



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Lesley Batista de Figueiredo

**A implementação da Estratégia de Saúde da Família no
município de Tanguá/RJ**

Rio de Janeiro

2008

Lesley Batista de Figueiredo

**A implementação da Estratégia de Saúde da Família no
município de Tanguá/RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

F475 Figueiredo, Lesley Batista de.
A implementação da Estratégia de Saúde da Família no município de Tanguá/RJ / Lesley Batista de Figueiredo. – 2008.
90f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Programa Saúde da Família (Brasil) – Tanguá (RJ) – Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 3. Saúde pública – Administração – Teses. 4. Serviços de saúde pública – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.39

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Lesley Batista de Figueiredo

**A implementação da Estratégia de Saúde da Família no
município de Tanguá/RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 27 de março de 2008.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Luciana Dias de Lima
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Tatiana Vargas de Faria Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2008

DEDICATÓRIA

Às **famílias brasileiras**, ainda tão marcadas pela injustiça social, excluídas do acesso à saúde pública de qualidade.

À **minha grande família**:

A **Ana Clara** meu grande amor! Obrigada por ter suportado meus momentos de ausência, minha impaciência, minha fadiga.

Obrigada por responder “tá aqui” todas as vezes que cheguei cansada e culpada por te deixar e perguntei “onde está o meu amor?” Você sempre esteve me esperando.

Ao **Marcelo**, meu amado marido. Obrigada por tudo o que você fez até aqui. Por estar ao meu lado, por ser como você é, por me amar como eu sou...

Ao **Altamiro e Diuza**, meus pais, pela vida e por serem meus maiores exemplos de luta e determinação. Por estarem sempre alimentando minha vontade de “ser mais”, por terem criado Ana nesses anos de mestrado.

Pelo amor, aconchego, apoio e prontidão em todos os momentos de minha existência. O caminho que trilho tem muito de vocês!

À **Leylane**, minha única irmã, você foi um pouco mãe da minha filha E isso me permitiu chegar até aqui.

Que um dia eu possa te recompensar.

Em memória:

Ao meu irmão Toninho, sempre, pura alegria e amor.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos vão a todos aqueles que estiveram presentes e contribuíram nesta jornada. Em especial, manifesto minha sincera gratidão:

A Deus, por me permitir chegar até aqui;

À Professora Roseni Pinheiro, pela maneira como orientou este trabalho, pelo profissionalismo, pelas broncas, valeu!

Ao Professor Rubem, por me inspirar a fazer este mestrado;

À Luciana (Kalu) pelo incentivo na banca de qualificação, suas palavras me animaram e me fizeram continuar;

Aos professores do Curso de Mestrado, pela convivência prazerosa e pelo compartilhar de saberes !

Aos amigos da Secretaria de Saúde de Tanguá e membros das Equipes de Saúde da Família daquele município, meus coordenados que muitas vezes tiveram que entender minha ausência e que gentilmente realizaram a entrevista respondendo meus questionamentos;

Aos amigos da turma de mestrado, foi muito bom percorrer este caminho com vocês.

A vida é para nós o que concebemos dela. Para o rústico cujo campo lhe é tudo, esse campo é um império. Para o César cujo império lhe ainda é pouco, esse império é um campo. O pobre possui um império; o grande possui um campo. Na verdade, na o possuímos mais que as nossas próprias sensações; nelas, pois, que não no que elas veem, temos que fundamentar a realidade da nossa vida.”

Fernando Pessoa

RESUMO

FIGUEIREDO, Lesley Batista. *A implementação da Estratégia de Saúde da Família no município de Tanguá/RJ. 2008.* 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Este estudo se insere numa reflexão sobre a proposta de reorganização de modelo assistencial, tendo em vista a Estratégia Saúde da Família. Segundo o Ministério da Saúde, esta estratégia contribuiria para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), num modelo pensado para concentrar a atenção na família e comunidade, como sujeitos do processo saúde-doença, visando à vigilância em saúde. Esta dissertação consiste em um estudo com base numa abordagem qualitativa, utilizando como princípio metodológico o estudo de caso, discute a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Tanguá, no Estado do Rio de Janeiro, um município de pequeno porte com 28.325 habitantes, localizado na região metropolitana II do Estado. De fato, ora o PSF é entendido e implementado como um programa focalizado, ora como uma estratégia de mudança na organização da rede básica visando à universalização do acesso da população a esses serviços, ou ainda, como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde baseada na integralidade do cuidado. Considerando a importância de se aprofundar o debate sobre o tema, esse estudo tem por objetivo identificar a realidade da implantação do PSF no Município, suas dificuldades e o que isso acarretou na vida da população residente. Buscou-se evidenciar as potencialidades e as dificuldades no processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-Chave: SUS. Modelo de atenção. Saúde da família. Implantação.

ABSTRACT

This study is a piece of a reflection about of reorganization of the care model proposes, regarding the Family Health Strategy. According Health Ministry, this Strategy would contribute to the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) be effective, in a model planed to concentrate the attention on the family and e community, as players of health-disease process, aiming the health vigilance. This work consist in a study funded on a qualitative approach, using the principle the case study as a methodology, discuss the implementation of The Family Health Program (FHP) in Tanguá, Rio de Janeiro/Brazil. A small district with 28.325 inhabitants, in the metropolitan region of the state. In fact, sometimes the FHP is understood and implemented as a program focused, sometimes as a strategy of change in the primary health care organization aiming the universalization of population access to these services or also with a strategy of change on health care model with bases on integrality of care. Regarding the importance of go deeper in the debate about this subject, this study aims identify the reality of FHP implementation in Tanguá, its difficulties and the result in inhabitants life. It tried to show the potentialities and the difficulties on implementation process of the Family Health Strategy.

Keywords: SUS. Care model. Family Health Program. Implementation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Relação de nomes fictícios e profissionais da ESF de Tanguá	88
Tabela 02	Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família implantadas no BRASIL - 1994 – novembro/2007	89
Tabela 03	Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas no BRASIL - 1994 – novembro/2007	90
Tabela 04	- Série Histórica da Estratégia Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro e Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família em atuação - competência dezembro de 1998 e dezembro de 2006.	91
Tabela 05	SIASUS Agregado por Unidade/Procedimentos – Tanguá Quantidade Apresentada por Ano Competência segundo Unidade Ambulatorial	91
Tabela 06	Internações por Ano Competência segundo Unid Hospitalar	51
Tabela 07	Internações Capítulo CID10: V. Transtornos Mentais e Comportamentais por ano Competência segundo Município de Residência	52
Tabela 08	Número de Pacientes Cadastrados no Centro de Saúde Mental ...	52
Tabela 09	Número de visitas domiciliares por ano/mês da Estratégia de Saúde da Família	61
Tabela 10	Média de visitas/ano realizadas pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Tanguá	62
Tabela 11	Número de Famílias/pessoas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Tanguá/RJ e cobertura da ESF	64
Tabela 12	Número de consultas médicas por faixa etária na Estratégia de Saúde da Família do município de Tanguá/RJ	66
Tabela 13	Nº Nascidos Vivos por Consultas Pré-natal segundo Ano Município Resid. Tanguá	71
Tabela 14	Número de atendimento (consulta) de pré-natal da Estratégia de Saúde da Família do município de Tanguá/RJ	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	– Agente Comunitário de Saúde
AIH	– Autorização de Internação Hospitalar
APS	– Atenção Primária à Saúde
CIB	– Comissão Intergestora Bipartite
CLT	– Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	– Conselho Municipal de Saúde
CSDGF	– Centro de Saúde Demerval Garcia de Freitas
COSAC	– Coordenação de Saúde da Comunidade
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
ETIS	– Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPTU	– Imposto Predial e Territorial Urbano
ISS	– Imposto Sobre Serviços
ITBI	– Imposto sobre a Transmissão inter vivos de Bens Imóveis
MS	– Ministério da Saúde
NOB	– Norma Operacional Básica
PAB	– Piso de Atenção Básica
PACS	– Programa de Agentes Comunitários
PROESF	– Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	– Programa de Saúde da Família
RJ	– Rio de Janeiro
SAS	– Secretaria de Assistência à Saúde
SES	– Secretaria de Estado de Saúde
SUS	– Sistema único de Saúde
TCE	– Tribunal de Contas do Estado
USF	– Unidade de Saúde da Família
VD	– Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO/JUSTIFICATIVA	12
	INTRODUÇÃO	16
1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
2	DO PACS À ESF	34
3	O MUNICÍPIO DE TANGUÁ E A OPÇÃO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	46
3.1	O município de Tanguá	46
3.2	Aspectos sócio-econômicos 47	47
3.3	Rede de assistência à saúde 48	48
3.4	A implantação da Estratégia de Saúde da Família em Tanguá	54
4	CONCLUSÃO	75
	REFERENCIAS	82
	ANEXO A – Relação de nomes fictícios e profissionais da ESF de Tanguá	87
	ANEXO B – Evolução do número de municípios com equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil - 1994 – novembro/2007	88
	ANEXO C – Evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil - 1994 – novembro/2007	89
	ANEXO D – Série Histórica da Estratégia Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro e Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família em atuação - competência dezembro de 1998 e dezembro de 2006	90

Apresentação/Justificativa

“Cresce a convicção de que em todos os hospitais, por melhor que seja a sua administração, perdem-se vidas que poderiam ser poupadas; e que, via de regra, o pobre que recebesse boa assistência médica, cirúrgica e de enfermagem se recuperaria melhor na choça miserável em que vive do que no mais refinado ambiente hospitalar.” (ABEn, 1982, In: ARAÚJO et al, 2000)

O olhar atento para o sofrimento humano foi meu ponto de partida para a tentativa de compreensão de um sistema que agrega o processo de adoecimento - sua complexidade, suas contradições e implicações, a dificuldade em ingressar no próprio Sistema de Saúde, as tantas mortes nas filas de espera e a possibilidade de mudança em meio a este caos. Em particular, minha inquietação em entender este sistema, para quem ele de fato foi feito e a vontade de tornar o acesso ao sistema de saúde público do Brasil mais equânime e mais justo se devem aos anos que meu avô João, um brasileiro pobre, aposentado-assalariado (como tantos outros “joãos” e “Josés”) esperou por uma cirurgia e sem assistência até que finalmente fosse atendido em um hospital terciário em choque, para ter um membro amputado resultado de uma ferida como “porta de entrada” e ser preparado para a morte, durante os vinte e sete dias de internação. Isso tudo aconteceu mesmo tendo uma Unidade de Saúde da Família a menos de 700 metros de sua residência e nunca ter sido atendido por sua equipe de saúde da família, por ter sido ignorado por seu agente comunitário de saúde. A sua porta de entrada no sistema foi um hospital terciário, com uma doença de fácil prevenção e tratamento no nível primário de atenção.

As pessoas morrem sem nem mesmo ter a chance de tratamento. “A porta de entrada” na maioria das vezes encontra-se fechada e nós – profissionais desta “tal” saúde e deste “tal” Sistema Único de Saúde - que deparamos todos os dias com esta situação e muitas vezes por não poder e não saber como resolver

vamos para casa e deixamos cada um com o seu problema. Sentimos que isso de fato dói quando o cada um é nosso.

Entendi a partir deste fato que o SUS não deve apenas ser conhecido e estudado por nós, mas sim ser construído no nosso dia a dia, através da nossa prática, deve ser construído pela forma que facilitamos ou dificultamos este acesso dos brasileiros aos nossos serviços, à informação sobre a sua própria saúde e seus direitos e deveres enquanto cidadãos.

Como profissional, trabalho com a Estratégia de Saúde da Família desde 1998. Minha trajetória iniciou-se em 1998, quando participei da Equipe de Coordenação do PSF da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) acompanhando e supervisionando os municípios da região metropolitana II do Estado do RJ. Permaneci na SES/RJ até o ano de 2001 quando fui convidada para integrar o grupo que implantaria a Saúde da Família no município de São Gonçalo/RJ, um município de grande porte, localizado na região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro com aproximadamente 1 (um) milhão de habitantes e uma rede de assistência à saúde bastante escassa e precária. Foram implantadas de 179 ESF e 1647 ACS, após 4 anos de trabalho toda a equipe de coordenação do PSF foi exonerada, pois o Prefeito do Município perdeu a eleição municipal, e em decorrência da mudança do cenário político uma nova equipe foi contratada para coordenar o PSF. Fui então trabalhar como enfermeira em uma das equipes de saúde da família do município, o que me trouxe uma nova experiência em relação à Saúde da Família. Como profissional “da ponta” (como costumamos chamar os profissionais que trabalham na assistência) tive então a oportunidade de vivenciar novas dificuldades, ansiedades e realizações enquanto cuidadora. Um ano depois fui convidada pelo Secretário de Saúde do município de Tanguá para coordenar a

Estratégia de Saúde da Família do Município; Tanguá também pertence à região metropolitana II do RJ, mas possui características bem diferentes do município de São Gonçalo, a primeira delas é a população, enquanto São Gonçalo possui em torno de 1(um) milhão de habitantes , Tanguá possui em torno de 30.000 habitantes, o número de ESF em Tanguá é de apenas 06 (seis), o perfil da população de Tanguá é rural, enquanto o de São Gonçalo é urbano. Porém mesmo em municípios tão diferentes os problemas vivenciados são praticamente os mesmos: a falta de perfil do profissional de saúde, a interferência política, a alta rotatividade de profissionais, a falta de um sistema de referência e contra-referência, a falta da garantia de integralidade e continuidade das ações de saúde dentre outros.

Neste sentido, este estudo nasceu a partir do amadurecimento de idéias, frente à realização da minha prática assistencial. O que me chamou a atenção para desenvolver o trabalho no pequeno município de Tanguá foram as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia na garantia dos princípios previstos na Política de Atenção Básica (Portaria GM nº 648 de 28/03/06) através da Estratégia de Saúde da Família. Mesmo com toda a “vontade política” e apoio, a Estratégia de Saúde da Família enfrenta dificuldades em relação à sua expansão e consolidação de suas ações. Acredito nesta Estratégia, acredito no potencial de mudança do modelo assistencial do SUS, mas creio que é preciso mais do que isso, é preciso mais do que simplesmente acreditar para que de fato a Saúde da Família se torne uma estratégia estruturante, é preciso a ação de cada ator social, a mudança de paradigma depende de todas as instâncias, desde a formação do profissional, dos níveis de governo, até o trabalho do profissional na ponta e do próprio usuário do sistema.

