possível perceber com muita nitidez é que, em relação ao cotidiano de trabalho dos médicos, os mesmos estão se desgastando em função da sobrecarga das consultas médicas que diariamente são obrigados a fazer. Muito tempo fechados nos consultórios e com pouco tempo para interagir com seus próprios pares e com suas próprias equipes, aparecem como causas de desconforto e insatisfação. É o trabalho “solitário” dos médicos consultantes. E ainda, eles estão trabalhando o desafio das práticas médicas generalistas atendendo pessoas com diferentes necessidades que vão dos recém-nascidos aos idosos.

Do nosso ponto de vista, seria muito interessante acompanhar e avaliar as práticas destes médicos com a de outros médicos das Unidades Básicas convencionais comparando-as com algumas categoriais previamente definidas como, por exemplo, a resolutividade do cuidado, o acolhimento, a formação de vínculo, a longitudinalidade do cuidado, e outras. Um estudo deste tipo poderia complementar esta pesquisa no sentido de avaliar o impacto da Saúde da Família nos serviços.

Em relação ao trabalho dos enfermeiros, o que para nós ficou visível é a polivalência no trabalho deste profissional. Os resultados da pesquisa mostram que apesar do sofrimento e estresse manifestado por estes profissionais, eles continuam abraçando uma gama diversificada de funções e com pouca direcionalidade nas suas atividades profissionais. Foram inúmeros os exemplos. Talvez por esta razão, eles estejam mais distantes que os médicos da utilização das ferramentas da territorialização, por exemplo. Enquanto os médicos conseguem atender mais e melhor os pacientes dos seus respectivos territórios-área, os enfermeiros continuam atendendo toda a demanda que aparece na Unidade.

Da mesma forma, no escopo assistencial, enquanto os médicos estão fazendo o acompanhamento ao RN normal, os enfermeiros estão acompanhando os RN de risco; os médicos estão fazendo puericultura do bebê normal e os enfermeiros do bebê HIV positivo. Esta situação paradoxal demonstra certa dificuldade dos enfermeiros em delimitar suas competências profissionais no campo administrativo e assistencial. É compreensível que isto esteja ocorrendo em função da formação e do processo de trabalho dos enfermeiros que os leva a se ver obrigado a fazer tudo o que aparece nas Unidades por falta de uma direcionalidade nas suas práticas. Este fator pode ser um dos motivos que tem levado estes profissionais a manifestarem maior insatisfação no cotidiano de trabalho e, aliado à necessidade de capacitação específica e à insatisfação com as diferenças dos incentivos PSF pago aos profissionais de nível superior podem gerar um desconforto importante para os

enfermeiros. Neste sentido, do nosso ponto de vista, estas questões precisam de um enfrentamento administrativo, mas também requerem um encaminhamento político da categoria que muito poderá contribuir para o amadurecimento das práticas profissionais dos enfermeiros na Saúde da Família não apenas de Curitiba, mas em âmbito nacional.

Nossa hipótese de investigação era a de que a Saúde da Família abre perspectivas para novas práticas profissionais na Atenção Básica, induzem mudanças nos processos de trabalho dos médicos e enfermeiros e estas novas práticas têm relação direta com as iniciativas organizacionais e institucionais.

Ao concluir este estudo, vimos que a Saúde da Família realmente abre novas perspectivas para as práticas profissionais dos médicos e enfermeiros, porém, estas mudanças dependem diretamente das iniciativas institucionais. Portanto, se não houver sensibilidade e comprometimento dos gestores na busca de mecanismos e oportunidades que viabilizem tais mudanças, a Saúde da Família, com certeza, será menos uma estratégia de mudanças e mais um programa convencional como tantos outros que foram já implantados pelo governo federal.

Por fim, vimos que a situação encontrada no município estudado é ímpar e isso nos leva aos seguintes questionamentos: sem as iniciativas institucionais voltadas para os profissionais da Saúde da Família, o trabalho dos médicos e dos enfermeiros teria os mesmos resultados? Mesmo com estas condições, a Saúde da Família em Curitiba vai conseguir se tornar um campo de atuação profissional? Vai conseguir atrair e fixar os profissionais, médicos para as práticas mais generalistas? Vai conseguir contribuir para que os enfermeiros delimitem melhor suas competências técnico-administrativas e se tornarem profissionais mais valorizados no mercado de trabalho em saúde?

Estas são dúvidas que deixamos para futuras pesquisas que tenham como finalidade estudar as práticas profissionais em Saúde da Família.

REFERÊNCIAS



1. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais. www.ibge.gov.br (acessado em 20/01/2004).
2. Ferreira MV. Pobreza e distribuição de renda no Brasil recente. Textos para Discussão, Juiz de Fora, v.8, p.2-30, 2002.
3. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Pobreza e Desigualdade. www.pnud.org.br (acessado em 20/01/2006).
4. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde, 2003.
5. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo HUCITEC, 1996.
6. Santos WG. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro : Editora Campus, 1979.
7. Cohn A. Políticas sociais e pobreza no Brasil. In: Planejamento e Políticas Públicas (IPEA), Brasília, 1995; 12: 1-18.
8. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional. www.ibge.gov.br/estimativapopulacional (acessado em 05/02/ 2004).
9. Abrucio FL. Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira. In: Benevides MV, Vanuchi P e Kerche F, organizadores. Reforma Política e Cidadania. São Paulo: Instituto Cidadania - Editora Fundação Perseu Abramo, 2003; 1:225-265.
10. Almeida MHT. Federalismo e políticas sociais. In: Affonso R e Silva PL, organizadores. Descentralização e políticas sociais. São Paulo : FUNDAP,1996; 13-40.
11. Souza RR. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: Negri B e Viana ALV, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime, 2002; 11-432.
12. Viana AL et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: Negri B e Viana, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime , 2002; 471-488.
13. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
14. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador : Casa da Qualidade Editora, 2001.
15. Piola SF, Vianna SM, Consuelo DV. Tendências do sistema de saúde brasileiro: estudo Delphi, Brasília: IPEA, 2001.
16. Freeman R; Moran M. A saúde na Europa. In: Negri B, Viana ALV, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime e Cealag, 2002; 45-64.
17. France G. Federalismo fiscal: experiência internacional e modelo para a Itália. In: Negri B, Viana ALV, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime, 2002 : 65- 87.
18. Campos GWS. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. Apresentado no V Congresso da Rede Unida. Londrina, 2003. Mimeo. p.15, 2003a.
19. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo : HUCITEC, 1992.
20. Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília : Senado Federal, 1988.
21. Almeida MJ. Diretrizes curriculares para os cursos universitários da área da saúde. Almeida MJ, organizador. Londrina : Rede UNIDA, 2005.
22. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

23. Arretche M. tendências no estudo sobre avaliação. In: Rico, EM (organizadora) Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo : Editora Cortez : Instituto de Estudos Especiais, 2001.
24. Perez JRR. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: Rico, EM (organizadora) Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo : Editora Cortez : Instituto de Estudos Especiais, 2001.
25. Lobo T. Avaliação de processos e impactos em programas sociais – algumas questões para reflexão. In: Rico, EM (organizadora) Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo : Editora Cortez : Instituto de Estudos Especiais, 2001.
26. Vergara SC. Gestão de Pessoas. São Paulo: Atlas, 2000.
27. Motta PR.. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1995.
28. Paim, JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública : USP, 1994.
29. Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência nacional de recursos humanos em saúde. Relatório Final. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos, 1986.
30. Brasil. Ministério da Saúde. II Conferência nacional de recursos humanos em saúde. Relatório Final. In: Cadernos de Recursos de Recursos Humanos em Saúde. v2, n1. Brasília: Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, 1993.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS. Brasília: DF, 2002.
32. Machado MH. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Cadernos de Recursos de Recursos Humanos em Saúde. v3, n1. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Recursos Humanos em Saúde. V3, n1. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006.
34. Yin R. Case study research: design and methods. Second edition. Applied Social Research Methods Serie, v. 5. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
35. Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. Segunda edição. São Paulo: HUCITEC, 1994.
36. Babbie E. Métodos de pesquisa de survey. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais : Editora UFMG, 1999.
37. Prefeitura do Município de Curitiba. Disponível em <http://www.curitiba.pr.gov.br/cidade>. (acessado em 04/03/2006).
38. Prefeitura do Município de Curitiba. Disponível em <http://www.ippuc.org.br/conteudo>. (acessado em 05/05/2006).
39. Prefeitura do Município de Curitiba. Disponível em <http://www.imap.org.br/> (acessado em 10/06/2006)
40. Giacomini CH. Gestão de portfólio no plano de governo de Curitiba. Disponível em <http://www.imap.org.br/> (acessado em 10/06/2006)
41. Prefeitura do Município de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. 10 anos de PSF Curitiba: a história contada por quem faz a história. Curitiba: SMS/ Prefeitura do Município de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde Edição Comemorativa, 2002.
42. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Disponível em <http://www.curitiba.pr.gov.br> (acessado em 04/03/2006).

