

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

*Avaliação da Implementação do Programa de  
Saúde da Família no Município do Rio de  
Janeiro*

**Autor**  
**Carla Moura Cazelli**

**Orientador**  
**Margareth Crisóstomo Portela, PhD**

**Orientador**  
**Maria Alicia Ugá, PhD**

**Dissertação de Mestrado\***

---

\* (Apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ) para obtenção do título de Mestre em Ciência na Saúde Pública – Sub área de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)

**Rio de Janeiro, Agosto de 2003.**

*Avaliação da Implementação do Programa de Saúde  
da Família no Município do Rio de  
Janeiro\**

**Foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:**

**Prof<sup>a</sup> Zulmira Hartz, PhD**

**Prof<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Helena Mendonça, PhD**

**Prof<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Alicia Domingues Ugá, PhD (Orientadora)**

---

\* Dissertação defendida e aprovada em 27/08/2003

Catálogo na fonte  
Centro de Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

C386a Cazelli, Carla Moura  
Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. / Carla Moura Cazelli. Rio de Janeiro : s.n., 2003.  
151p., tab  
Orientadoras: Portela, Margareth Crisóstomo e Ugá, Maria Alicia  
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

1.Programa Saúde da Família 2.Avaliação de Programas 3.Serviços Básicos de Saúde 4.Serviços de Saúde Comunitária

CDD - 20.ed. – 362.12098153

*“De tudo ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos sempre começando...  
A certeza de que precisamos continuar...  
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...  
Portanto, devemos:  
Fazer da interrupção, um caminho novo...  
Da queda, um passo de dança...  
Do medo, uma escada...  
Do sonho, uma ponte...  
Da procura, um encontro”.*

*Fernando Pessoa*

*E foi buscando novos caminhos,  
dançando nas quedas,  
galgando escadas e cruzando pontes,  
que pude encontrar o meu recomeço.  
Carla Moura Cazelli,*

Dedico esta dissertação a dois incríveis parceiros que a vida me propiciou:

Em memória a meu pai, que em meio a sua finitude soube lutar com dignidade, me contagiando e incentivando a continuar a trilhar o caminho do conhecimento;

Ao meu companheiro Márcio, sempre presente e ao meu lado, cuidando do nosso lar e sendo “pãe” para os nossos filhos.

Aos meus filhos Carolina e Pedro, por me apoiarem na decisão de seguir esta trajetória.

## Agradecimentos

*“A amizade  
De todos os momentos:  
da dor, da saudade,  
da força, da coragem,  
de seguir em frente.  
Pela vida divina,  
Profana  
E buscar, insana  
A cada instante,  
A luz da estrela infinita.....”  
Ana Cirne*

Agradeço aqui a todos que com sua compreensão me apoiaram incondicionalmente durante este caminho de conhecimento, em especial:

Aos amigos do trabalho, que substituíram a minha ausência, para que eu pudesse me dedicar a construção desta dissertação, em especial a Wanilsa, que além de ser minha diretora é a amiga de todas as horas.

A amiga Ana Cirne, com sua presença e afeto constantes.

As Coordenações de Saúde da Comunidade e de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, que além de não colocaram dificuldades para a realização da pesquisa, apoiaram-na enquanto útil ao serviço.

A todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família, que praticamente sem exceção, participaram com empolgação das entrevistas, bem como na fundamental condução no interior das comunidades.

As minhas orientadoras Professoras Margareth C. Portela e M<sup>a</sup> Alicia Ugá, que com especial paciência e carinho, conduziram-me em todo este processo.

Aos professores da ENSP, em especial do DAPS, que muito me ensinaram e, particularmente, a Carla Andrade, que construiu a amostra das entrevistas com os moradores.

Ao Júlio César, responsável pela introdução de dados no SIAB na SMS, que sempre se dispunha a me ajudar quando necessário.

## RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) do município do Rio de Janeiro teve o seu primeiro projeto implantado em 1995, na Ilha de Paquetá, sofrendo sua efetiva expansão em 1999, para as comunidades do Borel (Tijuca), Parque Royal (Ilha do Governador), Canal do Anil (Jacarepaguá), Vila Canoas (São Conrado) e Vilar Carioca (Campo Grande). O objetivo deste trabalho é avaliar o processo de implementação do Programa nessas comunidades, com vistas à identificar aspectos problemáticos e estratégias de melhoria para a sua efetiva atuação. Além disso, ainda que sem perspectiva de generalização dos seus achados, ele pretende prover elementos a serem considerados na expansão do Programa, especialmente, no contexto de um grande centro urbano como o Rio de Janeiro.