A dissertação foi estruturada em três capítulos. O Primeiro capítulo aborda o Sistema Único de Saúde, faz referência a criação do SUS e seus princípios. O segundo capítulo busca definir a Estratégia de Saúde da Família, seus aspectos políticos, técnicos e a trajetória do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS até a Estratégia de Saúde da Família – ESF e o terceiro capítulo caracteriza o município de Tanguá e a ESF municipal, descrevendo sua implantação, dificuldades e conquistas; O terceiro capítulo trás ainda trechos das entrevistas realizadas com profissionais, gestor e usuários buscando caracterizar a realidade do município.

Introdução

O movimento de transformação e críticas ao setor saúde, em curso desde a década de 70, caminha em direção a mudanças sociais e melhoria das condições de vida da população. Através da criação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1988 com a promulgação da “nova” Constituição Brasileira e dos instrumentos que regulamentam o Sistema Único de Saúde (NOB 96, Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) é criada uma política social pública abrangente, de caráter universal, equânime e integral, que, além do direito à saúde, tem como princípio norteador a participação da população na gestão dos serviços, garantindo espaço legal para participação da comunidade em sua construção. Assim, o modelo de Sistema de Saúde proposto amplia a definição de saúde e estabelece que a saúde é “direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”. (BRASIL, 1988, art. 196). Sob o lema "Saúde direito de todos e dever do Estado", o direito universal à saúde é então reconhecido.

No entanto, inúmeras dificuldades persistem na operacionalização da equidade e integralidade da assistência à saúde, principalmente pela falta de um modelo assistencial que contemple a incorporação dessa nova responsabilidade do setor saúde. Um modelo cujo foco de atenção não esteja apenas centrado no tratamento das doenças, mas englobe a modificação dos determinantes das condições de saúde da população.

Neste cenário, uma nova visão é adotada, e há necessidade de ações intersetoriais para tentar alcançar a saúde definida na Constituição, rompendo-se

com um sistema centralizado, tanto no campo da gestão quanto das práticas. A discussão sobre os formatos de se organizar a assistência à saúde adquire grande importância no momento em que os diversos atores envolvidos (gestores, profissionais de saúde, órgãos formadores e entidades) debatem as várias possibilidades de intervir em saúde. E neste contexto, em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) é normatizado e adotado como política de intervenção assistencial pelo Ministério da Saúde (Malta e Santos, 2003, 256p). que toma o nível da Atenção Básica como eixo reordenador do modelo assistencial do SUS, considerando que, nesse nível de atenção à saúde, os princípios de integralidade e equidade poderiam ser consolidados (CAMPOS, 2007).

Reconhecemos que o Programa de Saúde da Família (PSF) vem se consolidando como uma estratégia de reorientação das práticas assistenciais. No entanto, ainda observa-se que a sua implantação e desenvolvimento nos municípios brasileiros têm ocorrido de forma variada, do mesmo modo que a compreensão dessa estratégia, por parte dos diversos atores envolvidos (gestores, profissionais e população). Os municípios tentam se adequar a um formato único proposto pelo Ministério da Saúde de prestação de assistência, muitas vezes desconhecendo a sua realidade epidemiológica, as características da rede e os recursos humanos existentes, implantando o PSF segundo um modelo predeterminado.

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e os objetivos da Estratégia de Saúde da Família – ESF, como integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela, equipe multiprofissional, acolhimento, vínculo e a responsabilização e levando em consideração minha experiência enquanto coordenadora da Estratégia de Saúde da Família do município de Tanguá escolhemos como objeto de estudo a implementação da Estratégia de

Saúde da Família no Município de Tanguá/RJ - um município de pequeno porte, com uma boa taxa de cobertura de Saúde da Família (60%), com vontade-política em estruturar a rede de assistência – Levantamos os seguintes questionamentos: como se conformou a implantação do PSF em Tanguá - RJ no ano 2002? Por que a opção pela Estratégia de Saúde da Família? O que falta para que a ESF seja de fato um modelo estruturante da rede de assistência à saúde e do próprio SUS do município?

Nesta perspectiva, este estudo tem por objetivo analisar a Estratégia de Saúde da Família do município de Tanguá, suas dificuldades e potencialidades.

Trata-se de um estudo qualitativo, com a metodologia descritivo explicativa; o campo de investigação foi a Estratégia de Saúde da Família e a rede de assistência à saúde da cidade de Tanguá, um município de aproximadamente 30.000 habitantes localizado na região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Diante do objetivo da pesquisa, o método de estudos de caso foi o mais indicado, pois possibilita conhecer o fenômeno, adequadamente, a partir da exploração intensa de um único caso. Segundo Becker (1997, p. 117) este método objetiva a compreensão abrangente do grupo em estudo e, ao mesmo tempo, tenta desenvolver análises teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estrutura social. O estudo de caso tem que estar preparado para lidar com uma grande variedade de problemas teóricos e descritivos. A meta abrangente do estudo de caso, mesmo que não seja alcançada, prepara o investigador para lidar com descobertas inesperadas e força-o a considerar as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos que observa.

Ainda Segundo DENIS e CHAMPAGNE (1997), os estudos de caso constituem estratégias úteis de pesquisa qualitativa quando está em foco a análise de implantação de programas ou projetos, justamente com os estudos comparativos

e os estudos experimentais. Um estudo de caso se justifica na investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser isolado ou dissociado de seu contexto e, também, quando se torna difícil diferenciar efeitos da intervenção propriamente dita das características do meio. Trabalha-se, deliberadamente, com um número pequeno de unidades de análise, com observação feita no interior de cada caso e na coerência da estrutura de relações entre os componentes do caso e variações destas relações no tempo, de tal forma que a “potência explicativa” do estudo decorre mais da profundidade da análise, e não do número de unidades observadas.

Embasamos a pesquisa na literatura pertinente sobre o assunto, com o intuito de contribuir para uma reflexão das transformações ocorridas no modelo de atenção à saúde e o surgimento do PSF como proposta de mudança do modelo centrado no médico e no hospital para um modelo centrado no usuário (família) e na equipe.

Analisamos documentos municipais em busca de informações relacionadas com a implantação da Estratégia Saúde da Família no município. Porém existe uma escassez de registros no município relacionados com o tema. Os documentos que fazem menção a ESF/PSF são apenas o Plano Municipal de Saúde, as Atas do Conselho Municipal de Saúde e o Projeto de Implantação do PSF.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais das Equipes de Saúde da Família que trabalham no município na proporção de um profissional de nível superior (médico ou enfermeiro), um técnico de enfermagem e um ACS de cada unidade de saúde da família, 10 usuários, Secretário de Saúde e alguns atores envolvidos no momento da implantação do PSF no município. Para

preservar o anonimato dos profissionais da ESF do município usamos nomes fictícios conforme tabela 1, no anexo

Contribuíram para o envolvimento com esta proposta de trabalho as motivações de ordens técnicas e as inquietações acerca da efetividade deste modelo único implantado com a mesma metodologia tanto em municípios de pequeno quanto de médio e grande porte.

Sem a pretensão de esgotar todas as questões relacionadas ao tema, buscamos através da representação da ESF dentro do município de Tanguá refletir sobre a concretização da ESF, suas potencialidades e seus desafios.

CAPITULO I - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90, fruto da promulgação da Constituição de 1988, decorre da grande mobilização em torno da reforma sanitária.

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado". (Arouca, 1998). O direito à saúde implica o reconhecimento de que todas as cidadãs e todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais da saúde.

O termo "Reforma Sanitária" foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com idéias comuns para o campo da saúde.

O movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi pautado em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania. Para Corbo e Morosini (2005), é o movimento de Reforma Sanitária o maior determinante para o surgimento de iniciativas de práticas de atenção primária à saúde. O auge deste movimento deu-se quando a saúde foi declarada como um dever do Estado e direito do cidadão, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Uma das diretrizes desta estratégia é a ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital, situação que se agravou enfaticamente com a supressão das liberdades de participação e organização e a limitação dos direitos civis durante os anos de autoritarismo.

Segundo Fleury (1997), "o projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia... a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática". É nessa perspectiva que o SUS desponta como possibilidade de transformação de um sistema de saúde múltiplo e centralizado em um sistema único e descentralizado. Iniciando então uma contundente mudança no modelo de atenção à saúde.

De acordo com Campos (1997) entende-se por modelo de atenção um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada

conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia.

Assim, do modelo marcado pelo caráter hospitalocêntrico, que privilegiava as ações curativas, passar-se-ia a um modelo voltado para as ações preventivas e de promoção da saúde, baseado em atividades principalmente coletivas. A questão da saúde deixa de ser “um negócio da doença” para se transformar em garantia da vida. Esse novo modelo definiu como princípios doutrinários a Universalidade, a Equidade e a Integralidade e como princípios organizativos a Descentralização e Comando único, a Regionalização e a Hierarquização e a Participação Popular.

Cunha e Cunha (1998) descrevem estes princípios da seguinte forma:

- ❖ A Universalidade, enquanto princípio trouxe o conceito de acesso garantido a todas as pessoas, independente de sexo, renda, raça, procedência, ocupação, nível social ou outras características sociais ou individuais.
- ❖ A Equidade veio como um princípio norteador de justiça social, já que trata desigualmente os desiguais, investindo mais onde as necessidades da população são maiores.
- ❖ A Integralidade visou o indivíduo como um todo, incluindo em seu conceito a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da população.
- ❖ A Descentralização do poder entre os três níveis de governo, o Federal, o Estadual e o Municipal, de forma soberana e autônoma, aproximando

a gestão e a execução dos serviços de seus usuários, ao responsabilizar o Município pela saúde de seus cidadãos.

- ❖ A Regionalização e a Hierarquização dos serviços organizaram os mesmos em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma área geográfica previamente definida, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição da população a ser atendida, controlando e racionalizando gastos.
- ❖ A Participação Popular veio para democratizar as decisões de gestão do SUS, através da criação dos Conselhos de Saúde, existentes nos três níveis de governo, de caráter deliberativo, fiscalizador e permanente, com representação paritária, sendo metade de seus membros representantes dos usuários do sistema e a outra metade composta pelo governo, trabalhadores de saúde e prestadores privados. As Conferências de Saúde ocorrem nos níveis federal, estadual e municipal, e definem as políticas de saúde, propondo diretrizes e formulando estratégias para fiscalizar a execução destas políticas em cada nível de governo.

As grandes inovações introduzidas pela Constituição de 1988 e incorporadas pelo SUS envolvem a opção pela política pública de proteção social, universalista e equitativa, e a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, formulação e controle da política pública de saúde. Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 10p).

Para Omizzolo (2006), em seus aspectos conceituais, o SUS é entendido como um sistema, pois forma-se por várias instituições que permeiam os três níveis governamentais, sendo a União, os Estados e os Municípios. São também estabelecidos contratos e convênios com o setor privado, que deve utilizar as mesmas normas que orientam o serviço público, quando da prestação de serviços para a rede pública.

Mendes (1993) enfatiza que os sistemas de saúde são decorrentes de uma determinação econômica e da concepção de saúde existente na sociedade num determinado momento. Ele observa que as mudanças políticas e econômicas do início dos anos 80 são responsáveis pelo esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição pelo modelo neoliberal da saúde. Porém, sabemos que não é possível prosseguir expandindo a cobertura sem alterar o modelo de atenção e de gestão em saúde.

Neste contexto e dentro do novo modelo proposto dá-se uma ênfase maior à atenção primária e ela é então colocada como ponto central para melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde, buscando prevenir os problemas de saúde ou tratá-los de maneira mais efetiva.

Na conceituação de Atenção Primária à Saúde é obrigatória referência da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978. Que aborda Atenção Primária como:

Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possam manter, em cada estágio de desenvolvimento em que se encontrem, com espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e

econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde. (WHO, 1978 pp. 5-6)

As idéias sobre atenção primária à saúde começaram a brotar a aproximadamente nove décadas, por volta do ano de 1920, a partir da divulgação de um texto inglês, o qual tratava da organização do sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2001).

Starfield (2001), caracteriza a APS como o “centro da política sanitária”, ou seja, um nível do sistema de saúde de amplo acesso para todo novo problema ou necessidade, de efeito temporal duradouro, centrado mais na pessoa do que na doença, coordenado e integrado em termos de lugares e profissionais que nele atuam e além do mais capaz de oferecer atenção à maioria dos agravos à saúde, com exceção daqueles mais raros ou pouco habituais. A APS representaria, além disso, a base do sistema de saúde e um enfoque que determinaria o modo de atuar dos níveis restantes do sistema.

De acordo com Starfield (2001), as principais características da atenção primária à saúde são:

Constituir a **porta de entrada** do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado.

Continuidade do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de *longitudinalidade*.

Integralidade — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais.

Coordenação do cuidado — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar esses cuidados, já que freqüentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes, e que portanto têm pouco diálogo entre si.

Segundo Gil (2006) no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após a criação do SUS e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais.

Ainda de acordo com Gil (2006), vinte anos depois de Alma Ata emerge o conceito de Atenção Básica que, assim como a Atenção Primária à Saúde, sofreu influência do Banco Mundial na organização das ações de saúde. Surge igualmente num contexto de importantes ajustes econômicos, inclusive permeados por políticas de redução do papel do Estado (Estado Mínimo) que caracterizaram a década de 1990 e, apesar disso, parece ter sido mais facilmente incorporado ao cotidiano do setor saúde. Inferimos que a explicação disso reside na própria trajetória de construção do SUS, que, ao longo de sua história veio

formulando instrumentos e normas para orientar a descentralização e organização do sistema, como as NOB, o PAB, as formas de habilitação do sistema etc. Esta aprendizagem institucional intensifica-se durante as negociações em torno da NOB-96, ressaltando que é a partir daí que se observa sua incorporação nos documentos oficiais do MS, Relatórios das Conferências e mesmo nos artigos pesquisados, demonstrando certa preferência por esse conceito.

E para o Ministério da Saúde (1999) a Atenção Básica pode ser definida como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, centrado na qualidade de vida das pessoas e seu ambiente.

Sabemos que a área da saúde acompanha os acontecimentos mundiais, avançando bastante em tecnologia, o que faz com que seu custo aumente violentamente e o acesso à mesma seja cada vez mais restrito (REIS, 2001, 1p). Desta forma é importante salientar que os crescentes custos da atenção à saúde têm levado governos e instituições privadas que atuam no setor, tanto em países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, a experimentar reformas em seus sistemas. Então, reconhecemos também o outro lado da moeda, que é a busca por melhores resultados na redução das internações hospitalares ou na redução do uso de procedimentos terapêuticos mais sofisticados, que implicam maior custo para o sistema de saúde (VIANA; FAUSTO, 2006).