43. Prefeitura do Município de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2002-2005.
44. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo : Editora UNESP; Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2003.
45. Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro : Forense, 1987.
46. Santos NR. Formação ético-humanista do médico e a construção de serviços de saúde humanizados: coincidência ou coerência? In: Arruda BKG (org) A educação profissional em saúde e a realidade social. Série: Publicações Científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). Recife, 2001.
47. Ramos M. Indicações metodológicas para a elaboração de currículos por competência na educação profissional de nível técnico em saúde. In: Projetos curriculares de educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Digitado.
48. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1994.
49. Portal médico. <http://www.portalmédico.org.br> (acessado em 27/04/2006).
50. Conselho Federal de Enfermagem. <http://www.portalcofen.gov.br> (acessado em 27/04/2006).
51. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo : Editora HUCITEC, 2003b.
52. Pires MRGM. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4):1025-1035, 2003.
53. Cordeiro HA. Os desafios do ensino das profissões de saúde frente às mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Pólos de Capacitação. Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas na Educação. Rio de Janeiro, v.10, n.34, 43-54, 2002.
54. Canesqui AM; Oliveira AMF. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri B; Viana ALD, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime, 2002. 241-268.
55. Giovanella LM. A Atenção Primária à Saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Trabalho de pós-doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.
56. Quinhões TA. Novos padrões gerenciais no setor público no sistema de saúde canadense. EBAP/FGV. Relatório de pesquisa. 2000.
57. Relatório canadense à reunião especial sobre a reforma do setor de saúde: Health Canada. Documento de apoio para o Seminário sobre Sistema de Saúde do Canadá. Brasília : DF, 1995.
58. Fierlbeck K. Canadian health care reform and the politics of decentralization. Mimeo, 17-38.
59. Ministério da Saúde. Guia Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático de implantação do Programa Saúde da Família. Brasília: DF, 2001.
60. _____. Pacto pela Saúde. Portaria N°. 648/GM de 28 de março de 2006. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acessado em 29 de abril de 2006.
61. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
62. Costa NR; Ribeiro JM. Reforma do Estado. In: Barbosa PR, (org) Curso de Especialização em autogestão em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v1, 2001.
63. Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):263-286, 1999.

64. Pierantoni CR As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 341-360, 2001.
65. Viana AL et al. SUS: Entraves à descentralização e propostas de mudanças In: Affonso, RBA; Silva PLB, organizadores. *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996.
66. Dal Poz MR. Entre o prescrito e o realizado: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
67. Fiori JL. 60 lições dos 90: uma década de neoliberalismo. Rio de Janeiro: Record, 2001.
68. Labonte R; Schrecker T. Committed to health for all? How the G7/G8 rate. *Social Science & Medicine* 59(2004):1661-1676.
69. Gusso DA. Avaliação da gestão pública e indicadores de desempenho como meios de controle e participação da sociedade. Instituto Brasileiro de Administração Pública [Texto para discussão]. Mimeo, s/d.
70. Bresser Pereira LC. A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, v1. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.
71. Nogueira RP. Crise sócio-econômica e demanda por profissionais de saúde no Brasil, 1976-1984. *Boletim da Organização Panamericana de Saúde* 104(6), 1988.mimeo.
72. Wartzkin H. Report of the WHO commission on macroeconomics and health: a summary and critique. *The Lancet*, v.361(8), 2003.
73. Goulart FAA. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? {Tese de Doutorado}Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.
74. Viana AL. Desafios para a construção da Atenção Básica no Brasil: valendo-se das lições aprendidas com as experiências internacionais. II Seminário Internacional de experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
75. Righetti AML et al. O sistema de saúde no Reino Unido. Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social. Mimeo, 2000.
76. Allen J. Reino Unido. I Seminário Internacional de Experiências em Saúde da Família. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Health Canadá. Relatório canadense à reunião especial sobre a reforma do setor saúde. [Documento de apoio] Brasília, 1996.
78. Cebes. Saúde e Revolução: Cuba - antologia de autores cubanos. Rio de Janeiro: Achiamé/Cebes, 1984.
79. Campos FE. Resolutividade: uma abordagem à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1988.
80. Rocha NSD. Análise do Programa Saúde da Família no município de Natal: inovações assistenciais. 2000. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2000.
81. Starfiel B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Masson, S.A. Fundación Jordi Gol: Gurina, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 2004.
82. Negri B; Werthein J. Apresentação. In: STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.
83. Organização Mundial da Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Genebra; 1979.

84. Mattos RA. Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2000.
85. Walt G. World Health: Globalisation of international health. *Lancet*, London, 1998; 351.
86. Negri B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Negri B; Viana ALD, organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002.
87. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. História da 7ª Conferência Nacional de Saúde. <http://www.fiocruz.br/histconferencias/setima> (acessado em 20/01/2004).
88. Cebes. Considerações sobre o Prev-Saúde. *Rev Saúde em Debate*, n.12. Rio de Janeiro, 1981.
89. Cordeiro HA. SUS – Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri/ABRASCO, 1991.
90. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: HUCITEC, 1994.
91. Conferência Nacional de Saúde 8ª, 1986, Mar. 17-21; Brasília, DF. Brasil. Relatório final: Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do sistema nacional de saúde e Financiamento setorial.
92. Conferência Nacional de Saúde 9ª, 1992, Ago.9-14; Brasília, DF. Brasil. Relatório final: Saúde: municipalização é o caminho.
93. Ministério da Saúde . Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93, Brasília: DF, 1993.
94. _____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96, Brasília: DF, 1997.34p.
95. Costa NR; Pinto LF. Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: Negri B; Viana ALD organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002.
96. Souza RR Souza RR. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: Negri B; Viana ALD, organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; 2002.
97. Carvalho BG; Martin GG; Cordoni Jr L. A organização do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Jr L, organizadores. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed.UEL, 2001.
98. Nascimento A. História da 10ª Conferência Nacional de Saúde Disponível em www.fiocruz.br/histconferencias/decimama.html (acessado em 20/01/2004).
99. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no país: o papel das Secretarias Estaduais. Relatório Final. Brasília: Ministério da saúde, 1996.
100. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no país: o papel das Secretarias Estaduais. Relatório Final. Brasília: Ministério da saúde, 1996.
101. Barceló R.Colômbia. I Seminário Internacional de Experiências em Saúde da Família. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
102. Campos FE, Belisário SA. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Rev Interface: comunicação, saúde, educação*, 2001(5): 9.
103. Ministério da saúde.Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília: DF, 1999.
104. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: DF, 2000.
105. Conferência Nacional de Saúde 11ª, 2000, Dez. 15-19; Brasília, DF. Brasil. Relatório final: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.

106. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: Norma Operacional da Assistência à Saúde, 2002. Brasília: DF, 2002.
107. Conferência Nacional de Saúde 12ª, 2003, Dez 7-11; Brasília, DF. Brasil. Relatório final: Conferência Sergio Arouca.- Saúde:um direito de todos e um dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.
108. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em <http://www.saude.gov.br> (acessado em 02/04/2004).
109. _____ . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto de expansão e consolidação do Programa Saúde da Família. [Mimeo]. Brasília, 2004.
110. Vilasbôas AL. Oficina Saúde da Família: Atenção Primária e Atenção Básica na Saúde da Família. Informe técnico [Mimeo]. Brasília, 2003.
111. Organização Panamericana da Saúde; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Oficina Saúde da Família: Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica na consolidação do Programa Saúde da Família. [Mimeo]. Brasília, 2003.
112. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária: Seminário do CONASS para construção de consenso. Brasília : CONASS, 2004.
113. Schraiber LB. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. Rev Saúde em Debate, v.47 : 28-35, Londrina, 1995.
114. Macinko J; Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. Rev Saúde em Debate, v.27, n.65: 243-256, Rio de Janeiro, 2003.
115. Testa M. Atenção Primária (ou primitiva?) de Saúde In. Testa M (autor) Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
116. Merhy EE. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. Rev Interface – comunicação, saúde, educação, 2001; 9:147-149.
117. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública, 2002; 18 (Suppl): 191-202.
118. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad Saúde Pública, 2002. 18 (Suppl): 163-171.
119. Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipe de referência na rede básica da secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad Saúde Pública, 2000, 16 (2): 507-513.
120. Schraiber LB (organizadora). Programação em Saúde Hoje. São Paulo: HUCITEC, 1990.
121. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Rev Saúde em Debate, Rio de Janeiro: CEBES, 2003, 27(65) : 257-277.
122. Paim JS A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV organizador, Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
123. Organização Panamericana da Saúde. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 10. A vigilância à saúde no distrito sanitário. Mendes EV organizador, Brasília, 1993.
124. Merhy EE; Franco TB. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Rev Saúde em Debate, 2002; 60:118-122.

125. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.
126. Machado MH. Mercado de trabalho em saúde. In: Falcão A et al. Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
127. Escorel S; Giovanella L; Mendonça MH; Magalhães R; Senna MCM. Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados (coord.) Sarah Escorel. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
128. Kettl DF. A revolução global: reforma da administração do setor público. In: Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial.
129. Pierantoni, CR. Recursos humanos e gerência no SUS. In: Negri B; Viana ALA, organizadores O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo : Sobravime, 2002. p. 609-630.
130. Chorny AH. Gerencia estratégica de servicios de salud . Curso sobre Gerencia Estrategica de Servicios de Salud, Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosário : Argentina, 1996.
131. Santos NR Algumas questões na implementação do novo modelo gerencial para o SUS. Mimeo. [Departamento de Medicina Preventiva e Social] Campinas : UNICAMP, 1997.
132. Machado MH. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Administração Pública, 34(4) : 133-46. 2000.
133. Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2001.
134. Chanlat JF. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: Davel, EPB. e Vasconcelos JGM (organizadores) Recursos Humanos e Subjetividade. Petrópolis, Rio de Janeiro : Vozes, 1995.
135. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Incentivo ao Desempenho. Belo Horizonte : 1996.
136. Fekete MC. Sistemas de incentivo como instrumentos de gestão do trabalho em saúde. [Dissertação de Mestrado]. Londrina : Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 1999.
137. Pierantoni CR. Reformas da Saúde e Recursos Humanos: novos desafios e velhos problemas.[Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2000.
138. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde. Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS que queremos. Brasília : 2003
139. Chiavenato I. Gestão de Pessoas. Rio de Janeiro : Editora Elsevier, 2004.
140. Lima FO; Teixeira PC. Direcionamento estratégico e gestão de pessoas nas organizações. São Paulo : Atlas, 2000.
141. Vergara SC; Carpilowsky M. A metáfora da organização como sistema criativo. Revista Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro, v.32, p.77-98, 1998.
142. Uribe Rivera FR. Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1995.
143. Senge PM. A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende. São Paulo : Editora Best Seller, 1998.
144. Uribe Rivera FR. Cultura e liderança comunicativa: a gestão pela escuta. Mimeo. Escola Nacional de Saúde Pública. 1999.
145. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília : IPEA, 1997.
146. Huertas F. Entrevista com Matus: o método PES São Paulo : FUNDAP, 1996.
147. Testa M. Pensar em Saúde. . Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

148. Uribe Rivera FR. Planejamento de saúde na América latina:revisão crítica. In: Uribe River (organizador) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo : Cortez, 1992.
149. Organização Panamericana de Saúde.Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. In: Santana JP, organizador. Brasília: 1997.
150. Malik AM et al. Gestão de recursos humanos. Série Saúde & Cidadania, v.9. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
151. Dutra JS. Administração de carreiras: uma proposta para repensar a gestão de Pessoas. São paulo : Editora Atlas, 1996.
152. Guimarães TA. A nova administração pública e a abordagem da competência. Revista Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro, 34(3) : 125-40, 2000.
153. Merhy EE. 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 (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: : Cecílio, LCO (organizador) Inventando a mudança na saúde. São Paulo : HUCITEC, 1994.
154. Dussalt G; Souza LE. Gestão de recursos humanos em saúde. Departamento de Administração da Saúde. Faculdade de Medicina. Universidade de Montreal. Canadá, 2002. [mimeo]
155. Haddad J, Roschke MAC e Davini MC (organizadores). Educacion permanente de personal de salud. Série Desarrollo Recursos Humanos, n.100. Washington, D.C. OPS, 1994.
156. Quintana PB, Roschke MA e Ribeiro ECO. Educación permanente, proceso de trabajo y calidade de servicio en salud. In: Haddad J, Roschke MAC e Davini MC (organizadores). Educacion permanente de personal de salud. Série Desarrollo Recursos Humanos, n.100. Washington, D.C. OPS, 1994.
157. Ribeiro ECO; Motta JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. [Texto para Discussão]. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Mimeo.Salvador: 1996.
158. 158 Rovere MR. Gestión estratégica de la Educación Permanente en salud. In: In: Haddad J, Roschke MAC e Davini MC (organizadores). Educacion permanente de personal de salud. Série Desarrollo Recursos Humanos, n.100. Washington, D.C.,OPS, 1994.
159. _____. Planificación estrategica de recursos humanos en salud.Washington : OPS, 1993.
160. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: DF, 2004.
161. Machado MH et al. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil – Relatório Final. Brasília : Ministério da Saúde, 2000.
162. Ferraz CA; Nakao JRS; Mishima SM. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil – 1995 a 2003. Enfermagem. In: Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
163. Pierantoni CR; França T; Varella TC. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil – 1995 a 2003. Medicina. In: Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
164. Fundacion MF para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atencion Primaria de la Salud. Programa de Educacion en Medicina Familiar Y Ambulatorial. Argentina: Editores Esteban Rubinstein; Miguel Zárate, Carrete Paula, 2002.
165. Volpi AC; Kami MTA. Saúde da Família em Curitiba: uma experiência de 14 anos. VIII Congresso da Rede Unida. Curitiba, 2006.