A pesquisa realizada constituiu-se em um estudo de casos múltiplos, focado num grande centro urbano. Envolveu investigação documental, a análise de indicadores de desempenho do Sistema de Informações da Assistência Básica (SIAB), e a análise de entrevistas com o Gerente Central do PSF na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, bem como profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e moradores das comunidades selecionadas. Entre os aspectos cobertos destacam-se: condições físicas do Programa, composição, forma de seleção, contratação e acompanhamento das equipes de profissionais, mecanismos de educação continuada para as equipes, participação do PSF na referência de pacientes para especialistas ou outros níveis de atenção e o papel da violência urbana.

Os resultados obtidos permitiram a sistematização de fatores facilitadores e limitantes da implementação do PSF nas comunidades estudadas, incluindo perspectivas da gestão central, das equipes e dos usuários.

*Palavras-chave:* Programa de Saúde da Família, Atenção Básica à Saúde, Avaliação de Implementação de Programas.

## ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) in Rio de Janeiro city, Brazil, was implanted in 1995, in Paqueta Island, being expanded in 1999 to five communities: Borel (Tijuca), Parque Royal (Governor's Island), Canal do Anil (Jacarepaguá), Vila Canoas (São Conrado) e Vilar Carioca (Campo Grande). This work is aimed at evaluating the PSF implementation process in these communities, in order to identify problems and strategies for improving its performance. Moreover, this work intends to provide elements to be considered in the PSF expansion, despite concerns about the fact of its not allowing for generalization of the findings.

The research is a case study, focused on a megalopolis. It included documents search, the analysis of performance indicators of the Information System of Basic Health Attention (SIAB), and the analysis of interviews with the central manager of the PSF in the Rio de Janeiro Municipality Health Secretariat, and with the professional teams and residents of the communities selected. Among the issues covered, we underline the following ones: physical conditions of the Program, composition, selection, contracting and follow-up of the professional teams, continuing education mechanisms, participation of PSF in referring patients to specialists and other levels of health care attention, and the role played by urban violence.

The results allowed for systematizing contributing and inhibiting factors in the PSF implementation in the communities selected, accounting for the perspectives of the central Program manager, professional teams and consumers.

*Key words:* Family Health Program, Primary Health Care, Evaluation of Program Implementation.

## SUMÁRIO

Capítulo I – Introdução	1
Capítulo II – Marco Conceitual:	7
2.1 O Programa de Saúde da Família e as propostas de Atenção Básica.	7
2.1.1 Breve contextualização da Saúde Pública brasileira	7
2.1.2 A Medicina Comunitária e de Família como estratégias de âmbito Internacional, de (re) organização dos serviços de Saúde.	13
2.1.3 Experiências Nacionais: Caminhos gerados. Os Programas de Agentes Comunitários de saúde e o de Saúde da Família: os modelos de Atenção Básica à Saúde no Brasil.	20
2.1.4 Origem do PCAS/PSF	25
2.1.4.1. O conceito de saúde e a mudança do paradigma adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil.	25
2.1.5 Breves considerações acerca do Município do Rio de Janeiro: Perfil epidemiológico.	28
2.1.6 Contextualização enquanto serviço de saúde do PACS/PSF	32
2.2 Avaliação na Prática da Saúde	36
Capítulo III – Metodologia	47
3.1 Métodos: Procedimentos que foram utilizados na execução do Projeto	49
3.1.1. Desenho da Pesquisa	49
3.1.2 Amostra	51
3.1.3 Coleta de Dados	55
3.1.4 Variáveis que serão Analisadas	58
3.1.4.1 Quanto aos Aspectos Operacionais de Implementação	58
3.1.4.2 Quanto à Cobertura, Organização do Processo de Trabalho.	60
3.1.4.3 Quanto ao Contexto externo	61
3.1.5 Análise dos dados	61
Capítulo IV – Resultados	63
4.1 Evolução do PSF n o município do Rio de Janeiro	64
4.1.1 Escolha dos Locais.	71
4.1.2 Recursos Disponíveis.	73
4.1.2.1 Recursos Financeiros.	73
4.1.2.2 Recursos Humanos.	74
4.1.2.3 Estrutura Física.	74
4.1.2.4 A compra e manutenção do Material Permanente.	76
4.1.2.5 A compra e manutenção do Material de Consumo.	77
4.1.3 O Convênio para a contratação das equipes.	77
4.1.3.1 Convênio com as ONG.	77
4.1.3.2 Contratação dos Profissionais das ESF.	80
4.1.4 Seleção e Contratação das equipes.	81
4.1.5 Treinamento	83