Campos e Belisário, (2001) afirmam que:

Apesar de evidentes progressos logrados na reformulação do arcabouço constitucional, da descentralização do controle social e até mesmo recentemente da estabilização do financiamento, houve uma lacuna nos primeiros anos de implantação do Sistema Único de Saúde, no que dizia a modalidade de organização da atenção à

saúde, ainda que necessariamente uma proposta como a contida na Constituição induzisse à valorização de uma atenção básica resolutive, única forma de cumprir com o desiderato dos princípios pétreos do SUS, quais sejam a universalidade, a equidade e a integralidade.

O governo brasileiro vem, desde a idealização e criação do SUS, se posicionando no sentido de buscar sustentabilidade ao “novo sistema”, cujos princípios doutrinários (universalização, equidade e integralidade) e organizacionais (regionalização, hierarquização e descentralização) perpassam os princípios da atenção primária em saúde (CAMPOS, 2007). O processo de consolidação do SUS vem se dando nas batalhas do dia-a-dia e principalmente dentro dos municípios. É importante considerar que, manter os preceitos constitucionais é fundamental, entretanto, mais importante ainda é a consolidação do sistema com a implantação de modelos assistenciais mais eqüitativos, resolutivos e eficazes que reforcem o ideal proposto pelo SUS na prática efetiva.

Ao ser concebido, o processo de construção do SUS visava, pelo menos no plano conceitual, reduzir as distâncias ainda existentes entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de serviços públicos de saúde à população. O grande desafio para esta operacionalização é obter os recursos financeiros necessários para o pleno financiamento do sistema, num país tão grande e complexo.

Reconhecemos que desde 1998, quando teve início a vigência da Norma Operacional Básica/96 - NOB/96, a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudança qualitativa. De um lado, a União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, passando a priorizar as transferências a municípios. De outro, focalizou a Atenção Básica como prioridade, de modo que os

recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências. Porém estes esforços ainda não são suficientes para afirmarmos que temos hoje um sistema que funcione com a efetiva resposta aos conceitos e propostas da Constituição Brasileira.

Devemos reconhecer que as NOBs têm sido mecanismos de viabilização do SUS e que cada uma delas imprimiu concepções e ritmos distintos ao processo de descentralização do SUS.

Santos e Cutolo (2003) afirmam que o Sistema Único de Saúde está em construção através da prática diária de seus atores, gestores, profissionais de saúde e usuários. Talvez construção seja a palavra que melhor defina o SUS. No cenário brasileiro, não é de hoje que o SUS vem sofrendo ataques no sentido de se mutilar suas características principais, particularmente a universalidade e a integralidade, bem como a garantia da saúde como direito de cidadania (PERES et al, 2003, 39p).

Segundo estudo de Levcovitz (1997), os anos 90 foram considerados como uma década de reforma incremental do SUS, um período de construção de alternativas permanentes, como a radicalização da descentralização do SUS, com a municipalização da saúde; a mudança na lógica de alocação de recursos financeiros; e o estímulo à mudança do modelo de atenção, através da reorganização do nível de atenção básica. Desta forma, o processo de construção do SUS enfrenta um grande desafio, se não o maior deles, de cujo encaminhamento resultará o desenho organizacional e a configuração do conjunto das práticas de atenção à saúde que se realizam no cotidiano das instituições e serviços (TEIXEIRA, 2004).

Mendes (1993) sugere que a implantação do SUS, para que se constitua em uma reforma sanitária democrática, não deve ser realizada através da aplicação mecânica de seus princípios e diretrizes - universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, utilização da epidemiologia no estabelecimento de prioridades, na alocação de recursos e na orientação programática, descentralização, intersetorialidade e resolutividade. A construção do SUS deve constituir-se num processo social de mudanças nas práticas sanitárias, referenciado na concepção ampliada do processo saúde/enfermidade e no paradigma assistencial da promoção da saúde.

Reconhecemos que não se pode esperar que o setor Saúde por si só seja capaz de responder à demanda crescente de atenção provocada por uma sociedade desigual, injusta e cada dia mais violenta, cuja sociabilidade se encontra rompida e na qual o outro é visto como uma ameaça. As conseqüências são a perda da coesão social, expressa não apenas em milhares de mortes e internações, mas também no sofrimento mental, na insegurança e no desalento, que seriam evitáveis onde predominassem uma cultura de paz e a justiça social.

O princípio da integralidade é um dos pilares do SUS. A origem histórica deste princípio e o desenvolvimento da idéia de integralidade pautam-se em ideais produzidos no movimento da reforma sanitária brasileira, que conforme considera Mattos (2001), nascem do descontentamento e da não aceitação de uma política assistencialista descompromissada e descontextualizada com as necessidades e problemas de saúde da população em geral. O mesmo autor sustenta também que,

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são

consideradas por alguns, desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e igualitária. (MATTOS, 2001, p. 41)

A fim de pensarmos, a integralidade neste contexto amplo, acreditamos que ela deva perpassar desde as práticas de atenção à saúde, nos princípios de gestão e na organização das políticas de saúde. E, ainda considerar a necessidade de se trazer o usuário para o centro da gestão, o qual se constituiria o primeiro caminho para a integralidade. (BRASIL, 2005, p. 97).

Mesmo tendo se passado mais de 10 anos o SUS não se realizou enquanto uma proteção à saúde universal e equitativa, associando resolubilidade, boa qualidade e proteção social. Ao contrário, sua precariedade e pouca resolubilidade são conhecidas por seus usuários, levando parte deles, os de maior poder aquisitivo a procurar alternativas no setor privado de cuidados médicos. (SIMÕES, 2000, 114p). Este processo é qualificado como “universalização excludente” do sistema. O aumento da demanda pelos serviços de saúde não foi devidamente acompanhado de investimentos e ampliação da infra-estrutura necessária e adequado para tal.

Segundo Mendes (1993) O direito universal à saúde propugnado pela Constituição representou um grande avanço, na medida em que provocava uma ruptura com o modelo corporativo de benefício, ao eliminar a contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde. Mas a expansão da universalização do sistema de saúde veio acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente de uma visível queda de qualidade dos serviços públicos, o que acabou por expulsar usuários provenientes de segmentos das camadas médias e do operariado mais qualificado. Na verdade, a

universalização excludente corresponde a um fenômeno complexo no sistema público de saúde porque acarreta, por um lado, uma incorporação crescente das classes mais despossuídas - através da universalização total do sistema público de saúde -, e por outro, a expulsão de grupos sociais mais abastados para o sistema privado de atenção médica supletiva.

Apesar das dificuldades enfrentadas podemos afirmar que ao nível da atenção primária o SUS apresentou progressos significativos.

Reconhecemos que é necessário alterar muito mais do que estruturas, deve-se modificar as referências epistemológicas, será necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados para construir de fato um “modelo” ou um Sistema que dê resposta não só aos problemas, mas a própria saúde da população.

A sustentabilidade político-econômica do SUS e sua legitimidade dependem então da promoção de mudança radical do modelo de atenção, pois a qualidade e a resolutividade das ações e serviços de saúde possibilitarão ao SUS ser o local preferencial de atendimento para todos os segmentos sociais.

CAPÍTULO II - DO PACS À ESF

Historicamente, o atendimento à saúde da população brasileira sempre se caracterizou por seu caráter curativo, imediatista - centrado na figura do médico e hospitalocêntrico. Porém, após a segunda metade da década de 90, a política de saúde no Brasil apresentou uma importante mudança: após vários anos privilegiando a atenção hospitalar, a política de saúde com a implantação do SUS tem na Atenção Básica a área de concentração de esforços, programas e investimentos, inclusive com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita.

Porém a Atenção Básica não possuía um modelo de assistência a nível nacional que pudesse dar resposta às demandas do próprio sistema. Várias experiências e iniciativas foram experimentadas em todo o País e uma dessas experiências foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Segundo Paim (1999) em 1991 o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi apresentado pelo governo Collor com a finalidade de estender a cobertura de ações de saúde a populações rurais e de periferias urbanas, voltado especialmente ao público materno infantil. O PACS foi inicialmente implantado na região Nordeste, no estado da Paraíba. O PACS acabou por estender-se, em caráter emergencial, aos estados da Região Norte, em função da entrada da cólera no país. (CORBO e MOROSINI, 2005).

O PACS é considerado uma importante estratégia estruturante do campo dos serviços de saúde (MENDES, 1996) por constituir-se, em uma possibilidade de mudança das práticas sanitárias, no âmbito da atenção básica, e do processo e tecnologia de trabalho que ao longo dos anos encontra-se voltado para

produção de uma assistência centrada no saber médico e em uma clínica baseada no biológico e na produção de procedimentos. O objetivo geral do PACS era melhorar, através dos agentes comunitários de saúde, a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para construção e consolidação de sistemas locais de saúde (Brasil, 1991 e 1993). Segundo Santos e Cutolo (2003) foi através desse que se iniciou o processo de mudança de paradigma no atendimento à saúde, deslocando o foco do indivíduo para a família e a comunidade, de forma mais abrangente, privilegiando a promoção e a prevenção em detrimento do assistencialismo curativo e desvinculado da realidade social vigente até então.

Porém, buscava-se um modelo que pudesse transpor os princípios aprovados para o setor Saúde nos textos constitucionais – universalidade do acesso, integralidade das ações, equidade, qualidade e responsabilidade – para a realidade. E a capacidade resolutiva do PACS era muito pequena e principalmente ele deixava a desejar no princípio da integralidade das ações. Mais do que um programa vertical, o SUS necessitava de uma estratégia de ação.

Segundo Testa (1995) o conceito de **Estratégia** diz respeito à forma como uma política é implementada; nesse sentido, constitui “comportamentos organizacionais destinados ao manejo de situações em que seja preciso superar obstáculos que se oponham à conquista de um objetivo”. O termo também pode ser compreendido como “um caminho para realizar uma política”, que significa, em última análise, uma dada redistribuição de poder no setor Saúde e/ou na sociedade.

Assim, a implantação do PSF, em 1994 (através da Portaria 692 de 25 de março de 1994), veio apresentar uma resposta a este desafio, o Programa de Saúde da Família se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo

a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde o PSF é então:

Uma medida operacional para a construção de um novo modelo, cuja característica estratégica é de [...] reestruturação do modelo assistencial dominante, ele é parte integrante do Sistema de Saúde Local. Ele se constitui como uma unidade prestadora de serviço atuando numa lógica de transformação das práticas, organizadas sob novas bases e critérios (BRASIL, 1996, p. 5).

O Ministério da Saúde (1994b) preconiza que o PSF reafirmando os princípios do SUS, deve se estruturar através de uma unidade básica de saúde, que sedia a equipe multiprofissional assumindo a responsabilidade por uma população delimitada, a ela vinculada, e desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo ainda referência e contra-referência para os demais níveis do sistema de saúde.

A Unidade de Saúde da Família atua com base nos seguintes princípios:

- **Caráter Substitutivo:** Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde.

- **Integralidade e Hierarquização:** A Unidade de Saúde de Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde – atenção básica. Deve garantir atenção integral aos indivíduos e famílias e assegurar a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema.

- **Territorialização e Hierarquização:** Trabalha com um território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área. É recomendado que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4500 pessoas.

- **Equipe Multiprofissional:** A Equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Inicialmente, o PSF ficou sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, sendo criada dentro do Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC, agregando ainda a gerência do PACS e o de interiorização do SUS MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994B). Em 1995, o PSF é transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, rompendo com a idéia de programa vertical, que operava sob a modalidade de convênio, sinalizando para uma importância maior do programa dentro do Ministério e por outro tipo de institucionalização do PSF (VIANA & DAL POZ, 1998).

Cabe destacar que PSF foi o único programa elevado à categoria de estratégia de mudança do modelo assistencial pelo Ministério da Saúde, que, particularmente a partir de 1998, vem sendo implantada de forma a abarcar paulatinamente toda a rede de serviços básicos do SUS (TEIXEIRA, 2004). Nesta perspectiva, o PSF deve ser pensado como algo que vai além de um modelo ou até mesmo de uma política preestabelecida, sendo encarado como um modo de organizar a rede básica, comprometendo também os outros níveis da assistência.

Segundo o Ministério da Saúde (1998) Esse novo modelo para a saúde instituiu a criação de vínculos e de compromissos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Como Corbo e Morosini descrevem:

“Os propósitos da saúde da família vão ao encontro da participação popular, uma vez que perseguem a aproximação das ações em relação às necessidades da população e, por coerência, a compreensão de que a população pode qualificar e modificar a definição e a execução das políticas públicas, no sentido de sua maior democratização”. (CORBO e MOROSINI, 2005, p.171).

A estratégia de saúde da família, visou à reversão do modelo assistencial através da “mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a base assistencial em novas bases e critérios”.

Desse modo, há uma mudança de uma visão individual e hospitalocêntrica de um sistema de saúde centrado na doença para um sistema centrado na família, no coletivo, na prevenção de agravos e na promoção da saúde.

Como afirma o Ministério da Saúde (1998), essa estratégia possibilitou focalizar o trabalho na atenção à família, a partir do ambiente onde esta vive, permitindo um melhor entendimento do processo saúde-doença, direcionando as intervenções para um conteúdo político social que conseguisse transformar as ações de melhoria das condições de vida da sociedade como um todo.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), para o PSF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portadora de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas.

O PSF nasce então com a proposta de superar o modelo biomédico existente, pautado no tecnicismo e na especialidade, para reordenar a assistência à saúde. O modelo traz como eixo a promoção à saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde (CORBO, MOROSINI, 2005). Esses princípios buscam, em essência, desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde, de forma a atuar precocemente nos momentos iniciais de desenvolvimento das enfermidades, assim como sobre os riscos sanitários e ambientais, por sua vez geradores de agravos aos indivíduos, garantindo melhores níveis de saúde e qualidade de vida para todos. De acordo com Barbosa e Fracoli (2005) a Estratégia Saúde da Família tem como objetivo reorganizar as práticas de saúde sob novos critérios, pressupondo que a atenção à saúde deve ser entendida e percebida a partir de seu âmbito físico e social. Este modelo, também entendido como estratégia, uma vez que tenta romper com a idéia de verticalidade e transitoriedade, as decisões acerca da prática são tomadas no espaço de atuação da própria equipe de saúde da família, a resposta na maioria das vezes acontece no local onde o próprio problema foi evidenciado.

O Ministério da Saúde, (1998c) procura esclarecer que, embora denominado de Programa, o PSF, foge à concepção usual dos demais programas idealizados por este Ministério, uma vez que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, operacionalizados a partir de ações programáticas que se constituem de princípio, meio e fim. Ao contrário, caracteriza-se como uma estratégia que propõe um modelo de atenção a ser seguido, possibilitando a integração e promovendo a organização das atividades em um território definido.