166. Pires D. Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo das instituições escolhidas. [Tese de Doutorado] Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.. Campinas, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL

**MATRIZ DE REFERÊNCIA PARA A ANÁLISE DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS
DOS ENFERMEIROS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NOVEMBRO
2005**

**MATRIZ DE REFERÊNCIA PARA A ANÁLISE DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

DIMENSÃO: PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CAMPO DA ASSISTÊNCIA AOS INDIVÍDUOS, FAMÍLIAS E GRUPOS

COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: Presta cuidados de enfermagem aos indivíduos, famílias e grupos de pessoas a partir de suas respectivas necessidades e dos protocolos ou programas de saúde existentes nos serviços, na perspectiva da integralidade e da humanização do atendimento, objetivando a resolutividade da assistência aos principais problemas e agravos de saúde da população do território-área da equipe de saúde da família na qual está inserido.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO	DESEMPENHOS ESPERADOS	VARIÁVEIS DE ANÁLISE	RESULTADOS DESEJADOS
1- Práticas do enfermeiro na atenção à saúde prestadas aos indivíduos e famílias.	Consultas e atendimentos do enfermeiro prestados aos usuários no seu contexto individual e familiar visando ao enfrentamento dos agravos e problemas de saúde presentes no quadro sanitário da população do território-área em que está inserido.	Atende a demanda espontânea de pessoas de todos os ciclo de vida que necessitam de consultas médicas, preferentemente os moradores de seu território-área. Atende e acompanha os pacientes e usuários do território-área na demanda programada de acordo com os programas e/ou protocolos de saúde existentes nos serviços acompanhando a população Atende, nos seus respectivos domicílios, os pacientes do território-área que estejam acamados ou impossibilitados de chegar até a Unidade Básica de Saúde.	Consulta de enfermagem para atendimento à demanda espontânea de pacientes do território - área e fora do território-área. Consulta de enfermagem para atendimento programado a pacientes do território-área da equipe de Saúde da Família segundo programas e/ou protocolos específicos, priorizando o atendimento nas ações de saúde presentes no quadro sanitário do município: - Puericultura; - Doenças Comuns da Infância; - Aleitamento Materno; - Pré-natal; - Puerpério; - Planejamento Familiar; - Hipertensão Arterial; - Diabetes Mellitus; - Tuberculose; - Hanseníase; outras. Atendimento domiciliar pelo enfermeiro aos pacientes do território-área em situações especiais, principalmente nos casos de: - Puerpério; - RN; - Pós-operatório em geral; - Pacientes seqüelados; - Doentes crônicos; outros.	Equilíbrio entre atendimento à demanda espontânea e programada. Atendimento predominantemente voltado à população residente no território-área da equipe de Saúde da Família na qual está inserido. Realização de visitas atendimentos domiciliares a pacientes em situações especiais. Atendimento domiciliar incorporado na agenda de trabalho do profissional enfermeiro.
2- Consultas e atendimentos do enfermeiro no campo da saúde coletiva, voltadas para atividades em grupos de saúde organizados por patologias, ciclos de vida ou necessidades de saúde.	Participação em grupos de saúde organizados por patologias, ciclos de vida ou necessidades de saúde especiais envolvendo a população do território-área sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família.	Participa de atividades de assistência à saúde para e em grupos de saúde organizados por patologias, ciclos de vida ou necessidades especiais.	Participação em grupos de promoção da saúde e prevenção de agravos ou de controle e acompanhamento das patologias ou situações especiais, em especial: - Grupo de Hipertensos; - Grupo de Diabéticos; - Grupo de Idosos; - Grupo de Gestantes; - Grupo de Planejamento Familiar; outros.	Participação e envolvimento do profissional enfermeiro nas atividades de grupos de saúde. Participação em atividades de grupos de saúde incorporada na agenda de trabalho do profissional enfermeiro.
3- Práticas de atenção à saúde realizadas pelo enfermeiro no campo mais ampliado da saúde coletiva, voltadas ao atendimento das necessidades e problemas de saúde prestadas aos indivíduos e famílias.	Consulta de enfermagem aos problemas e doenças/agravos de saúde presentes no quadro sanitário contemporâneo e que extrapolam o escopo da Saúde Pública, sendo que sua intervenção requer, além da aquisição de novos conhecimentos e habilidades e novas abordagens e estratégias de intervenção que	Atende os pacientes portadores de doenças, problemas ou situações de saúde consideradas típicas da modernidade.	Atendimento e acompanhamento pelo enfermeiro dos pacientes com problemas, doenças ou situações de saúde, tais como: - RN de risco (baixo peso); - Gestação na adolescência; - Pacientes portadores de Doenças terminais; - Portadores de necessidades especiais; - Portadores de câncer; - Pacientes portadores do HIV e Aids; - Portadores de transtornos mentais; - Pessoas vítimas de violência intrafamiliar;	Incorporação à agenda do enfermeiro das novas e mais complexas doenças ou agravos de saúde, tanto para consultas como para atividades de acompanhamento individual.

	valorizam a subjetividade do paciente e a sua realidade de vida como fatores de vulnerabilidade no processo saúde-doença.	<p>Participa de atividades de saúde <i>para</i> e <i>em</i> grupos de saúde organizados em torno de necessidades ou agravos especiais de saúde da população.</p> <p>Desenvolve atividades de saúde para grupos de população dos demais equipamentos sociais existentes no território-área.</p> <p>Realiza, na UBS ou domicílio, procedimentos de enfermagem ambulatoriais da clínica cirúrgica mediante necessidades de saúde da população do território-área.</p>	<p>- Vítimas de abuso sexual; - Dependentes químicos; - Pacientes depressivos; - Portadores de doenças ocupacionais., outros.</p> <p>Participação em novos grupos de saúde, como: - Grupo de Terapia/Apoio Comunitário; - Grupo de Caminhada ou Exercício Físico; - Grupo de Combate ao Tabagismo; - Grupo de portadores do HIV ou Aids; - Grupo de Adolescente; - Grupo de Terceira Idade, etc.</p> <p>Realização de atividades de saúde desenvolvidas em outros equipamentos sociais do território-área da equipe de Saúde da Família, tais como: - Creches; - Escolas; - Asilos; - Casas de Recuperação; - Fábricas; - ONGs; - Grupos de Apoio, outros.</p> <p>Consulta de enfermagem em procedimentos ambulatoriais da clínica-cirúrgica, tais como: - Retirada de Corpos Estranhos; - Retirada de Pontos; - Retirada de Drenos; - Troca de Bolsa de Colostomia ou sondas; - Troca de Curativo Cirúrgico; - Passagem de Sonda Vesical; - Passagem de Sonda Nasogástrica; - outros.</p>	<p>Participação e envolvimento do profissional enfermeiro em novas atividades de grupos organizados para atendimento às situações e problemas de saúde.</p> <p>Realização de atividades de saúde pelo enfermeiro em ambientes extra-muros da Unidade Básica de Saúde, de acordo com os equipamentos sociais existentes no território-área da equipe de Saúde da Família à qual o médico está vinculado</p> <p>Incorporação no cotidiano de trabalho do enfermeiro de procedimentos mais frequentes e de baixa complexidade da clínica cirúrgica.</p>
4- Práticas de integralidade do cuidado em saúde.	Atendimento prestado pelo enfermeiro voltado à compreensão do paciente enquanto sujeito do cuidado em saúde; considerando as condições de vida como fator de vulnerabilidade do processo saúde-doença do paciente e valorizando, além dos aspectos objetivos da queixa ou doença do paciente, os aspectos de subjetividade presentes na situação.	<p>Utiliza abordagens de inclusão e participação ativa do paciente e família nos diferentes momentos e procedimentos da consulta de enfermagem.</p> <p>Utiliza dinâmicas e abordagens específicas de</p>	<p>Utilização da consulta de enfermagem como momento de interação enfermeiro-paciente.</p> <p>Utilização da escuta ativa aos problemas de saúde do paciente.</p> <p>Utilização de abordagem sócio-econômica e cultural durante o atendimento.</p> <p>Valorização do saber do paciente no cuidado em saúde.</p> <p>Valorização da relação dialógica nos diferentes momentos do cuidado de enfermagem.</p> <p>Utilização de visitas domiciliares para compreensão da dinâmica familiar do paciente.</p>	<p>Incorporação no cotidiano de trabalho do enfermeiro, de abordagens ampliadas que consideram diferentes aspectos da vida do paciente para além da doença e que podem ter influência sobre o seu processo de adoecimento ou cura.</p> <p>Incorporação no cotidiano de trabalho do enfermeiro,</p>