4.1.6 Sistema de Referência e Contra-referência.	84
4.1.7 Supervisão: Gerencial e Técnica.	85
4.1.8 Educação Continuada.	86
4.1.9 Pontos que facilitam e dificultam a implementação do PSF no Município do Rio de Janeiro.	86
4.1.9.1 Fatores facilitadores da implementação do PSF.	86
4.1.9.2 Fatores que dificultam a implementação do PSF.	88
4.2 Perfil de Saúde das Comunidades e Contextualização do momento inicial da Implementação do PSF.	90
4.2.1 Comunidade A	91
4.2.2 Comunidade B	94
4.2.3 Comunidade C	97
4.2.4 Comunidade D	99
4.2.5 Comunidade E	103
4.3 Análise do Cadastramento pela ficha A do SIAB, município do Rio de Janeiro, nas Comunidades que iniciaram o processo de implementação do PSF em 1999, realizados entre outubro de 1999 e maio de 2000.	106
4.4 Análise das entrevistas realizadas com os Profissionais.	110
4.5 Análise das entrevistas realizadas com os Moradores:	121
4.6 Análise do SIAB.	136
4.6.1 Análise de Produção.	136
4.6.2 Análise do Relatório de Marcadores do SIAB.	138
Capítulo V - Considerações Finais.	142
Referências Bibliográficas	151
Anexos	156

**FIGURAS, QUADROS E TABELAS:**

Tabela 2.1 - Indicadores de Saúde por Área Programática no município do Rio de Janeiro, em 1999.	29
Tabela 2.2 - Indicadores de Saúde por Área Programática no município do Rio de Janeiro, em 2000.	30
Tabela 2.3 - Indicadores de Saúde por Área Programática no município do Rio de Janeiro, em 2001.	31
Tabela 2.4 - Distribuição de unidades Hospitalares, segundo categoria de vinculação com o SUS, no município do Rio de Janeiro, 1998.	33
Figura 2.1- Elementos da Intervenção e atores envolvidos no PSF	44
Tabela 3.1 - Amostra PSF do Rio de Janeiro	52
Tabela 3.2 - Amostragem proporcional ao tamanho por Domicílio.	53
Tabela 3.3 – Cálculo do número de domicílios por micro-área.	53
Quadro 3.1 – Dimensões/Variáveis de Implementação a serem Avaliadas.	59
Quadro 4.1 – Distribuição das equipes de PACS no Município do Rio de Janeiro, março de 2003.	70
Quadro 4.2 – Distribuição das equipes de PSF no Município do Rio de Janeiro, março de 2003.	70
Quadro 4.3 – Perfil Estrutural das Comunidades pesquisadas	91
Quadro 4.4 - Distribuição dos principais dados dos Cadastramentos entre 1999 e 2000, dos PSF implementados em 1999.	109
Quadro 4.5 – Discurso Coletivo das ESF, por comunidade.	111
Tabela 4.1 – Distribuição dos entrevistados nas ESF pesquisadas, por categoria profissional, por faixa etária.	112
Tabela 4.2 - Distribuição dos entrevistados nas ESF pesquisadas, por categoria profissional, por sexo.	113
Tabela 4.3 - Distribuição dos entrevistados nas ESF pesquisadas, por categoria profissional, segundo comunidade.	114
Tabela 4.4- Distribuição dos profissionais entrevistados, segundo a ocorrência de cursos de Educação Continuada.	115
Tabela 4.5 - Distribuição dos entrevistados por categoria profissional, segundo a quantidade de cursos realizados.	115
Tabela 4.6 -Distribuição dos profissionais entrevistados por categoria profissional segundo a ocorrência de Supervisão Técnica, por comunidade.	116
Tabela 4.7- Distribuição das opiniões dos profissionais entrevistados sobre o apoio das CAP, por comunidade.	116
Tabela 4.8 - Distribuição dos entrevistados, sobre a facilidade de encaminhar para Unidade de Referência Principal (Mãe), por comunidade.	117
Tabela 4.9 – Distribuição entre os profissionais entrevistados sobre o tempo de espera para o atendimento nas US mães, por comunidade	117