O foco assistencial do PSF é a família, considerada em seu contexto físico e social, o que exige da equipe de saúde um olhar ampliado do processo saúde doença. Neste contexto de intervenção às famílias, e, pautando-se na perspectiva do princípio da integralidade, espera-se que, com as ações de intervenção do PSF, a realidade em saúde possa ser modificada.

Como já exposto, observa-se que o Ministério da Saúde se preocupou em distinguir o PSF dos programas tradicionais do setor saúde, e apresenta como diferença fundamental entre o PSF e os outros programas verticais a característica estratégica de reestruturação do modelo assistencial dominante, através da transformação das práticas. Essa transformação tem como finalidade integrar ações de promoção e prevenção da saúde. Uma característica importante do PSF refere-se ao trabalho inter e multidisciplinar: trata-se de uma equipe com definição de competências e co-responsabilidade entre seus membros.

De acordo com Gomes (1997) A interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge não da sua composição, mas da sua funcionalidade, que certamente dependerá, a nosso ver, da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e, também, das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa e em relação à sua vida.

Ainda o mesmo autor complementa dizendo que o saber interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de perceber o homem como um todo, estimulando-o a desenvolver uma visão profissional que transcenda a especificidade do seu saber, no sentido de facilitar a compreensão das implicações sociais, decorrentes da sua prática, para que esta possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz.

Na visão de Vasconcelos (1999), o PSF representa a primeira tentativa significativa de reformulação, em escala nacional, do modelo de atenção primária à saúde. Mostra que não é apenas uma nova proposta de atenção seletiva à saúde, que se atém à abordagem de problemas delimitados, mas uma proposta de grande impacto na diminuição da mortalidade. E acrescenta: “o futuro de um programa, assim tão recente, será definido no jogo político entre os atores envolvidos e na sua operacionalização”.

Para Levcovitz e Garrido (1996, p. 3-4), o caráter do PSF é assim definido:

Saúde da Família não é uma estratégia paralela na organização dos serviços, mas uma proposta substitutiva, de reestruturação do modelo [...]. A importância estratégica do PSF está justamente no fato de ele conseguir substituir a porta de entrada do sistema por uma outra interface, que não seja isolada do restante do sistema [...]. Tecnicamente, a unidade de saúde da família passa a ser a porta de entrada do sistema com a oferta de uma atuação sanitária que incorpora a atenção médica tradicional a uma lógica efetivamente de promoção à saúde.

Em documentos oficiais, o Ministério da Saúde define a saúde da família como:

Uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. (BRASIL/MS, 2004. p.1)

Seus principais princípios organizativos e operacionais são: vigilância à saúde, descentralização e a hierarquização, territorialização e adscrição da clientela e atuação com base em uma equipe multiprofissional. No novo modelo proposto, a

unidade de saúde da família passa a constituir a porta de entrada e o primeiro nível de atenção à saúde, oferecendo uma atenção integral, através de ações preventivas no tratamento e recuperação da saúde. Isso não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais. Busca a integração à rede de serviços mais complexos, configurando o desenho de sistemas de referência e contra-referência, de âmbito municipal, regional, estadual e nacional.

Dessa forma, se evitariam a fragmentação do cuidado e a desorientação do paciente na busca dos recursos. O uso das tecnologias seria racionalizado, incorporando-as de forma crítica conforme a necessidade. Seriam estimulados, ainda, a autonomia dos pacientes e o autocuidado (MASCARENHAS, 2003).

De acordo com Franco & Merhy (2003, p.57), “o Programa de Saúde da Família é a principal resposta que tem sido oferecida no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial”.

Hoje é apresentado um conjunto de evidências, por diferentes autores, de que a Estratégia Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS. No entanto, sua consolidação se encontra em permanente processo de construção de diferentes formas, com distintas maneiras de adesões municipais cujo sucesso depende da organização (infra-estrutura, recursos humanos, financeiros e materiais).

Em um país de profundas desigualdades socioeconômicas, lograr a saúde como direito universal garantido pela Constituição Federal coloca grandes desafios para os três níveis de governo, no que concerne a seu cumprimento – entre eles, o acesso universal, a integralidade e o vínculo com a resolutividade das ações.

Ao observarmos a série histórica do Ministério da Saúde acerca do PSF durante a década de 90, segundo a qual, em 1994 (ano de implantação do Programa Saúde da Família), apenas 55 municípios aderiram ao PSF e, em 1999, dos 5.507 municípios federados, 1.647 estavam com o PSF implantado (Tabela 2 - anexo 2). Houve aumento considerável da cobertura populacional do PSF, partindo-se no final de 1994, de 1,1% da população brasileira, e chegando à marca de 14,7% no final de 1999 (Tabela 3 - anexo 3). Durante o período compreendido entre 2000 e 2007 este aumento foi ainda mais expressivo, pois chegamos ao final de 2007 com o número de 5124 municípios com PSF implantado, com a cobertura de 87,7% da população, num total de 27.311 Equipes de Saúde da Família distribuídas pelo País.

O Histórico de implantação da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro, tomando por base o ano de 1998 (ano em que foi publicada a primeira série histórica pelo MS) e o ano de 2006 (último ano com informações já fechadas na série histórica do MS), segundo dados do Ministério da Saúde (anexos 2 e 3) nos apresenta o seguinte cenário: em 1998 dos 91 municípios existentes no Estado um total de 53 tinha Agentes Comunitários de Saúde (ACS) implantados assegurando assim uma cobertura de 58,2%, este quadro muda radicalmente quando ao final do ano de 2006, observamos que, dos 92 municípios (agora com um município a mais devido à emancipação em 2001 do município de Mesquita), um total de 89 tinha ACS implantados atingindo assim uma porcentagem de 96,7% do total de municípios, analisando esses dados através da cobertura populacional podemos observar que: em 1998 2,9% da população do Estado do Rio de Janeiro era atendida por ACS e em 2006 este número salta para a ordem de 37,2%. Em relação ao Programa/Estratégia Saúde da Família em 1998, apenas 20 municípios possuíam Equipe de Saúde da Família (ESF) implantada com um

percentual de 22,0% do total de municípios, em 2006 este número saltou para 86 municípios com ESF implantadas atingindo um percentual de 93,5% dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Enquanto a cobertura populacional do PSF subiu de 1,5% em 1998 para 28,8% em 2006.

A edição da Política Nacional de Atenção Básica, publicada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, ao considerar a expansão do PSF em abrangência nacional, transforma o PSF em estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica. Consolida e qualifica a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006).

Caberia refletir, entretanto, um pouco mais sobre o potencial transformador do PSF. Para Mendes (1996), o modelo de Saúde da Família é uma estratégia de organização da atenção primária de saúde que se pode apresentar sob as seguintes concepções: a) estratégia de reordenamento do setor Saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir; b) programa com objetivos restringidos, especificamente para satisfazer algumas necessidades elementares e predeterminadas de grupos humanos considerados em situação de extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, baixa densidade tecnológica e custos mínimos; e c) estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

Pela forma como o PSF está estruturado e proposto, é possível que o Ministério da Saúde não leve em consideração as diferentes realidades e complexidades dos municípios brasileiros, mas direcione o olhar para instruções que garantam a implantação de um modelo único, orientado por diretrizes verticalizadas de organização que apóiem o processo de descentralização da saúde a partir da

organização da atenção básica (CAMPOS, 2007). Ainda hoje, mesmo depois da criação do PROESF (O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família) que beneficia municípios com mais de 100 mil habitantes, as diretrizes continuam as mesmas, é o mesmo modelo preconizado a ser seguido de norte a sul do país.

O crescimento do PSF trouxe para a centralidade dos debates a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais e a falência das práticas profissionais e de gestão no que se refere especificamente à mudança dos paradigmas que regem o tradicional modelo de atenção à saúde. Neste sentido, pode-se considerar que o PSF avançou de *programa* para *estratégia* em parte devido ao acúmulo subjacente ao debate e experiências em torno destes referenciais.

CAPÍTULO III – O MUNICÍPIO DE TANGUÁ E A OPÇÃO PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

1 – O MUNICÍPIO DE TANGUÁ

O município de Tanguá foi criado em 1995 através de sua emancipação do município de Itaboraí.

O município de Tanguá está situado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, tem um único distrito-sede, ocupando uma área total de 142,9 quilômetros quadrados, correspondentes a 3,0% da área da Região Metropolitana. O município é cortado pelo leito da antiga Estrada de Ferro da Leopoldina, fator que condicionou sua ocupação. O principal acesso à cidade é realizado através da BR- 101, que alcança Itaboraí, a oeste, e Rio Bonito, a leste. Os municípios limítrofes a Tanguá são: Rio Bonito, Saquarema, Maricá, Itaboraí e Cachoeiras de Macacú.

De acordo com o IBGE em 2000 a população de Tanguá era de 26.057 habitantes, correspondentes a 0,2% do contingente da Região Metropolitana, com uma proporção de 100,6 homens para cada 100 mulheres. A densidade demográfica era de 187 habitantes por km², contra 2.380 habitantes por km² de sua região. Segundo a contagem da população realizada pelo IBGE em 2007 a população do município passou a ser de 28.325 habitantes.

Tanguá pertence à Região Metropolitana II, que também abrange os municípios de Itaboraí, Niterói, São Gonçalo, Rio Bonito, Silva Jardim e Maricá. A região metropolitana II representa 12% da população estadual. Têm-se, como pólos para a alta complexidade na região, os municípios de Niterói e São Gonçalo. O mecanismo de regulação regional deve ser feito por meio de uma Central de

Regulação localizada em Niterói. As prioridades estratégicas da região são: Sistema de Informação para a Gestão, integração com os municípios na área de saúde, saúde da família, modernização da gestão de unidades de saúde e auditoria, acompanhamento e avaliação da qualidade SUS-RJ.

O Município de Tanguá tem sua Sede localizada no Centro, as margens da Rodovia BR 101. O município é dividido nos seguintes Bairros: Vila Cortes, Ampliação, Centro, Bandeirantes I, Bandeirantes II, Pinhão, Duques, Ipitangas, Posse dos Coutinhos, Tomascar, Mutuapira, Cancela Preta, São Francisco, Lagoa Verde, Mangueirinha.

2 - ASPECTOS SÓCIOS- ECONÔMICOS

As principais atividades econômicas do município são: comércio, serviços, indústria, agricultura e pecuária.

O comércio e a área de serviços, sobretudo pela sede da Embratel, hoje é as maiores fontes de arrecadação do Município, contribuindo com aproximadamente 50% da receita municipal. A indústria é pouco expressiva. A agricultura esta crescendo com o plantio de coco e ainda mantém boa produção de laranja. A pecuária tem algum significado por causa da criação de gado para corte e cavalos de corrida.

A região conta com a Empresa agrícola e Industrial Fluminense S.A. (dona das terras da antiga Usina de Tanguá), que foi a grande responsável pelo loteamento do território do município e hoje, com sua sede no Rio de Janeiro, continua sendo proprietária de uma grande quantidade de terras em Tanguá.

O maior empregador do município como acontece em vários municípios de pequeno porte no Brasil, é a própria Prefeitura.

Apesar do exposto acima o município é considerado um município dormitório, pois a maioria da população sai para trabalhar em outros municípios.

Existe uma grande preocupação com a instalação do pólo petroquímico de Itaboraí, apesar da certeza da geração de empregos há o risco de favelização, principalmente dos bairros mais próximos à Itaboraí.

3 – REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

A rede pública de assistência é formada por um centro de saúde geral (Centro de Saúde Demerval Garcia de Freitas – CSDGF), um centro de saúde mental, um centro de especialidades (recém inaugurado no final de 2007), um centro odontológico e seis unidades de saúde da família.

O centro de especialidades é a unidade de referência para as unidades de saúde da família e também atende por livre demanda aos moradores de áreas desprovidas de Equipe de Saúde da Família. O serviço possui as seguintes especialidades: clínica médica, ginecologia, endocrinologia, dermatologia clínica/sanitária, pneumologia sanitária, cirurgia geral, cirurgia infantil, obstétrica, gastroenterologia, ortopedia, cardiologia, pediatria, medicina do trabalho, proctologia e geriatria. Porém o centro de especialidades é uma unidade relativamente nova, inaugurado em dezembro de 2007, o atendimento às referências antes desta data era realizado no CSDGF. O centro de saúde atende às emergências e realiza os seguintes procedimentos: exames laboratoriais, raios-X simples, endoscopia, ultrassonografia, eletrocardiograma e vacinação.

Tabela 5

SIASUS Agregado por Unidade/Procedimentos - Tanguá
Quantidade Apresentada por Ano Competência segundo Unidade Ambulatorial
Período: Jan/2000 - Jul/2003*

Unidade Ambulatorial	2000	2001	2002	2003	Total
Centro de Saúde D. Garcia de Freitas	141.188	140.462	134.000	128.291	543.941
Posto de Saúde Genicia R. dos Santos – Posse dos Coutinhos	14.562	17.527	19.285	22.371	73.745
Posto de Saúde Nilo Venceslau Dias - Vila Cortes	58.706	66.612	70.268	55.412	250.998
PSF Ampliação	--	--	--	5.745	5.745
PSF Bandeirantes II	--	--	8.003	15.997	24.000
PSF Pinhão	--	--	7.791	15.485	23.276
TOTAL	261.645	287.217	313.494	283.948	1.146.304

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

* As informações disponíveis no TABNET SIA/SUS para o ano de 2007 são da competência Julho.

De acordo com a tabela 5 podemos identificar que o maior volume de atendimentos está concentrado no Centro de Saúde Demerval Garcia de Freitas, que funciona como unidade de referência e também como porta de entrada do Sistema e nas unidades de Posse dos Coutinhos e Vila Cortes – unidades do modelo tradicional que foram transformadas em unidades de saúde da família (na Unidade de Vila Cortes são informados os procedimentos realizados pelo centro de saúde mental, que está situado no mesmo terreno da Unidade de saúde de Vila Cortes e por um erro da gestão municipal não havia sido cadastrado como unidade de saúde). Sentimos no município que a adesão do usuário à ESF é gradativa, os usuários vão aderindo aos poucos à ESF, até mesmo pelo aspecto cultural de que

os melhores profissionais estão no CSDGF, também chamado de clínica (antes da emancipação do município havia um ambulatório privado conhecido como clínica no prédio onde hoje funciona o CSDGF). Como evidenciado no discurso abaixo:

“ Eu até gosto do Dr., mas na clínica tem mais médicos, lá tem cardiologista e clínico e no PSF só tem clínico, eu tenho problema de coração.” Luciana

A consulta com o especialista é vista por alguns usuários como uma consulta melhor, culturalmente o usuário enxerga o especialista como “o médico que sabe tudo a respeito da sua dor específica”, este quadro tende a mudar quando o profissional da ESF estabelece vínculos com a comunidade, família e usuário, é um processo lento de mudança de paradigma.