		<p>enfoque familiar que valorizam o papel do núcleo familiar no processo de adoecimento e cura do paciente.</p> <p>Realiza ações de atenção à saúde que valorizam a promoção e prevenção que contribuem para o melhor prognóstico da saúde e qualidade de vida do paciente e família.</p>	<p>Utilização do genograma ou instrumento similar para abordagem familiar.</p> <p>Utilização do prontuário familiar como instrumento de trabalho.</p> <p>Valorização das ações de promoção da saúde durante o atendimento de enfermagem, informando ao paciente medidas e atitudes que podem contribuir para sua qualidade de vida.</p> <p>Valorização das ações de prevenção de doenças e agravos durante o atendimento, com repasse de informações ao paciente sobre elas.</p> <p>4.3.3- Orientação aos pacientes sobre a importância de participarem de grupos de apoio quando há necessidade de mudanças de hábitos e estilos de vida.</p>	<p>de ferramentas voltadas ao enfoque familiar nos atendimentos realizados aos pacientes do território-área.</p> <p>Incorporação no cotidiano de trabalho, de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos como forma de estimular pacientes, famílias e grupos para as práticas do autocuidado em saúde.</p>
5- Práticas de longitudinalidade do cuidado e de formação de vínculo com pacientes e famílias.	<p>Atendimento do enfermeiro voltado à priorização do acompanhamento horizontal dos pacientes e famílias ao longo dos diferentes ciclos de vida e do acompanhamento vertical de seus episódios de doenças e agravos de saúde nos casos de necessidade de encaminhamentos à consulta com o médico da equipe, serviços de referência, exames complementares, consultas a especialistas ou internação hospitalar.</p>	<p>Conhece o contexto familiar dos pacientes de seu território-área.</p> <p>Conhece o contexto sócio-econômico e cultural dos pacientes e famílias de seu território-área.</p> <p>Trabalha os episódios de doenças ou situações de saúde dos pacientes adequando-as aos seus contextos familiares.</p> <p>Realiza atendimento continuado aos pacientes em seus diferentes ciclos de vida e em suas diferentes necessidades de saúde.</p> <p>Acompanha os pacientes antes, durante e após o encaminhamento aos serviços de referência secundária.</p> <p>Acompanha os pacientes antes, durante e após internação hospitalar.</p> <p>Acompanha as famílias de pacientes que vão a óbito domiciliar ou hospitalar.</p>	<p>Acompanhamento do paciente de acordo com as diferentes situações e contextos familiares.</p> <p>Acompanhamento do paciente de acordo com as diferentes situações sócio-econômicas e culturais dos pacientes e famílias conforme discrepâncias encontradas na realidade do território-área.</p> <p>Flexibilidade de condutas e orientações adequando-as às diferentes situações dos pacientes e famílias.</p> <p>Acompanhamento dos pacientes ao longo de suas vidas adequando condutas e orientações de acordo com as necessidades específicas de cada ciclo de vida.</p> <p>Acompanhamento dos pacientes nos momentos de referência e contra-referência a outros serviços.</p> <p>Acesso a informações sobre o paciente nos casos de internamento pelos familiares do paciente ou pelos próprios serviços de saúde.</p> <p>Acompanhamento às famílias em situação de óbito de pacientes atendidos e acompanhados pelo médico.</p>	<p>Existência de relacionamento enfermeiro-paciente que permite ao paciente identificar no enfermeiro da Saúde da Família uma referência para a tomada de decisões relativas ao seu processo saúde-doença ou de qualquer membro de sua família e permite ao médico acompanhar o paciente e sua família nas diferentes fases de vida.</p>

DIMENSÃO: PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CAMPO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO E GERENCIAL.

COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: Conduz a organização do processo de trabalho da equipe de forma participativa e compartilhada por meio do planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde prestadas aos indivíduos, famílias e grupos da comunidade, mobilizando diferentes tipos de recursos para o desenvolvimento do trabalho, contribuindo para a resolutividade da assistência aos principais problemas e agravos de saúde da população do território-área no qual está inserido.

CATEGORIA DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO	DESEMPENHO PROFISSIONAL ESPERADO	VARIÁVEIS DE ANÁLISE	PARÂMETRO DESEJADO
6-Práticas de gerência e organização do processo de trabalho da equipe.	Organização e mobilização da equipe para a identificação, estruturação e readequação das atividades de saúde de acordo com os principais problemas de saúde da população do território-área; readequação do sistema de informação em saúde a partir da coleta, registro e análise dos dados epidemiológicos e de saúde; elaboração de atividades conjuntas de planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde prestadas pela equipe; análise da assistência à saúde prestada pelo serviço e sua capacidade de resposta aos problemas predominantes do território-área.	<p>Organiza atividades cotidianas do trabalho coletivo mobilizando a equipe em torno das principais necessidades e problemas de saúde da população do território-área.</p> <p>Analisa e discute com os componentes da equipe, as informações necessárias e existentes na equipe e USF/UBS, adequando formas de coleta e registro de informações.</p> <p>Estimula e mobiliza a equipe em torno do planejamento local, priorizando problemas de saúde e definindo as operações necessárias e adequando o processo de trabalho da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde priorizados.</p> <p>Estimula e mobiliza a equipe em torno da avaliação das ações planejadas e realizadas pela equipe.</p> <p>Propõe dinâmicas de trabalho em equipe pertinentes à melhoria do trabalho da equipe.</p> <p>Interage com a equipe colaborando e contribuindo para a melhoria do cuidado prestado à população</p>	<p>Promoção de reuniões e oficinas de trabalho junto à equipe com a finalidade de discutir a situação de saúde da população do território-área.</p> <p>Criação de espaços individuais e/ou coletivos no cotidiano de trabalho da equipe para discussão sobre o sistema de informações em saúde e adequações necessárias.</p> <p>Realização de reuniões periódicas e sistemáticas de planejamento local em saúde, com priorização de problemas pela equipe.</p> <p>Realização de atividades de avaliação das ações planejadas e das ações de rotina de trabalho com a equipe de trabalho.</p> <p>Atuação crítica sobre o processo de trabalho da equipe e necessidades de saúde da população.</p> <p>Proposição de mudanças na rotina ou processo de trabalho da equipe</p>	Liderança e participação ativa do enfermeiro no desenvolvimento cotidiano das atividades de trabalho da equipe, contribuindo para a configuração de um trabalho colaborativo e em parceria e voltado ao atendimento das principais necessidades e problemas de saúde da população do território-área.

		Abre espaços para o envolvimento da comunidade nas discussões e definições das prioridades de saúde do território-área da equipe.	para adequá-la às necessidades de saúde da população. Interação com os demais membros da equipe para discussões de casos e problemas de saúde de pacientes, famílias e grupos ou problemas relativos à organização e funcionamento do trabalho. Atuação junto às lideranças da população do território-área nas definições e desenvolvimento das ações de enfrentamento dos problemas de saúde priorizados.	
7- Práticas técnico-administrativas de apoio às atividades da equipe.	Identificação de áreas críticas na organização dos serviços; na provisão de recursos materiais e humanos necessários ao bom desempenho do trabalho; realização de reuniões técnico-administrativas e demais atividades da equipe de Saúde da Família e participação nas reuniões da USF/UBS ou demais reuniões e eventos institucionais voltadas à melhoria da qualidade dos serviços prestados.	Responsabiliza-se pelo acompanhamento das atividades técnico-administrativas de rotina da equipe buscando garantir o pleno funcionamento do trabalho. Responsabiliza-se pelo agendamento e cumprimento das reuniões da equipe buscando garantir o pleno funcionamento do trabalho.	Realização das atividades administrativas relativas ao trabalho da equipe, tais como: - previsão de materiais; - consolidação de relatórios mensais de produção;; - consolidação de relatório de frequência - acompanhamento das atividades dos demais profissionais garantindo o fluxo de trabalho; etc. Realização de reuniões com a equipe nas quais os assuntos técnico-administrativos são abordados.	Liderança e participação ativa do enfermeiro na realização de atividades técnico-administrativas mobilizando os componentes da equipe e a USF/UBS sempre que necessário para a organização e funcionamento do trabalho
8-Práticas de organização e adequação tecnológica da atenção básica ao trabalho.	Desenvolvimento do trabalho na perspectiva dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Saúde da Família, em consonância com os protocolos e rotinas existentes na Secretaria Municipal	Realiza seu trabalho procurando atender os princípios de organização e funcionamento da Saúde da Família.	Valorização do território como espaço de organização do trabalho em Saúde da Família. Valorização do trabalho em equipe na organização das atividades em Saúde da Família.	Comprometimento do profissional com o processo de construção do SUS e da reforma sanitária brasileira, compreendendo o contexto e importância da Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica.

	de Saúde.		<p>Valorização do planejamento local como forma de organização do trabalho por problemas coletivamente priorizados.</p> <p>Valorização do trabalho interdisciplinar e multiprofissional como forma de apreender a realidade de saúde do território-área de intervir sobre ela.</p> <p>Realização de procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica no território-área.</p> <p>Utilização dos protocolos de atenção à saúde existentes na Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Cumprimento da carga horária semanal contratual na equipe de Saúde da Saúde.</p> <p>Dedicação em tempo integral às atividades de trabalho em Saúde da Família.</p>	
9-Práticas de formação, capacitação e acompanhamento da equipe .	Identificação de necessidades, organização e capacitação dos ACS ou Auxiliares de Enfermagem, de acordo com as necessidades ou mediante a implantação de novos procedimentos ou protocolos assistenciais envolvendo a equipe.	<p>Promove o desenvolvimento cognitivo da equipe, de acordo com as necessidades de cada membro.</p> <p>Promove o desenvolvimento cognitivo da equipe nos casos de implantação de novos protocolos ou rotinas de trabalho apontadas pelo nível central da SMS.</p>	<p>Realização de processos de capacitação ou atualização em serviço para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACS, - Aux.Enf., - outros enfermeiros, - etc. <p>Realização de processos de capacitação ou atualização de rotinas ou protocolos acordo com as necessidades do nível central.</p>	Comprometimento do profissional com o desempenho da equipe buscando capacitar os diferentes componentes de acordo com as necessidades identificadas e adequando normas, rotinas e protocolos de atendimento elaborados.

DIMENSÃO: PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CAMPO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE.

COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: Desenvolve ações e atividades voltadas ao trabalho junto à população, contribuindo para a construção de práticas solidárias e coletivas, visando o fortalecimento da cidadania no enfrentamento dos principais problemas e agravos de saúde da população do território-área no qual está inserido.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO	DESEMPENHOS ESPERADOS	VARIÁVEIS DE ANÁLISE	RESULTADOS DESEJADOS
10- Práticas de associativismo e participação social	Participação e envolvimento em práticas coletivas voltadas à construção de relações sociais de apoio, cooperação, solidariedade e direitos e deveres de cidadania.	Participa de atividades associativas ou coletivas que objetivem o fortalecimento da cidadania.	Atuação pessoal em atividades associativas ou coletivas. Atuação profissional em atividades associativas ou coletivas. Atuação em atividades associativas ou coletivas junto à população do seu território-área. Valorização das atividades coletivas desenvolvidas no território-área. Mobilização da população para discussões conjuntas com a equipe sobre os problemas de saúde do território-área e propostas para seu enfrentamento.	Comprometimento do profissional com o contexto social onde atua, estimulando a participação da população em atividades comunitárias associativas ou coletivas que contribuam para as mudanças sociais e qualidade de vida.
11- Práticas de educação popular em saúde.	Desenvolvimento de atividades que consideram o saber e os valores da população e que são expressões de suas experiências de vida e saúde	Considera, no desenvolvimento de seu cotidiano de trabalho, o saber, a cultura e os valores da população. Fomenta a troca de saberes entre indivíduos e grupos da população como forma de incentivar o cuidado em saúde. Estimula a troca de saberes entre equipe de Saúde da Família e população como forma de adequar condutas e tratamentos.	Valorização das informações trazidas pela população sobre suas práticas e vivências em saúde nas condutas e tratamentos prescritos aos pacientes, famílias e grupos. Mobilização da população para a troca de informações e experiências em torno do conhecimento e vivências que contribuam para o cuidado em saúde. Sensibilização da equipe para a busca e valorização dos saberes e valores da população no processo do cuidado em saúde.	Respeito e valorização do profissional aos saberes, culturas e valores da população do território-área adquiridos em sua realidade de vida em todos os momentos de interação com os indivíduos, famílias e grupos da população.

<p>12- Práticas de participação nos Conselhos de Saúde</p>	<p>Participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde apoiando o desenvolvimento de propostas que priorizem as necessidades de saúde da população e fortaleçam os princípios do SUS.</p>	<p>Participa das reuniões dos Conselhos de Saúde como instância de participação social em saúde.</p> <p>Estimula a participação da equipe, pacientes, famílias e grupos da população do território-área nas reuniões dos Conselhos de Saúde – municipal e local, como instância de participação social em saúde.</p>	<p>Participa das reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Participa das reuniões mensais do Conselho Local de Saúde.</p> <p>Informa a população sobre o papel dos Conselhos e dos Conselheiros de Saúde como forma de contribuir para a participação social no SUS.</p>	<p>Comprometimento do profissional com o processo de participação social em saúde e com as práticas de democratização, estimulando a participação da equipe e usuários nas reuniões dos Conselhos de Saúde.</p>
--	---	--	--	---

APÊNDICE B

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL

**MATRIZ DE REFERÊNCIA PARA A ANÁLISE DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS
DOS MÉDICOS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NOVEMBRO
2005**

MATRIZ DE REFERÊNCIA PARA A ANÁLISE DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS MÉDICOS DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DIMENSÃO DE ANÁLISE: CAMPO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS INDIVÍDUOS, FAMÍLIAS E GRUPOS.

COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: Presta atendimento clínico-assistencial aos indivíduos, famílias e grupos de pessoas a partir de suas respectivas necessidades de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado e da humanização do atendimento, objetivando a resolutividade aos principais problemas e agravos de saúde da população, preferentemente do território-área da equipe de saúde da família na qual está inserido.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO	DESEMPENHOS ESPERADOS	VARIÁVEIS DE ANÁLISE	RESULTADOS DESEJADOS
1- Práticas médicas de atenção à saúde prestadas aos indivíduos e famílias.	Consultas e atendimentos médicos prestados aos usuários no seu contexto individual e familiar visando ao enfrentamento dos agravos e problemas de saúde presentes no quadro sanitário da população do território-área em que está inserido.	<p>Atende a demanda espontânea de pessoas de todos os ciclos de vida que necessitam de consultas médicas, preferentemente os moradores de seu território-área.</p> <p>Atende e acompanha os pacientes e usuários do território-área na demanda programada de acordo com os programas e/ou protocolos de saúde existentes nos serviços acompanhando a população</p> <p>Atende, nos seus respectivos domicílios, os pacientes do território-área que estejam acamados ou impossibilitados de chegar até a Unidade Básica de Saúde.</p>	<p>Consulta médica para atendimento à demanda espontânea de pacientes do território - área e fora do território-área.</p> <p>Consulta médica para atendimento programado de pacientes do território-área da equipe de Saúde da Família segundo programas e/ou protocolos específicos, priorizando o atendimento nas ações de saúde presentes no quadro sanitário do município:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puericultura; - Doenças Comuns da Infância; - Aleitamento Materno; - Pré-natal; - Puerpério; - Planejamento Familiar; - Hipertensão Arterial; - Diabetes Mellitus; - Tuberculose; - Hanseníase; outras. <p>Atendimento médico domiciliar aos pacientes do território-área em situações especiais, principalmente nos casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puerpério; - RN; - Pós-operatório em geral; - Pacientes com seqüelas de AVC ou problemas similares; - Doentes Crônicos; outros. 	<p>Equilíbrio entre atendimento à demanda espontânea e programada.</p> <p>Atendimento predominantemente voltado à população residente no território-área da equipe de Saúde da Família na qual está inserido.</p> <p>Realização de visitas atendimentos domiciliares a pacientes em situações especiais.</p> <p>Atendimento domiciliar incorporado na agenda de trabalho do profissional médico.</p>
2- Consultas e atendimentos médicos no campo da saúde coletiva, voltadas para atividades em grupos de saúde organizados por patologias, ciclos de vida ou necessidades de saúde.	Participação em grupos de saúde organizados por patologias, ciclos de vida ou necessidades de saúde especiais envolvendo a população do território-área sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família.	Participa de atividades de assistência à saúde para e em grupos de saúde organizados por patologias, ciclos de vida ou necessidades especiais.	<p>Participação em grupos de promoção da saúde e prevenção de agravos ou de controle e acompanhamento das patologias ou situações especiais, em especial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de Hipertensos; - Grupo de Diabéticos; - Grupo de Idosos; - Grupo de Gestantes; - Grupo de Planejamento Familiar; outros. 	<p>Participação e envolvimento do profissional médico nas atividades de grupos de saúde.</p> <p>Participação em atividades de grupos de saúde incorporada na agenda de trabalho do profissional médico.</p>