Em relação às Unidades prestadoras de serviços vale ressaltar que está localizado no Município de Tanguá um hospital psiquiátrico conveniado ao SUS (Clínica Ego), que oferece um total de 180 leitos hospitalares (psiquiátrico), numa proporção de 6,5 leitos por mil munícipes, enquanto a média no Estado é de 2,9 leitos por cada mil habitantes. A tabela 6 trás as informações referentes ao total de internações por ano de competência e é complementada pela tabela 7 que trás as internações por local de residência, como nem todos os leitos estão disponíveis para regulação, observamos que em grande parte das internações realizadas na Ego o município de residência informado no ato de admissão do paciente é Tanguá, porém ao analisarmos os atendimentos realizados no centro de saúde mental (tabela 8) não identificamos esta realidade, a quantidade de pessoas atendidas e referenciadas à Clínica Ego é muito menor do que o número de internações de residentes no município. Acreditamos que isso se dê devido à maior facilidade em realizar a internação por meio de “conhecimento municipal”. Ao compararmos o

número de internações com os residentes de outros municípios da região (tabela 7) com população maior que a de Tanguá identificamos tal fato, que gera vários problemas para o município. Um desses problemas é a dificuldade na implementação do Programa de Volta para Casa¹, devido às inúmeras internações onde são informados endereços falsos quando a equipe de saúde da família tenta localizar as famílias das pessoas acometidas de transtornos mentais internadas por longo período para fazer a reintegração não consegue localizar o endereço ou quando localiza o endereço a família do interno é inexistente, o município tem uma meta a cumprir em relação ao número de pessoas que devem retornar à residência, mas é impossível cumprir e atingir a meta proposta pela Secretaria de Estado de Saúde.

Tabela 6

Internações por Ano Competência segundo Unid Hospitalar
Unid Hospitalar: Clínica de Repouso EGO LTDA
Capítulo CID10: V. Transtornos Mentais e Comportamentais
Período: Jan/2002 - Mai/2007*

Unid Hospitalar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Clinica de Repouso EGO LTDA	2.864	2.673	2.630	2.371	2.061	1.128	13.727

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

* As informações disponíveis no TABNET SIH/SUS para o ano de 2007 são da competência maio.

¹ O Programa "De Volta Para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial.

Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da OPAS e OMS para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

Tabela 7

Internações Capítulo CID10: V. Transtornos Mentais e Comportamentais por ano
Competência segundo Município Residência.
Munic. Internação: Tanguá

Período: Jan/2002-Mai/2007*

Município Residência	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Itaboraí	926	708	627	539	589	341	3.730
Marica	35	56	69	78	94	51	383
Niterói	11	19	7	0	0	4	41
Rio Bonito	253	198	205	129	71	45	901
São Gonçalo	190	209	236	225	171	78	1.109
Silva Jardim	87	73	80	41	32	19	332
Tango	574	608	634	643	700	331	3.490

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

* As informações disponíveis no TABNET SIH/SUS para o ano de 2007 são da competência maio.

Tabela 8

Número de Pacientes Cadastrados no Centro de Saúde Mental

Período 2006-2007*

Ano	2006	2007
Centro de Saúde Mental	160	280

Fonte: Prontuários registrados na Unidade

* Unidade inaugurada em 2006

O município não possui hospital geral nem maternidade pública, os munícipes sempre que necessário são internados em outros municípios.

A falta de maternidade no município é motivo de chacota para os munícipes, pois “ninguém nasce em Tanguá”. A criação de uma maternidade pública no município é alvo de promessas políticas no período de eleições. Porém, o município não possui perfil para implantação de uma maternidade devido ao pequeno número de habitantes e ao baixo número de nascidos vivos residentes em

Tanguá, o que não justificaria o gasto em manter um hospital funcionando e também pela proximidade com outros municípios maiores com maternidades implantadas e funcionando.

4 - A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TANGUÁ:

O Município de Tanguá no momento de sua emancipação do município de Itaboraí possuía apenas dois postos de saúde com o atendimento no modelo tradicional e um centro de saúde (CSDGF, que também é conhecido como clínica); no centro de saúde eram atendidas também as emergências, além do atendimento ambulatorial feito por especialistas. Segundo dados do IBGE na contagem de população de 1996 o município de Tanguá possuía 23.351 habitantes. Com esta informação podemos dizer que a quantidade de estabelecimentos públicos de saúde era insuficiente para atender a toda a população, as pessoas buscavam assistência nos municípios vizinhos e nem sempre com sucesso no atendimento.

Os problemas relacionados à atenção à saúde dos munícipes segundo Secretário de Saúde eram fonte de grande preocupação e desgaste, já que as pessoas exigiam algum atendimento médico e a necessidade era visível, porém sem resposta pela falta de profissionais e unidades de saúde.

De acordo com a ata do Conselho Municipal de Saúde de Tanguá, em 21/10/1997 (apenas 10 meses após a emancipação) foi apontada pelo Secretário de Saúde em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) a importância de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), alegando ser Tanguá um município de pequeno porte, com grande parte de sua extensão territorial localizada em área rural, com poucas unidades de saúde e recém emancipado (menos de dois anos de emancipação). O município estava ainda em fase de estruturação, com apenas três Unidades de Saúde municipais (Centro de Saúde Demerval Garcia de Freitas - CSDGF, Posto Municipal de Saúde Venceslau

Dias – Vila Cortes e Posto de Saúde Genícia Ribeiro dos Santos – Posse dos Coutinhos), destas três unidades de saúde apenas o CSDGF atendia a demanda de emergência e especialidades, as outras duas unidades de saúde funcionavam como unidades básicas, contando apenas com clínico geral (que trabalhava apenas duas vezes por semana) e auxiliar de enfermagem. O Conselho Municipal de Saúde aprovou a proposta de implantação do PACS, porém os primeiros Agentes Comunitários de Saúde só iniciaram o trabalho em outubro de 1998 (um ano depois), nas localidades de Ampliação e Vila Cortes com um total de 10 ACS. Esses dois bairros são vizinhos e uma das Unidades existentes ficava localizada no limite entre os dois bairros. Curiosamente o PACS foi implantado em dois bairros localizados na zona urbana onde a oferta de serviços de saúde era maior. O agente comunitário era visto como um facilitador da entrada do cliente no pequeno sistema de saúde local. Como podemos ver no discurso abaixo:

“Na verdade, nós não atendíamos apenas aos cadastrados, bom, a gente atendia a todo mundo que precisava, era só ver a gente passando na rua que as pessoas chamavam, porque a gente dava um jeitinho e pedia para o médico atender.” Ana

Na época da implantação do PACS era necessário a assinatura de um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde. O Governo Federal distribuiu 01 veículo (Kombi) para cada município com o PACS implantado e o município foi contemplado com o veículo, um enfermeiro ficou como responsável pelos ACS, porém sem exclusividade, este enfermeiro era o único do município e ficava lotado no Posto de Saúde de Vila Cortes o PACS era mais uma atribuição deste enfermeiro. O primeiro registro de recebimento de incentivo do Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde para o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde é de janeiro de 2000, por mais de um ano a Prefeitura pagou integralmente o salário dos ACS com recursos próprios.

Em 26/06/2001 foi pauta da reunião do CMS a implantação do Programa de Saúde da Família no município, porém os Conselheiros alegaram como obstáculo para não implantação o valor da verba de contrapartida da Prefeitura, considerado por estes como um valor muito alto para um município com pouca arrecadação (na época o valor do incentivo financeiro Federal era calculado de acordo com a cobertura populacional por equipes de saúde da família).

Apenas em 29/01/02 foi aprovada pelo CMS a implantação de duas Equipes de Saúde da Família: uma no bairro de Bandeirantes II e outra no bairro de Pinhão. As equipes foram habilitadas e começaram a receber o incentivo financeiro do Ministério da Saúde em março de 2002. Com a implantação das duas ESF o município foi classificado na faixa 04 de cobertura populacional (20,0 – 29,9 %) recebendo por mês o valor de R\$ 3.210,00 por Equipe de Saúde da Família.

O ponto de partida do PSF em Tanguá não foi, como em vários outros municípios do Brasil a substituição de unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais por unidades de saúde da família (USF) e sim a criação de novas unidades, pois o município só contava com duas UBS e com a implantação do PSF foram criadas duas novas USF.

“Quando abriu o posto novo foi uma novidade, todo dia tinha gente querendo conhecer o posto e o médico. Eles traziam bolo prá gente tomar café, aipim, laranja...” Joana

A criação da Unidade de Saúde da Família trouxe novidade por se tratar de uma unidade de saúde em uma localidade desprovida de estabelecimento de saúde e também pelo novo modelo de atenção proposto pela ESF, como podemos ver no depoimento de um usuário.

“Esse posto é muito bom, o médico vai até em casa, coisa de rico, Tanguá tá chique...” André

Em maio de 2002 é citado na ata do CMS à diminuição do número de consultas nas especialidades básicas no CSDGF, dado observado também na tabela 5. De acordo com os conselheiros municipais de saúde esta diminuição seria fruto da implantação das duas equipes de Saúde da Família. Com o atendimento da população nas USF, com a ESF trabalhando 40 horas por semana, caiu a procura pelo CSDGF. Neste clima a então secretária de saúde solicitou a aprovação do CMS para implantação de mais 04 Equipes de Saúde da Família para o ano de 2003. Mas, mesmo com o êxito do Programa ficou registrado pelos conselheiros em ata novamente, que o valor da contrapartida do município era muito alto. Apenas em março de 2003 foram habilitadas mais 03 ESF (Posse, Ampliação, Vila Cortes) pela CIB, chegando assim a um total de 05 Equipes de Saúde da Família. Neste momento foi contemplado o bairro de Posse dos Coutinhos, o bairro mais rural do município, formado por sítios e fazendas, localizado na área mais distante do centro da cidade.

Em janeiro de 2004 foi implantada a ESF de Duques, porém só foi habilitada em maio de 2004. Totalizando as 06 ESF e 33 ACS que o município possui hoje, com a cobertura populacional de 60%.

Cada unidade de saúde da família abriga apenas uma equipe de saúde da família, quatro unidades são próprias e duas alugadas. Existe projeto para construção de mais duas unidades de saúde da família para alocar estas equipes que estão em locais alugados, mas depende da liberação de verba para a construção.

O recrutamento dos profissionais para a Saúde da Família saúde foi feito pelo próprio município e grande parte dos profissionais foi contratada por

indicação política o que muitas vezes dificulta o desempenho da ESF. Os profissionais são contratados pela própria Prefeitura Municipal e são regidos pela CLT, tendo seus direitos trabalhistas garantidos, porém o Tribunal de Contas do Estado (TCE) exigiu a realização de concurso público para provimento de cargos e devido a esta exigência durante o primeiro trimestre de 2008 está sendo realizado o concurso público, e de acordo com o edital os profissionais serão contratados também pela CLT.

Dos 06 médicos que compõem as equipes de saúde da família nenhum participou de treinamento introdutório e apenas um cursa especialização em saúde da família. Enquanto com os enfermeiros o quadro é bem diferente, quatro participaram de treinamento introdutório em outros municípios e apenas dois são recém formados e não possuíam experiência prévia na ESF. Dos 33 ACS, 29 completaram a primeira etapa do curso de formação para ACS pela ETIS.

Uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a esta nova realidade proposta pela ESF. As práticas profissionais não conseguem atender adequadamente às novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe). Os profissionais não receberam durante a graduação a formação adequada para atender nos “moldes” do novo modelo, para contornar esta incapacidade a capacitação dos profissionais é de vital importância. Os próprios profissionais se sentem inseguros para atender a todos os membros da família de forma integral.

“Eu sou Ginecologista, para mim é muito difícil atender criança, tem que fazer uns cálculos para prescrever medicamento que nem sempre eu sei fazer. Por isso que eu encaminho tanto para o pediatra.” Antônio

“Minha dificuldade é fazer o pré-natal, deixo para a enfermeira fazer, ela é muito boa nisso.” Maria

Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos na ESF, pois ao assumir seu lugar na rede assistencial, o profissional (principalmente médico) tende a reproduzir o modelo no qual foi treinado. A realização de capacitação é um desejo do profissional; nas entrevistas evidenciamos que todos os profissionais apresentavam o desejo de serem treinados e a disponibilidade de receber treinamento e capacitação.

“De facilidade, eu acho que é ter uma equipe aberta pra aprender. Eu vejo nossa equipe de trabalho assim, formada por pessoas que querem aprender, que querem se capacitar, se esforçando pra fazer um bom trabalho, dentro do que pode ser feito. Eu acho isso muito importante.” Roberta

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. O Atendimento na USF deve ser então a consolidação do SUS, através da ênfase em um novo processo de trabalho, uma nova postura frente ao ato de cuidar e uma percepção ampla da atenção à saúde e esta nova postura requer um novo pensar sobre a saúde e um novo agir, e isso acontece na medida em que o objeto do trabalho não está mais centrado na cura ou proteção à saúde, mas sim, na produção do cuidado, através do qual a cura, inclusive a prevenção da doença é mera consequência deste processo de trabalho.

A educação permanente destes profissionais não deve estar somente centrada nos problemas médicos e epidemiológicos da comunidade, mas nas

deficiências do atendimento cotidiano que só serão percebidas através do processo de avaliação do trabalho da equipe de Saúde da Família.

Outro sério problema encontrado é a alta rotatividade dos profissionais de nível superior (médico e enfermeiro), no ano de 2007 das seis USF apenas em uma não houve substituição do profissional médico, este quadro muda um pouco quando falamos do enfermeiro, em duas USF houve a substituição do enfermeiro. Os profissionais deixam o município em busca de salários melhores dentro da própria região ou de carga horária menor e mais flexível. Garantir a presença do profissional (principalmente médico) nas 40 horas exigidas pela ESF é um desafio. O Município (assim como outros municípios da região) acaba oferecendo uma folga semanal ("Day - off") aos profissionais de nível superior buscando ter uma menor rotatividade de profissionais.

"É para dizer que não, que não tem folga, mas todo mundo dá e no Day - off agente acaba fazendo plantão em outro lugar para garantir o orçamento no final do mês, não dá para viver com o salário do PSF, aqui se paga muito pouco, ganho três mil e pouco líquido, não dá mesmo." Sandro

Reconhecemos que a questão salarial é relevante, porém em relação aos outros profissionais da rede de assistência do município o profissional da ESF tem o salário bastante diferenciado.

Em relação à dinâmica das visitas domiciliares, uma das maiores reclamações dos usuários é a falta de visitas ou o longo intervalo entre as visitas (1 mês).