<p>3- Práticas de atenção médica no campo mais ampliado da saúde coletiva, voltadas ao atendimento das necessidades prestadas aos indivíduos e famílias.</p>	<p>Atendimento médico aos problemas e doenças/agravos de saúde presentes no quadro sanitário contemporâneo e que extrapolam o escopo da Saúde Pública, sendo que sua intervenção requer, além da aquisição de novos conhecimentos, habilidades e manejo clínico, novas abordagens e estratégias de intervenção que valorizem a subjetividade do paciente e a sua realidade de vida como fatores de vulnerabilidade no processo saúde-doença.</p>	<p>Atende os pacientes portadores de doenças, problemas ou situações de saúde consideradas típicas da modernidade.</p> <p>Participa de atividades de saúde para e em grupos de saúde organizados em torno de necessidades ou agravos especiais de saúde da população.</p> <p>Desenvolve atividades de saúde para grupos de população dos demais equipamentos sociais existentes no território-área.</p> <p>Realiza, na UBS ou</p>	<p>Atendimento e acompanhamento médico aos pacientes com problemas, doenças ou situações de saúde, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RN de risco (baixo peso); - Gestação na adolescência; - Pacientes portadores de Doenças terminais; - Portadores de necessidades especiais; - Portadores de câncer; - Pacientes portadores do HIV e Aids; - Portadores de transtornos mentais; - Pessoas vítimas de violência intrafamiliar; - Vítimas de abuso sexual; - Dependentes químicos; - Pacientes depressivos; - Portadores de doenças ocupacionais., outros. <p>Participação em novos grupos de saúde, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de Terapia/Apoio Comunitário; - Grupo de Caminhada ou Exercício Físico; - Grupo de Combate ao Tabagismo; - Grupo de portadores do HIV ou Aids; - Grupo de Adolescente; - Grupo de Terceira Idade, etc. <p>Realização de atividades de saúde desenvolvidas em outros equipamentos sociais do território-área da equipe de Saúde da Família, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creches; - Escolas; - Asilos; - Casas de Recuperação; - Fábricas; - ONGs; - Grupos de Apoio, outros. <p>Atendimento de enfermagem em procedimentos médico-cirúrgico, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retirada de Corpos 	<p>Incorporação à agenda do médico, das novas e mais complexas doenças ou agravos de saúde, tanto para consultas como para atividades de acompanhamento individual.</p> <p>Participação e envolvimento do profissional em novas atividades de grupos organizados para atendimento às situações e problemas de saúde.</p> <p>Realização de atividades médicas em ambientes extra-muros da Unidade Básica de Saúde, de acordo com os equipamentos sociais existentes no território-área da equipe de Saúde da Família à qual o médico está vinculado</p> <p>Incorporação no cotidiano de trabalho do médico de procedimentos mais freqüentes e de baixa complexidade da clínica cirúrgica.</p>
--	--	---	---	--

		domicílio, procedimentos e cuidados de enfermagem médico-cirúrgica mediante necessidades de saúde da população do território-área.	Estranhos; - Retirada de Pontos; - Retirada de Drenos; - Troca de Bolsa de Colostomia ou sondas; - Troca de Curativo Cirúrgico; - Passagem de Sonda Vesical; - Passagem de Sonda Nasogástrica; - outros.	
4- Práticas de integralidade do cuidado em saúde.	Atendimento médico voltado à compreensão do paciente enquanto sujeito do cuidado em saúde; considerando as condições de vida como fator de vulnerabilidade do processo saúde-doença do paciente e valorizando, além dos aspectos objetivos da queixa ou doença do paciente, os aspectos de subjetividade presentes na situação.	Utiliza abordagens de inclusão e participação ativa do paciente e família nos diferentes momentos e procedimentos do atendimento médico. Utiliza dinâmicas e abordagens específicas de enfoque familiar que valorizam o papel do núcleo familiar no processo de adoecimento e cura do paciente. Realiza ações de atenção à saúde que valorizam a promoção e prevenção que contribuem para o melhor prognóstico da saúde e qualidade de vida do paciente e família.	Utilização da consulta médica integral (incluindo pré e pós-consulta) como momento de interação médico-paciente. Utilização da escuta ativa aos problemas de saúde do paciente. Utilização de abordagem sócio-econômica e cultural durante o atendimento médico. Valorização do saber do paciente no cuidado em saúde. Valorização da relação dialógica no momento da consulta médica. Utilização de visitas domiciliares para compreensão da dinâmica familiar do paciente. Utilização do genograma ou instrumento similar para abordagem familiar. Utilização do prontuário familiar como instrumento de trabalho. Valorização das ações de promoção da saúde durante o atendimento médico, informando ao paciente medidas e atitudes que podem contribuir para sua qualidade de vida. Valorização das ações de prevenção de doenças e agravos durante o	Incorporação no cotidiano de trabalho do médico, de abordagens ampliadas que consideram diferentes aspectos da vida do paciente para além da doença e que podem ter influência sobre o seu processo de adoecimento ou cura. Incorporação no cotidiano de trabalho, de ferramentas voltadas ao enfoque familiar nos atendimentos realizados aos pacientes do território-área. Incorporação no cotidiano de trabalho, de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos como forma de estimular pacientes, famílias e grupos para as práticas do autocuidado em saúde.

			<p>atendimento médico, com repasse de informações ao paciente sobre elas.</p> <p>4.3.3- Orientação aos pacientes sobre a importância de participarem de grupos de apoio quando há necessidade de mudanças de hábitos e estilos de vida.</p>	
<p>5- Práticas de longitudinalidade do cuidado e de formação de vínculo com pacientes e famílias.</p>	<p>Atendimento médico voltado à priorização do acompanhamento horizontal dos pacientes e famílias ao longo dos diferentes ciclos de vida e do acompanhamento vertical de seus episódios de doenças e agravos de saúde nos casos de necessidade de encaminhamentos a serviços de exames complementares, consultas a especialistas ou internação hospitalar</p>	<p>Conhece o contexto familiar dos pacientes de seu território-área.</p> <p>Conhece o contexto sócio-econômico e cultural dos pacientes e famílias de seu território-área.</p> <p>Trabalha os episódios de doenças ou situações de saúde dos pacientes adequando-as aos seus contextos familiares.</p> <p>Realiza atendimento continuado aos pacientes em seus diferentes ciclos de vida e em suas diferentes necessidades de saúde.</p> <p>Acompanha os pacientes antes, durante e após o encaminhamento aos serviços de referência secundária.</p> <p>Acompanha os pacientes antes,</p>	<p>Acompanhamento do paciente de acordo com as diferentes situações e contextos familiares.</p> <p>Acompanhamento do paciente de acordo com as diferentes situações sócio-econômicas e culturais dos pacientes e famílias conforme discrepâncias encontradas na realidade do território-área.</p> <p>Flexibilidade de condutas e orientações adequando-as às diferentes situações dos pacientes e famílias.</p> <p>Acompanhamento dos pacientes ao longo de suas vidas adequando condutas e orientações de acordo com as necessidades específicas de cada ciclo de vida.</p> <p>Acompanhamento dos pacientes nos momentos de referência e contra-referência do paciente a outros serviços.</p> <p>Acesso aos resultados dos exames solicitados aos pacientes e condutas e orientações prestadas ao paciente pelo especialista referido.</p> <p>Acesso a informações sobre o paciente nos casos de internamento pelos familiares do paciente ou pelos próprios serviços de saúde.</p>	<p>Existência de relacionamento médico-paciente que permite ao paciente identificar no médico de Saúde da Família uma referência para a tomada de decisões relativas ao seu processo saúde-doença ou de qualquer membro de sua família e permite ao médico acompanhar o paciente e sua família nas diferentes fases de vida.</p>

		durante e após internação hospitalar.	Acompanhamento às famílias em situação de óbito de pacientes atendidos e acompanhados pelo médico.	
		Acompanha as famílias de pacientes que vão a óbito domiciliar ou hospitalar.		