"A minha agente é legal, é uma boa vizinha, mas não trabalha direito não, ela demora muito a passar aqui, nem me lembro quando foi a última vez que ela esteve aqui em casa. A gente quer marcar consulta para fazer um "check-up" e fica quase um mês esperando." Aline

“Eu gosto da ... mas eu queria que ela viesse aqui toda semana. Ela me explica um monte de coisa.” Cristina

Ao analisarmos os dados apresentados nas tabelas 9 e 10 podemos afirmar que o número de visitas realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família é crescente e expressivo.

Tabela 9:

Número de visitas domiciliares por ano/mês da Estratégia de Saúde da Família - município de Tanguá/RJ, no período de jul/2000 – set/2007*

Ano	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	Média mensal de visitas	
2002	**_	**_	**_	335	636	782	799	1233	1105	1177	1145	1002	8214	913	
2003	1148	3047	3390	3398	3583	3207	3201	3649	3983	4286	3602	4130	40624	3385	
2004	4646	3682	4280	5216	5235	5376	5250	5417	5167	4999	5171	5083	59522	4960	
2005	5024	5800	5419	5912	5148	5916	5775	6054	5316	5381	5607	5861	67213	5601	
2006	5658	5406	5476	5516	5947	5566	5982	6215	6277	6091	5616	4307	68057	5671	
2007	4918	4836	5366	5321	4442	5510	5518	***	4716	4747	--	--	--	45374	5041

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

* As informações disponíveis no SIAB / DATASUS para o ano de 2007 são até a competência setembro;

** Meses sem informações devido à inexistência de Equipe de Saúde da Família;

*** O número de visitas no SIAB na competência agosto/2007 é de 10.234, porém devido a troca de versão do SIAB, no mês de agosto os dados da competência 08/07 são cumulativos de julho e agosto, então diminuimos as VD's de julho do número total.

Tabela 10

Média de visitas/ano realizadas pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Tanguá 2002-2007*

Ano	Total de visitas realizadas	Nº de ESF	Famílias	Média de visitas/ano/ESF
2002	8214	1	1544	8214
2003	40624	5	4782	8124
2004	59522	6	4805	9920
2005	67213	6	4735	11202
2006	68057	6	5322	11342
2007*	50892	6	5355	8482

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

* As informações disponíveis no SIAB / DATASUS para o ano de 2007 são até a competência setembro;

O número de famílias cadastradas pela ESF no município é de 5.355 (tabela 10), e ao confrontarmos os dados verificamos que no ano de 2006 a média mensal de visitas foi de 5.671 e em 2007 (até a competência 09/07) esta média foi de 5041. Reconhecemos que a população desconhece o real objetivo da Estratégia, e vê muitas vezes no ACS um marcador de consultas e entregador de remédios. A estratégia de Saúde da Família é nova tanto para nós profissionais e gestores quanto para a própria sociedade, é uma mudança de paradigmas e toda mudança acontece num processo.

Acreditamos que a visita domiciliar não é meramente um instrumento de intervenção, mas sim uma possibilidade para uma ação transformadora em saúde, segundo Fracoli e Bertolozzi (2001) a visita familiar é uma ação profissional, que caracteriza uma intervenção no contexto familiar, no intuito de identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros que a

compõem, como estas formas são socializadas entre os membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar, suas relações internas, e, como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da recuperação de um de seus membros. Esta prática compreende ainda entender as família na sociedade. É um momento ímpar de criação e fortalecimento de vínculo, fundamentada na prática do diálogo.

Percebemos a visita domiciliar como uma atividade essencial para a eficiência e eficácia da ESF por ser um espaço dinâmico de relações, que oportuniza a aproximação entre diferentes pessoas e diferentes saberes através do diálogo. A visita domiciliar possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação “in loco” das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares.

No que diz respeito à avaliação do "Vínculo", verifica-se uma diferença significativa entre a unidade PSF e a UBS e a visita domiciliar é citada como instrumento de criação de vínculo entre a equipe de saúde da família e a família.

“A visita funciona quando você tem um vínculo, e você só faz o vínculo se você for visitar, se você for em busca, eles não vem te trazer esse contexto da casa; esse contexto da casa você adquirir com a visita.” Carlos

“... e a felicidade que eles sentem com a visita né? Como eles se sentem importantes”. João

Podemos dizer que a visita domiciliar é um momento ímpar de criação e fortalecimento de vínculo, fundamentada na prática do diálogo.

Tabela 11:

Número de Famílias/pessoas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Tanguá/RJ e cobertura da ESF, no período de 2002-2007*

Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007
População**	27208	27741	28273	29479	30098	28322***
Quantidade de Equipes de Saúde da Família Implantadas	02	05	06	06	06	06
Famílias cadastradas - PSF	1544	4782	4805	4735	5322	5355
Pessoas cadastradas - PSF	5197	16559	16629	16292	17899	18005
% de cobertura real	19,1	59,6	58,8	55,3	59,4	63,5
% de cobertura pelo MS	25,4	62,2	73,2	70,2	68,7	73,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB;

*As informações disponíveis no SIAB/DATASUS para o ano de 2007 são da competência setembro;

** Fonte: IBGE - Censo Demográfico e estimativas;

*** Fonte IBGE Cidades – Contagem de população 2007.

Em relação a cobertura das equipe de saúde da família (tabela 11), o município possui hoje uma cobertura real de 63,5%, esta cobertura em um município de grande porte é considerada expressiva, porém na realidade de Tanguá ainda falta muito a se fazer, pois resta uma parcela da população (36,5%) que utiliza como porta de entrada no Sistema a unidade de emergência ou o nível médio (especialidades) que deveria ser apenas o sistema de referência para a população coberta pela ESF. Reconhecemos que, para o PSF se configurar como estratégia de transformação das práticas em saúde, deve abranger toda a população e não apenas uma parcela dela. Tanguá tem uma boa cobertura, mas ainda não podemos considerar como ideal, 36,5% da população ainda não foi alcançada pela ESF e dispõe apenas dos serviços disponíveis no CSDGF e no Centro de Especialidades.

Outra dificuldade apresentada pelas equipes da ESF é em relação a cadastramento das famílias, especificamente as equipes de Posse dos Coutinhos e

Duques apresentam um número menor de famílias cadastradas/acompanhadas devido a baixa densidade populacional, são as duas equipes implantadas em locais mais distantes e rurais, onde como já citado acima, a maior parte de residências são sítios e fazendas e a distâncias entre as residências é grande. Tanto ACS quanto médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem verbalizam a dificuldade em realizar as visitas domiciliares devido a grande extensão territorial da área.

“A gente precisava mesmo é de um carro para fazer as vd’s, tem casa que fica há mais de 40 minutos do posto e o meu carro já foi para o conserto duas vezes, porque não dá para ir a pé”. Maria

“Nossas bicicletas estão quebradas, a gente vive consertando, pneu furado então... Mas o pior é quando tem que subir morro, tem dia que eu só consigo fazer 3 vd’s, é muito longe mesmo, você nem imagina”. Luiz

“Eu só tenho 100 famílias e tenho que suar para dar conta de visitar todo mundo, é uma casa aqui e há outra duas horas a pé, muito longe mesmo”. Juliana

A ESF não dispõe de um carro para que as equipes façam as visitas domiciliares nas áreas mais distantes da unidade de saúde, a Kombi recebida do convênio na implantação do PACS em 1997 sofreu uma colisão dianteira e está em péssimo estado de conservação.

Há também a dificuldade apresentada pelos profissionais da ESF é em relação à estrutura física de algumas USF e a falta de materiais e medicamentos.

“É muito ruim fazer curativo aqui, o local é inadequado, não temos um lava-pé, a gente precisa estar improvisando”. Rosana

“Falta privacidade, é um entra e sai de Agentes, eles tinham que ter uma sala deles.” Maria

“ Aqui não costuma faltar medicamentos com exceção ao captopril, eu só não sei o que acontece, é o que a gente mais usa e o que sempre falta.” Sandra

A rede de assistência deveria realizar um planejamento em relação aos insumos e medicamentos para implantação da ESF, mas percebemos que isso não

ocorre; a compra de medicamentos e insumos geralmente não é compatível com a quantidade de usuários atendidos nas USF's. Percebemos que muitas vezes as USF são consideradas Unidades “a parte” da rede de serviços e não parte integral do sistema. A dispensação e insumos e medicamentos é priorizada para a Unidade de emergência, acarretando escassez nas USF gerando insatisfação e descrédito na comunidade.

“Eu até gosto daqui, mas às vezes falta material, principalmente para fazer curativo, aí eu vou na clínica, lá tem emergência, as meninas são mais emburradas, mas pelo menos tem gaze e pomada.” Patrícia

A ESF de Tanguá trabalha com programação semanal, dividindo a carga horária em atividades preventivas e de promoção à saúde e atividades curativas, a programação é discutida pela Equipe e sempre que necessário sofre alteração, porém identificamos um problema relacionado com a produção de serviços, o alto número de consultas médicas. Como podemos evidenciar na tabela 12.

Tabela 12:

Número de consultas médicas por faixa etária na Estratégia de Saúde da Família do município de Tanguá/RJ, no período de 2002-2007*

Ano	Cons.<1_ano	Cons.1a4 anos	Cons.5 a 9 anos	Cons.10a 14anos	Cons.15 a 19 anos	Cons.20 a 39 anos	Cons.40 a 49 anos	Cons.50 a 59 anos	Cons.60_e_mais	Total
2002	204	426	441	306	254	944	556	411	524	4066
2003	878	1826	1693	1121	3887	4868	1911	1596	2586	20366
2004	1913	2812	2724	1965	1810	5245	2932	2692	3700	25793
2005	2189	2883	2776	2133	2003	5585	3684	3279	4683	29215
2006	2629	3306	3318	2539	2359	6013	3665	3498	5324	32651
2007*	1210	1992	1910	1439	1244	3938	2258	2274	3465	19730
Total	9023	13245	12862	9503	11557	26593	15006	13750	20282	131821

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB
* No ano de 2007 constam apenas dados até o mês de julho.

O número de consultas realizadas pela ESF tem aumentado nos últimos anos; cada equipe realiza em média 450 consultas por mês. Levando em consideração a programação de atividades a ser realizada pelas equipes, este número é superior ao número desejado, pois cada médico realiza por dia uma média de 20 consultas e sabemos que na ESF a consulta médica é um procedimento minucioso e mais demorado, desta forma chegamos à conclusão de que falta tempo para as outras atividades relacionadas à promoção e a prevenção. Associamos esta demanda ao número reduzido de especialistas na rede de assistência, a dificuldade de acesso do usuário ao nível secundário e ao atendimento médico-centrado. O médico da ESF acaba absorvendo parte da demanda do nível secundário. Já que todos os médicos da ESF são especialistas: o pediatra acaba atendendo mais pediatria, o ginecologista acaba absorvendo os casos mais complexos de ginecologia, ou até um pré-natal de alto risco que deveria estar no nível secundário, isso se reproduz com todos os especialistas que trabalham na ESF do município.

“Acho que as dificuldades sempre são maiores pela deficiência do nosso sistema de saúde, o número pequeno de médicos no centro de especialidades, é uma coisa que atrapalha o nosso serviço aqui”. Maria

“Eu trato no PSF muita coisa que deveria ser tratado na clínica, porque às vezes a espera pelo especialista é muito grande, ou então a pessoa não tem dinheiro para pegar ônibus, não consigo fazer os grupos, acho que mais importante é resolver o problema do paciente”. Daniele

Observamos que o atendimento na USF é médico-centrado, a demanda torna-se maior, fazendo com que o médico tenha que atender um número maior de pacientes, encurtando o tempo das consultas, não dando espaço para que se desenvolvam atividades (visita domiciliar, grupo de educação em saúde) que

permitam outros patamares na relação médico-paciente para além da clínica, levando ao vínculo e à responsabilização.

De um modo geral, percebe-se também uma dificuldade do médico trabalhar fora de uma queixa formalizada. Tanto o usuário quanto o médico têm dificuldades para verbalizarem suas dúvidas e manter um diálogo adequado à formação do vínculo.

Em outubro de 2007 o fluxo de referência e contra-referência entre profissionais dentro do município foi revisto e o fluxo estabelecido foi o seguinte: um funcionário administrativo da ESF lotado no nível central recolhe semanalmente as referências nas seis USF, efetua o agendamento das consultas no centro de especialidade e retorna na mesma semana para a USF com os agendamentos para que o ACS responsável pela família avise ao usuário o dia e horário da consulta. Esse mecanismo garantiu o acesso aos serviços do nível secundário localizados dentro do município, porém quando há necessidade de referenciar para serviços fora do município os profissionais encontram muita dificuldade em garantir o atendimento.

As necessidades que a população apresenta de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, de acordo com a realidade de cada região e microrregião, com base nas características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população, devem presidir o planejamento estratégico de cada município e a programação local das atividades.

Percebemos na fala do Secretário Municipal de Saúde a dificuldade na implementação da ESF no que diz respeito à referência para os outros níveis de atenção.

“É importante considerar como um nó crítico para o desenvolvimento da ESF o atendimento de média

complexidade, porque ainda não temos clareza do seu financiamento ou porque os custos continuam mais elevados que o correspondente custeio (tabela de procedimentos completamente fora da realidade)” Sec. Municipal de Saúde de Tanguá.

Observa-se, na prática, a efetividade do PSF, na medida em que proporciona o diagnóstico e tratamento precoce de algumas doenças mais freqüentes e ações educativas, o que não parece garantir que o PSF constitua uma estratégia estruturante na direção de um novo modelo assistencial. Falta a articulação com os outros níveis de atenção e a cooperação com a rede especializada que assegure suporte à atenção básica de uma atenção continuada, implantada por mecanismos de referência e contra-referência. “É de fundamental importância que a implantação do PSF seja acompanhada por sua incorporação plena à rede tradicional” (SIMÕES, 2000, p. 202). Sem isso é impossível garantir a integralidade e a universalidade na assistência.

Dentro deste quadro, reconhecemos que este não é um problema exclusivo de Tanguá, de acordo com o relatório final do monitoramento do PSF, realizado pelo Ministério da Saúde em 2001 e 2002 (BRASIL, 2004) – quando todas as Equipes de Saúde de Família do Brasil foram visitadas e todos os profissionais (médicos e enfermeiros) entrevistados – do número total das equipes, 83,5% tinham referência para serviços de pronto-atendimento, 75,8% para pronto-socorro, 77,4% para internação hospitalar nas clínicas básicas e apenas 47,3% para internação hospitalar especializada.

Os resultados da pesquisa demonstraram que o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo Programa

Saúde da Família. A falta de equidade no acesso entre estados e regiões reitera a situação, já conhecida, da oferta desordenada dos serviços de maior complexidade, e aponta para a necessidade de estruturação da rede do SUS, implementando o controle e a regulação do sistema.

Outro sério problema está relacionado à baixa adesão ao pré-natal (tabela 14). As mulheres se negam a realizar pré-natal nas USF's alegando a falta de garantia do parto. Como o município de Tanguá não possui maternidade, as mulheres saem de Tanguá para parir nos municípios vizinhos e mesmo com a emissão da AIH encontram dificuldade para internação. Pois alguns hospitais privados conveniados ao SUS, dão preferência a gestante que realiza o pré-natal “particular” no hospital e faz o parto pelo SUS. Porém ao analisarmos a tabela 13 identificamos outra realidade, o número de gestantes acompanhadas na ESF é consideravelmente maior do que o número de partos por domicílios, pois devido à dificuldade mencionada a gestante informa um endereço diferente do seu para configurar a residência em outro município, isso ocorre porque alguns municípios tem negado atendimento às gestante que não são munícipes.

“Eu gosto do Dr. ..., mas quero me tratar com o médico que eu vou ter o neném e eu não gosto desse negócio de ir a dois médicos, cada um fala uma coisa e eu fico confusa. Eu estava indo no posto e no particular, o do posto mandou tomar vacina, o particular disse que não precisava. Quem está certo?”.Camila

Reconhecemos que este não é problema exclusivo do município de Tanguá, a crise no setor saúde atinge todo o País e a falta de leitos de maternidade atinge a todos os municípios, desta forma devemos considerar a importância de políticas de saúde em nível regional, estadual e federal, visando à regulação do uso dos serviços. Deve-se também considerar a necessidade de uma maior integração entre os serviços de assistência ao pré-natal e ao parto. É fundamental uma melhor

hierarquização da rede, de forma que a atenção primária, incluindo a ESF tenha bem estabelecidos os serviços de pré-natal de alto risco e maternidades de baixo risco para onde possam referenciar suas pacientes.

Tabela 13

Nº Nascidos Vivos por Consultas Pré-natal segundo Ano
Município Resid.: Tanguá
Período: 2000-2005

Ano	Nenhuma	De 1 a 3	De 4 a 6	7 ou mais	Ignorado	Total
2000	18	38	197	182	3	438
2001	4	35	182	199	6	426
2002	5	27	210	213	2	457
2003	4	33	155	201	1	394
2004	11	30	223	157	3	424
2005	6	29	207	156	7	405
TOTAL	48	192	1.174	1.108	22	2.544

Fonte: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Tabela 14

Número de atendimento (consulta) de pré-natal da Estratégia de Saúde da Família do município de Tanguá/RJ, no período de 2002-2007*

Ano	Nº de Gestantes cadastradas	Nº de Gestantes acompanhadas	Atendimento pré-natal/ano
2002	251	221	97
2003	967	932	678
2004	1092	1022	962
2005	1234	1209	1098
2006	1191	1185	1038
2007	1059	1059	799

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

* No ano de 2007 constam apenas dados até o mês de setembro.

O trabalho em equipe da ESF é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os

integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. Este item foi identificado como relevante no discurso dos profissionais, e a importância do trabalho em equipe na ESF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde.

“O bom de se trabalhar com Saúde da Família é o espaço de discussão e construção que conquistamos, a gente senta semanalmente e conversa sobre os problemas das famílias, cada um trás suas aflições e juntos traçamos um plano de ação, claro que cada um contribui dentro de suas possibilidades.” Carla

De acordo com Mattos (2002, p. 82) “a proposta do PSF, desde seu início, foi pensada em torno do princípio da integralidade, ou seja, com o sentido de articular as ações de promoção, de prevenção e assistenciais”. Porém no dia-a-dia no município, percebemos que as práticas assistenciais acabam sendo privilegiadas em relação às práticas preventivas, até pela dificuldade que o profissional tem em encaminhar o usuário à outro nível de atenção como já citado no texto.

Uma das possibilidades de efetivação do princípio da integralidade, dá-se por meio do pensamento e da ação de caráter interdisciplinar de uma equipe multiprofissional consciente, onde os saberes se complementem em prol das necessidades dos usuários, num entendimento ampliado do sentido da integralidade, resultando em uma fonte geradora de atitudes positivas na assistência à saúde.

Para Teixeira (2004) a noção de integralidade remete a uma dupla dimensão, a primeira, relativa à integralidade do sistema de serviços de saúde e à construção dos chamados “sistemas integrados” (MENDES *apud* TEIXEIRA, 2004), e a segunda, à integralidade das práticas de saúde, ou seja, a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e

reabilitação de danos em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços (PINHEIRO; MATTOS, 2001).

O processo de construção da integralidade no PSF, nessa dupla perspectiva, encontra muitas dificuldades no nível local, que vão desde a dinâmica de reprodução do modelo médico assistencial hospitalocêntrico, até a formação dos profissionais envolvidos na assistência e na gestão, passando pela falta de flexibilização do modelo de saúde da família. Quanto à gestão da ESF, o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. De acordo com Campos (2007), questionamos a horizontalidade da ESF quando se observam as características indutiva e prescritiva presentes nos primeiros documentos oficiais orientadores, apresentando diretrizes operacionais e etapas de implantação. A forma como “o PSF” é apresentado aos municípios e profissionais da “ponta” continua sendo verticalizada, com forte tendência à burocratização, haja vista a grande quantidade de formulários e planilhas que os profissionais precisam preencher.

Esta verticalização também é vista em relação ao horário de funcionamento das equipes de saúde da família (de segunda à sexta-feira de 08:00 às 17:00H) 40 horas por semana. Por se tratar de um município-dormitório, grande parte da população de Tanguá sai de casa quando a USF ainda não abriu e chega quando ela já está fechada, uma alternativa seria o funcionamento da USF no sábado ou domingo para atender a demanda das pessoas que trabalham fora do município.

Outro grande desafio do programa diz respeito à sua capacidade de integração com o restante do sistema de saúde, de forma a redefinir

qualitativamente o modelo de atenção à saúde, como pretendido por seus formuladores, mostrando que não é apenas uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas pobres e rurais do país.

Ao observarmos a declaração do Secretário Municipal de Saúde de Tanguá, percebemos o que a ESF representa para o município:

“A Estratégia de saúde da Família é, com certeza, a melhor forma de organização da atenção básica. Vencidas as dificuldades de contratação de recursos humanos e sua capacitação; vencidas as diferenças salariais praticadas na região; e, mais importante ainda, havendo compromisso de todos os gestores municipais no cumprimento de todas as diretrizes do programa em suas realidades locais, vejo a ESF como a única estratégia capaz de mudar as condições de saúde da população. [] Levando em conta a realidade de nosso Município nos seus aspectos epidemiológicos e demográficos e, principalmente, considerando o tempo de emancipação que coincide com a construção da rede de saúde, posso afirmar que a ESF é a estratégia correta como porta de entrada do sistema de saúde.”. Sec. Municipal de Saúde Tanguá

A Estratégia de Saúde da Família tem como base de atuação o controle social, o PSF orienta a participação comunitária e o controle social como estratégia para o alcance dos princípios do SUS, cabendo à equipe de saúde da família criar condições e estimular a participação dos usuários nos processos educativos, assim como no planejamento e na avaliação da assistência. No Município de Tanguá não evidenciamos tal ação, as equipes realizam poucas atividades educativas e não desenvolve reuniões com a comunidade, a ouvidoria à comunidade só é feita quando algum usuário vai à coordenação da ESF para fazer alguma reclamação.

São várias as potencialidades e os desafios identificados no âmbito municipal, em Tanguá a ESF viabiliza a estruturação da rede e quase que ao mesmo tempo se estrutura enquanto estratégia de viabilização do SUS.

Conclusão:

“O novo modelo assistencial preconizado pela ESF só poderá ser efetivamente implantado se os vários atores envolvidos assumirem suas posições como sujeitos de tal transformação, o que exige mudanças na concepção da elaboração e operacionalização da política e na transformação do cotidiano concreto das práticas de saúde, valorizando a necessidade de tornar o SUS construído por seus sujeitos e próximo de suas realidades.” (CAMPOS, 2007, p. 9).

Segundo Campos (2007), os alcances e os limites do PSF têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde da família. A prática diária, as discussões e reflexões dos profissionais cotidianamente nos serviços de saúde, trilhadas nos pressupostos do SUS, é fator fundamental para manter vivo o próprio sistema, alimentando-o e impulsionando-o às transformações necessárias e desejadas.

Para GIL (2006), a Estratégia Saúde da Família, embora tenha crescido sobremaneira no país, atravessa atualmente seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais. Com isso, vive-se um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança.

De acordo com Campos (2007) o PSF emerge em âmbito nacional a partir de 1995, impulsionado por mudanças pela busca da consolidação do SUS, que introduziu inovações no sistema de saúde. No entanto, os resultados na reestruturação dos serviços de saúde não foram tão perceptíveis, as dificuldades para a realização de procedimentos e ações de média e alta complexidade

continuaram grandes, o número de leitos para internação continua insuficiente e a garantia de referência aos níveis acima citados é, em todos os municípios do Brasil, um grave problema. É preciso considerar que os municípios brasileiros têm sua tradição política assenta sobre o clientelismo e o paternalismo, podendo, dessa maneira, contribuir para que o PSF se configure muito mais em um mecanismo de barganha política envolvendo prefeitos, vereadores e a população do que um instrumento de promoção da equidade

Os problemas no acesso, decorrentes do quantitativo insuficiente de recursos humanos e as dificuldades na referência, determinam uma situação que este estudo identifica como das mais relevantes. A barreira do acesso pode vir a dificultar as vantagens obtidas nos demais itens da integralidade, impedindo a realização do menos complexo por falta de tempo (prevenção, visitas). Havendo problemas na referência para especialidades, o mais complexo torna-se também difícil e a qualidade prejudicada.

Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, freqüentemente desconfortáveis, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos. A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados.

Reconhecemos que a garantia de atenção integral e contínua significa a possibilidade operacional de concretização do direito constitucional de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema para a resolução dos problemas de saúde. A concretização da universalidade implica garantia do acesso aos serviços básicos de saúde, considerados como a “porta de entrada” do sistema, que devem estar integrados aos outros níveis de atenção da rede de unidades assistenciais, a fim de resolver questões de saúde que extrapolam os limites de resolutividade da atenção básica (SERRA, 2003).

Uma mudança radical do modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado. A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções.

Ainda, entendemos que, enquanto estratégia de mudança, o PSF, em alguns casos, ainda mantém a hierarquização de saberes e a repetição do modelo biologicista; porém, as mudanças vêm se consolidando, mesmo que lentamente, sendo que um fator essencial para tal vem sendo a formação acadêmica, voltada à atenção básica em saúde. Nesta perspectiva, muitos ainda serão os desafios para a efetivação de mudanças.

Para ampliar o acesso e garantir a cobertura de ações e cuidados à saúde, é necessário expandir e organizar redes de serviços de saúde articuladas. As unidades básicas, acolhedoras, de qualidade e resolutivas nas suas ações integrais, preventivas e curativas, baseadas nas necessidades e demandas da população,

devem articular-se aos demais níveis do sistema local de saúde com garantias de referência e contra-referência. Nesse sentido, é imprescindível articular atividades de saúde coletiva com ações de assistência clínica nos serviços de atenção básica, estabelecer esses serviços como porta de entrada dos sistemas locais de saúde, equipar e expandir os serviços de urgência e emergência e de referência.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família por si só não significa que o modelo assistencial mudou. A reestruturação do modelo assistencial e das práticas definida para a estratégia pelo MS, não encontra um ambiente favorável, pois a característica prescritiva da estratégia não contribui para um processo de trabalho crítico e reflexivo por parte das equipes. A questão do treinamento dos recursos humanos transforma-se num instrumento de vital importância para a compensação das deficiências individuais dos profissionais envolvidos com a estratégia, já que, em sua maioria, não estão suficientemente sensibilizados para executar um trabalho em equipe de cunho verdadeiramente interdisciplinar.

Enxergamos essas deficiências como resultado de currículos de graduação que não prevêem, em sua grade disciplinar, um espaço para o trabalho em equipe, onde cada futuro profissional seja capaz de conceber espaços de atuação conjunta, ainda dentro da Universidade. A falta de integração e comunicação entre os profissionais tem certamente a sua origem na graduação, pois cada profissional se forma sem interagir com outros profissionais da saúde, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum. A discussão dos conceitos de interdisciplinaridade dentro da realidade atual do PSF é de fundamental importância

para provocar mudanças na formação dos diversos profissionais envolvidos com a estratégia de saúde da família.

A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

No município de Tanguá encontramos o desejo político de que a Estratégia de Saúde da Família seja uma estratégia estruturante da Atenção Básica e do próprio SUS. Porém, apenas a vontade política isolada no nível municipal não é suficiente para que a ESF tenha sustentabilidade e resolutividade, a integração com os outros níveis de atenção é fundamental para que a Estratégia alcance seus objetivos. E para um município do porte de Tanguá isso se torna ainda mais difícil, porque a maior parte das referências (nível secundário e terciário) estão fora do município e a regionalização não ocorre da maneira desejada e a pactuação entre os municípios e estado na maioria das vezes não é cumprida.

No contexto da gestão participativa o município deve ser valorizado como possibilidade de construção do modelo de atenção proposto para o SUS, com potencial de promover uma rede de participação social de alta capilaridade. A articulação cooperativa e solidária entre os municípios e entre estes com os estados, conformando um modelo regionalizado, representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde.

Reconhecemos que o PSF vem se constituindo em um grande mercado de trabalho, necessitando de profissionais qualificados, que respondam as necessidades de mudança do modelo assistencial, a fim de aproximar aos seus preceitos de universalização e atendimento integral.

Acreditamos que a atenção plena à saúde depende também do modo como os profissionais conduzem seu processo de trabalho e como destacam Franco e Merhy (2003, p.122):

“Podem haver PSF’s médicos centrados assim como outros usuários centrados, isso vai depender de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde [...] o qual [...] dizem respeito os diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários.”

O trabalho em equipe no PSF iniciou um processo de resgate da cidadania e da valorização profissional de todos aqueles que escolheram a saúde pública como seu campo de atuação, melhorando a remuneração e promovendo a integração entre profissionais que até então pouco se relacionavam em seu cotidiano. Mas precisamos implementar de fato a interdisciplinaridade.

Segundo Campos (2003), embora o PSF se constitua uma iniciativa de mudança, permanecem e afloram distintos problemas na atenção. A fragmentação da atenção permanece, e o cuidado não é sentido pelos usuários. Percebe-se que o problema principal é a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos. O processo de implantação do SUS teve que lidar com inúmeras limitações, visto que representava uma proposta de ação renovada em saúde, quando na verdade os profissionais não haviam sido formados em consonância com o modelo.