DIMENSÃO: PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CAMPO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO.

COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: Atua em conjunto com os demais profissionais da equipe de saúde da família no planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde dirigidas aos indivíduos, famílias e grupos da comunidade de acordo com as especificidades de seu trabalho, contribuindo para a resolutividade da assistência aos principais problemas e agravos de saúde da população do território-área no qual está inserido.

CATEGORIA DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO	DESEMPENHO PROFISSIONAL ESPERADO	VARIÁVEIS DE ANÁLISE	PARÂMETRO DESEJADO
6-Práticas de trabalho em equipe.	Participação e envolvimento do médico nas atividades conjuntas de planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação das ações de saúde prestadas pela equipe, nas reuniões técnico-administrativas e demais atividades da equipe de Saúde da Família e da UBS que objetivem a readequação do processo de trabalho e da melhoria da qualidade dos serviços prestados.	Participa das atividades cotidianas da equipe compondo uma dinâmica de trabalho ativa e multiprofissional. Interage com a equipe colaborando e contribuindo para seu crescimento. Propõe a criação ou adequação de ações e atividades pertinentes à melhoria do trabalho da equipe. Participa das discussões e definições das prioridades de saúde a serem trabalhadas com a população do	Participação nas reuniões técnico-administrativas da equipe. Participação nas atividades relativas à organização do trabalho da equipe e nas atividades comemorativas da equipe. Interação com o trabalho de todos os membros da equipe contribuindo para que o desempenho da equipe como um todo. Interação com os demais membros da equipe para discussões de casos e condutas de pacientes, famílias e grupos. Atuação crítica sobre o processo de trabalho da equipe e necessidades de saúde da população. Proposição de mudanças na rotina ou processo de trabalho da equipe para adequá-la às necessidades de saúde da população. Participação nas definições e seleção dos problemas de saúde a serem priorizados no território-área.	Existência de participação ativa do médico junto com os demais componentes da equipe no cotidiano das atividades da equipe contribuindo para a configuração de um trabalho colaborativo e em parceria voltado ao atendimento das necessidades de saúde da população do território-área.

		território-área da equipe.	Proposição de problemas e ações a serem realizadas pela equipe otimizando o trabalho e o atendimento à população.	
7-Práticas de adequação e inserção no trabalho.	Desenvolvimento do trabalho na perspectiva dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e em consonância com os protocolos e rotinas existentes na Secretaria Municipal de Saúde.	<p>Realiza seu trabalho consciente da importância de seu papel no desenvolvimento do SUS como política social e atua de acordo com seus princípios e diretrizes.</p> <p>Realiza seu trabalho procurando atender os princípios da Saúde da Família.</p> <p>Realiza seu trabalho procurando cumprir os protocolos existentes na SMS e contribuir para sua melhoria.</p> <p>Cumprir a jornada de trabalho de acordo com o contrato de trabalho assumido.</p> <p>Atua em tempo integral num mesmo território-área.</p>	<p>Atuação profissional dentro dos princípios e diretrizes do SUS.</p> <p>Identificação dos problemas de saúde e situações de vulnerabilidade e risco mais comuns aos quais a população do território-área está exposta.</p> <p>Realização de procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica no território-área.</p> <p>Valorização do território como espaço de organização do trabalho em Saúde da Família.</p> <p>Valorização do planejamento local como forma de organização do trabalho por problemas coletivamente priorizados.</p> <p>Valorização do trabalho interdisciplinar e multiprofissional como forma de apreender a realidade de saúde do território-área de intervir sobre ela.</p> <p>Utilização dos protocolos de atenção à saúde elaborados e implantados na Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>Cumprimento da carga horária contratual na equipe de Saúde da Saúde.</p> <p>Dedicação em tempo integral às atividades de trabalho em Saúde da Família.</p>	Comprometimento do profissional com o processo de construção do SUS e da reforma sanitária brasileira, compreendendo o contexto e importância da Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica.

DIMENSÃO: PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CAMPO DO TRABALHO COM A POPULAÇÃO

COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: Desenvolve ações e atividades voltadas ao trabalho junto à população de acordo com as especificidades de seu trabalho, contribuindo para a criação de práticas solidárias e de fortalecimento da cidadania visando o enfrentamento dos principais problemas e agravos de saúde da população do território-área no qual está inserido.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO	DESEMPENHOS ESPERADOS	VARIÁVEIS DE ANÁLISE	RESULTADOS DESEJADOS
8- Práticas de associativismo e participação social	Participação e envolvimento em práticas coletivas voltadas à construção de relações sociais de apoio, cooperação, solidariedade e direitos e deveres de cidadania.	Participa de atividades associativas ou coletivas que objetivem o fortalecimento da cidadania.	Atuação pessoal em atividades associativas ou coletivas. Atuação profissional em atividades associativas ou coletivas. Atuação em atividades associativas ou coletivas junto à população do seu território-área. Valorização das atividades coletivas desenvolvidas no território-área. Mobilização da população para discussões conjuntas com a equipe sobre os problemas de saúde do território-área e propostas para seu enfrentamento.	Comprometimento do profissional com o contexto social onde atua, estimulando a participação da população em atividades comunitárias associativas ou coletivas que contribuam para as mudanças sociais e qualidade de vida.
Práticas de educação popular em saúde.	Desenvolvimento de atividades que consideram o saber e os valores da população e que são expressões de suas experiências de vida e saúde	Considera, no desenvolvimento de seu cotidiano de trabalho, o saber, a cultura e os valores da população. Fomenta a troca de saberes entre indivíduos e grupos da população como forma de incentivar o cuidado em saúde. Estimula a troca de saberes entre equipe de Saúde da Família e população como	Valorização das informações trazidas pela população sobre suas práticas e vivências em saúde nas condutas e tratamentos prescritos aos pacientes, famílias e grupos. Mobilização da população para a troca de informações e experiências em torno do conhecimento e vivências que contribuam para o cuidado em saúde. Sensibilização da equipe para a busca e	Respeito e valorização do profissional aos saberes, culturas e valores da população do território-área adquiridos em sua realidade de vida em todos os momentos de interação com os indivíduos, famílias e grupos da população.

		forma de adequar condutas e tratamentos.	valorização dos saberes e valores da população no processo do cuidado em saúde.	
Práticas de participação nos Conselhos de Saúde	Participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde apoiando o desenvolvimento de propostas que priorizem as necessidades de saúde da população e fortaleçam os princípios do SUS.	Participa das reuniões dos Conselhos de Saúde como instância de participação social em saúde. Estimula a participação da equipe, pacientes, famílias e grupos da população do território-área nas reuniões dos Conselhos de Saúde – municipal e local, como instância de participação social em saúde.	Participa das reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde. Participa das reuniões mensais do Conselho Local de Saúde. Informa a população sobre o papel dos Conselhos e dos Conselheiros de Saúde como forma de contribuir para a participação social no SUS.	Comprometimento do profissional com o processo de participação social em saúde e com as práticas de democratização, estimulando a participação da equipe e usuários nas reuniões dos Conselhos de Saúde.