Barboza e Fracolli (2005) também acreditam que a mudança do modelo assistencial somente ocorrerá a partir da reorganização do processo de trabalho destes profissionais. É preciso atingir a dinâmica médico-centrada, reorganizando o trabalho, atuando nos seus processos decisórios, materializando as tecnologias usadas para produzir saúde. Desta forma, concordamos com Levcovitz e Garrido (1996) quando afirmam que para uma nova estratégia, faz-se necessário um

novo profissional. Se a formação dos profissionais não for transformada no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia

O modelo de Saúde da Família apresenta potencial para garantir os princípios da regionalização e da humanização das práticas. A mera difusão de princípios e diretrizes não gera, contudo, a mudança estrutural nas práticas de saúde. Deve-se ressaltar, ainda, que a mudança no campo da saúde não ocorre, de forma independente, de uma mudança na área social. Avanços sociais, como na Educação, Habitação, Lazer, Cultura, devem ser buscados.

Consideramos relevante, a mudança que o modelo atual de assistência à saúde vem provocando, tanto nas práticas quanto na ação profissional, até o seu reflexo no usuário. Reconhecemos que esta mudança ainda não é a ideal, a mudança do modelo de atenção à saúde ainda vigente no Brasil é uma tarefa gigantesca, do tamanho do próprio país e de sua população. Os desafios são imensos, e a luta contra o já estabelecido é desigual.

A análise da implantação do PSF em Tanguá sugere que esse Município reúne potencial para reorganizar a atenção básica e promover uma mudança na atenção local, aproximando-se do cenário intermediário. Observa-se um processo de substituição de práticas que caminha no sentido da organização da oferta a partir do nível primário. As equipes de saúde começam a programar as ações de acordo com as necessidades locais, com o compromisso de assegurar o princípio da integralidade na assistência, nos diversos níveis.

Fica aqui a perspectiva de que o PSF possa se constituir em um mecanismo de focalização dentro da universalização de direitos promovida pelo SUS, trazendo o grande desafio de compatibilizar o estabelecimento de prioridades sem adotar mecanismos de restrição de direitos sociais.

5 – Referências

ARAÚJO. M. et al. Saúde da Família: Cuidado no domicílio. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.53, n. especial, p.117-122, dez. 2000.

AROUCA, S. Reforma Sanitária, entrevista, <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html> acesso em 01/02/2008.

BARBOZA. T.A.V. FRACOLLI. L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. Cadernos de Saude Publica, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1036-1044, jul./ago. 2005.

BRASIL.Constituição(1988) Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988, 292p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 1994b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 37p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 1998, 36p.

BRASIL, Ministério da Saúde. A regionalização e a atenção básica. Revista Brasileira de Saúde da Família, 3 p.11-16, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002 Série C*. Projetos, Programas e Relatórios Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 48p.

BRASIL Ministério da Saúde. *Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - Proesf*, 2003. Disponível em <http://www.saude.gov.br/proesf>. Acessado em 10 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conheça o DAB*, 2004. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php> acesso em 28/12/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. 2ª Edição atualizada*, Brasília, 2005, 210p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Integralidade como orientação da saúde*, In: Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, 2005.(2)

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília; 2006, 60p.

BRASIL. *Ministério da Saúde. Atenção Básica. Disponível em: http://www.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php. Acesso em 29 maio 2007.*

BRASIL. Portaria nº. 399. *Diário Oficial*, fev. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº. 648. *Diário Oficial*, mar. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº. 750. *Diário Oficial*, out. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da família. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8,n.2, p.569-584, 2003.

CAMPOS, E. M. S. *A Estratégia Saúde da Família e sua proposta de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização*/Estela Márcia Saraiva Campos - Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007, 243p.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, A S. O Programa Saúde ad Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface: comunicação, saúde, educação* 2001 agosto; 5(9): 133-58.

Campos. G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy E. E, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.229-66

CHIESA, A. M. FRACOLLI, L. A. F. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da

Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, Ano V, Número 7 - edição especial, Ministério da Saúde – Brasília, 2004.

CORBO, A., MOROSINI, M. Saúde da Família: História recente da reorganização da atenção à saúde. In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CUNHA, J.P.P., Cunha, R.E. Sistema Único de Saúde – princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM (org.). Cadernos de Saúde I. Belo Horizonte: Coopmed; 1998. p. 11-26.

DENIS, J. L. & CHAMPAGNE, F. 1997. Análise da Implantação. In: Avaliação em Saúde – dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas (Z. Hartz, org.). Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ.

FLEURY. S. A questão democrática da saúde. In: Fleury S, Organizador. Saúde e democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. **Manual de Enfermagem/** Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FRANCO, T. MEHRY, E. PSF: Contradições e novos desafios. 1996 Disponível em [http:// www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm](http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm). Acesso em 29 mai. 2007.

FRANCO,T. B.; MERHY, E. **O trabalho em saúde:** Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

GIL, C. R. R., Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 7-13, jun. 2006.

GOMES. D. C. R. (org). Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado. Uberlândia: Edefu, 1997.

GOULART, A. F. *Municipalização Veredas*. Rio de Janeiro: Abrasco/CONASEMS, 1996.

GRIBEL, E. B. *Atenção básica: do processo de trabalho ao sistema de informação* Dissertação (Mestra em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

IBAÑES, N. R. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 15-29, jul.-set. 2006.

LEVCOVITZ, E. Transição X Consolidação: O Dilema Estratégico na Construção do SUS – Um Estudo sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde – 1974/1996.

1997. 302 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ , E. , GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. In: BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Saúde da Família – Construindo um novo modelo. Cadernos de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, Ano I, n. 1, 1996. P 3-9

MARQUES, R. M. MENDES. A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. Ciênc. saúde coletiva v.8, nº 2, Rio de Janeiro, 2003.

MASCARENHAS, M. T. M. Avaliando a implementação da Atenção básica em saúde no município de Niterói/RJ: estudos de caso em unidades básicas de saúde e módulo do programa médico de família. 2003. 265p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS. R. A. O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e o seu impacto sobre as grandes cidades. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V 12, n.1, p.77-108, 2002.

MENDES. E. V. *Distrito Sanitário – o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS*. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1993.

MENDES. E. V. Uma agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996, 215p.

OMIZOLLO, J. A. E. O Princípio da Integralidade na Visita Domiciliar: um Desafio ao Enfermeiro do Programa de Saúde da Família. 2006. 103p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

PAIM. J. S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: Rouquayrol Z, Almeida E. Epidemiologia & Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.489-503.

PINHEIRO. R. MATTOS. R. A. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde. In: PINHEIRO. R. MATTOS. R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

REIS. C. C. L. “A Supervisão no Programa de Saúde da Família: Limites e Possibilidades”. Dissertação Mestrado, ENSP – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, setembro de 2001, 122p.

ROSA, W. A. G., LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 10-15, nov.-dez. 2005.

SANTOS. M. A. M. CUTOLO. L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina* V. 33. N°3, p.31-40, 2004.

SCHOLZE. A. S. ÁVILA. L. H. SILVA. M. M. et al. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez.2006.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18(suplemento), p. 203-211, 2002.

SERRA, C. G. Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

SIMÕES, O. L. M. Saúde da Família: limites e potencialidades de uma estratégia, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C. F. Construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ano V , Número 7 - edição especial, Ministério da Saúde – Brasília, 2004.

VANDERLEI. M. I. G. ALMEIDA. M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Temas Livres. Ciência e saúde coletiva*, v.12, nº 2, Rio de Janeiro, mar./abr. 2007.

Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da Saúde.* São Paulo: Hucitec; 1995.

VALENTIM, I. V. L; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 8-14, mai.-jun. 2007.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.10-16, mar.-abr. 2007.

VASCONCELOS, E. M. 1999. *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.* São Paulo: Hucitec.

VIANA, A., Fausto, MCR. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não-mercantil da assistência. In Viana ALDA, Elias PE, Ibañez N. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 185-201

VIANA, A.L.D. & DAL POZ, M.R. 1998. *A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. Physis: Revista Saúde Coletiva, 8(2):11 - 48.

WHO (World Health Organization), 2000. The World Health Report 2000. Geneve: WHO, 2000.

ANEXOS

Anexo 1

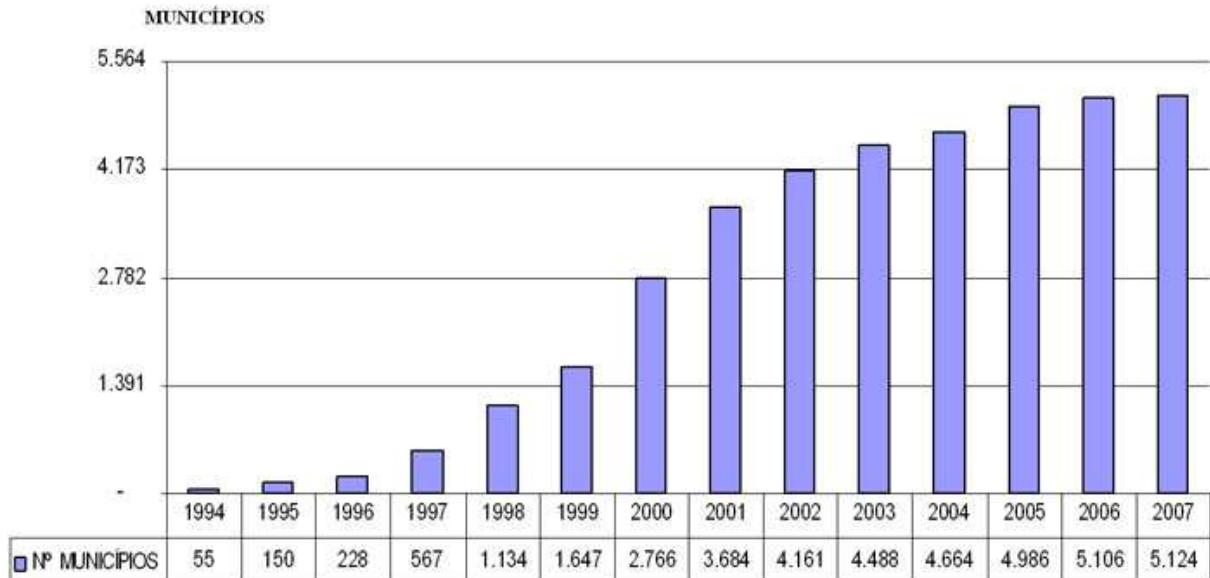
Tabela 1 : Relação de nomes fictícios e profissionais da ESF de Tanguá

Nome Fictício	Categoria
Ana	Agente Comunitário de Saúde
Joana	Agente Comunitário de Saúde
João	Agente Comunitário de Saúde
Luiz	Agente Comunitário de Saúde
Juliana	Agente Comunitário de Saúde
André	Usuário do SUS
Luciana	Usuário do SUS
Aline	Usuário do SUS
Cristina	Usuário do SUS
Camila	Usuário do SUS
Patrícia	Usuário do SUS
Antônio	Médico
Maria	Médico
Daniele	Médico
Carlos	Enfermeiro
Rosana	Enfermeiro
Carla	Enfermeiro
Roberta	Téc. de enfermagem
Sandra	Téc. de enfermagem

Anexo 2

Tabela 2

Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas no BRASIL - 1994 – novembro/2007

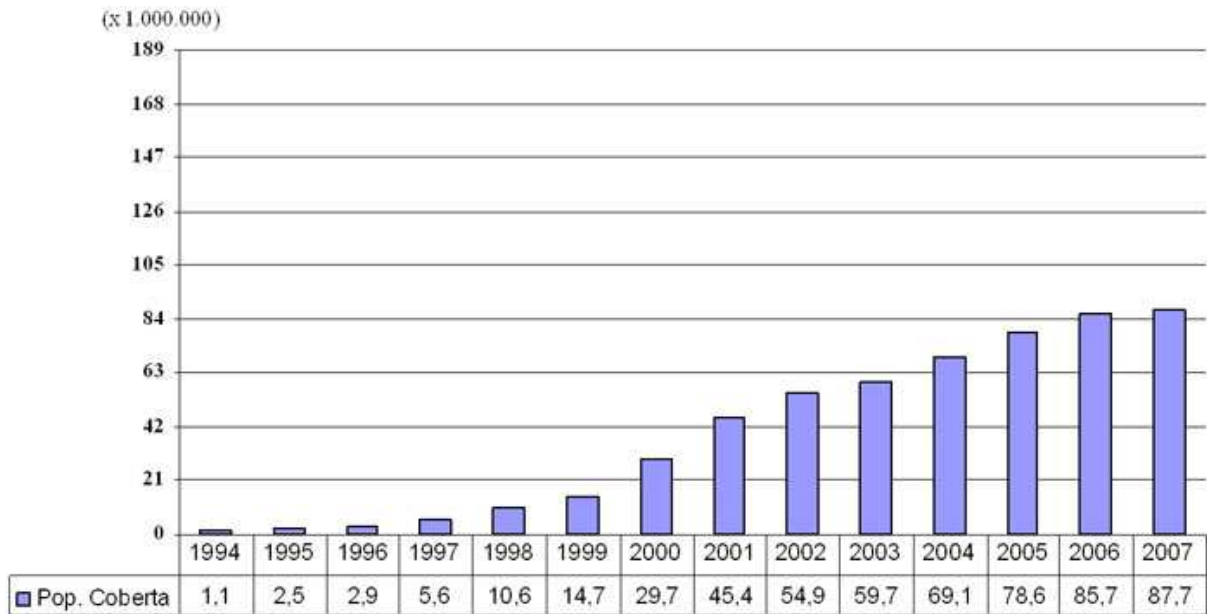


FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
 SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Anexo 3

Tabela 3

Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas no BRASIL - 1994 – novembro/2007



FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde.

Anexo 4:**Tabela 4**

Série Histórica da Estratégia Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro e Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família em atuação - competência dezembro de 1998 e dezembro de 2006.

Ano	Número e Percentual de Municípios					População					Nº de ACS	Nº de ESF
	total	Com ACS	% com ACS	Com ESF	% com ESF	Total	Acomp. Pelos ACS	%	Acomp. Pelas ESF	%		
91	53	58,2	20	22,0	13.555.657	391.988	2,9	199.317	1,5	682	58	
92	89	96,7	86	93,5	15.389.060	5.027.497	32,7	4.437.291	28,8	9.046	1.328	

Fonte: CAPSI - Sistema de Captação de Dados para Pagamento (1998), e SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica (2006) - Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica / SAS