Tabela 4.10 – Distribuição das opiniões dos profissionais entrevistados quanto a facilidade de encaminhar para outras US da área, por comunidade	118
Tabela 4.11 – Distribuição entre os profissionais entrevistados sobre o tempo de espera para atendimento em outras US, por comunidade.	118
Tabela 4.12 - Distribuição da opinião dos profissionais entrevistados quanto à violência para a execução dos trabalhos de campo	120
Tabela 4.13- Distribuição da opinião dos profissionais entrevistados quanto à violência para a ida dos moradores aos Módulos de PSF, por comunidade.	120
Tabela 4.14 - Distribuição dos moradores entrevistados por Sexo e por Faixa Etária.	121
Tabela 4.15 - Distribuição dos moradores entrevistados, por Grau de escolaridade, segundo a Comunidade.	122
Tabela 4.16 - Distribuição do conhecimento do PSF por Comunidade.	123
Tabela 4.17 – Distribuição dos entrevistados, segundo conhecimento do nome do ACS e segundo ter sido visitado nos últimos três meses pelo ACS.	123
Tabela 4.18 - Distribuição dos entrevistados segundo o conhecimento do nome do ACS, por Comunidade.	124
Tabela 4.19 - Distribuição das Visitas Domiciliares dos ACS nos últimos três meses, por Comunidade.	124
Tabela 4.20 - Distribuição dos Motivos de Visitas Domiciliares dos ACS, por Comunidade.	127
Tabela 4.21 - Distribuição dos Motivos mais importantes das Visitas Domiciliares dos ACS apontados pelos moradores, por Comunidade.	128
Tabela 4.22 – Distribuição dos Motivos da Procura do Módulo do PSF, por Comunidade.	130
Tabela 4.23 – Distribuição dos entrevistados segundo a procura pela atividade de grupo, por visitas dos ACS e o conhecimento do nome do ACS.	131
Tabela 4.24 - Distribuição do conhecimento do nome do médico, por Comunidade.	132
Tabela 4.25 - Distribuição da opinião sobre o Médico de Família, por Comunidade.	132
Tabela 4.26 - Distribuição dos encaminhamentos recebidos pelo PSF nos últimos três meses, por Comunidade.	133
Tabela 4.27 - Distribuição da opinião sobre a influência da violência sobre as vistas dos ACS, por Comunidade.	134
Tabela 4.28 - Distribuição da opinião sobre a influência da violência sobre as visitas ao Módulo do PSF, por Comunidade.	135
Quadro 4.6 - Distribuição da produção das ESF estudadas de Janeiro a Junho de 2001.	137
Quadro 4.7 - Distribuição da produção das ESF estudadas de Julho a dezembro de 2002.	138
Quadro 4.8 - Distribuição dos Indicadores e Marcadores das ESF implementadas em 1999, nos Relatórios do SIAB de Janeiro a Junho de 2001.	139
Quadro 4.9 - Distribuição dos Indicadores e Marcadores na ESF implementadas em 1999, nos Relatórios do SIAB de Julho a Dezembro de 2002.	141

**SIGLAS UTILIZADAS**

<b>SIGLA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de pós Graduação em Saúde Coletiva
<b>ACD</b>	Atendente de Consultório Dental
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AM</b>	Associação de Moradores
<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>AMS</b>	Assistência Médico-Sanitária 1999 e 2002
<b>BM</b>	Banco Mundial.
<b>CAMPO</b>	Centro de Apoio ao Movimento Popular da Zona Oeste
<b>CAP</b>	Coordenação de Saúde das Áreas Programáticas.
<b>CDC</b>	Centres for Disease Control and Prevention
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CEDAPS</b>	Centro de Promoção da Saúde
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite (estadual)
<b>CIESZO</b>	Conselho das Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite (nacional)
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis do Trabalho.
<b>CMS</b>	Conselho Municipal de Saúde
<b>CMS</b>	Centro Municipal de Saúde.
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COMLURB</b>	Companhia Municipal de Limpeza Urbana (Rio de Janeiro)
<b>COME NOI</b>	Como Nós – ONG de trabalho Assistencial da Comunidade Européia
<b>CSC</b>	Coordenação de Saúde das Comunidades
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>ENSP/FIOCRUZ</b>	Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ
<b>EPI INFO</b>	Epidemiological Program Office – CDC
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FAO</b>	Food and Agriculture Organization of United Nations
<b>FSESP</b>	Fundação Serviço de Saúde Pública
<b>FGTS</b>	Fundos de Garantia por Tempo de Serviço
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>FUNRURAL</b>	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social (extinto)
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Seguridade Social
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>LOPS</b>	Lei Orgânica da Previdência Social
<b>ME</b>	Ministério da Educação
<b>MAPS</b>	Ministério de assistência e Previdência Social

<b>MARE</b>	Ministério de Administração e Reforma do Estado
<b>MGC</b>	Medicina Geral Comunitária
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência social do Brasil
<b>MS</b>	Ministério da Saúde do Brasil
<b>NOAS</b>	Norma Operacional da Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>NSC</b>	Núcleo de Saúde da Comunidade
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PAB</b>	Piso da Atenção Básica
<b>PABA</b>	Piso da Atenção Básica Ampliado
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PROESF</b>	Projeto para Expansão do Programa Saúde da Família.
<b>PS</b>	Posto de Saúde
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>PT</b>	Plano de Trabalho
<b>PPI</b>	Programação Pactuada e Integrada
<b>RH</b>	Recursos Humanos (RH)
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SIA-SUS</b>	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
<b>SILOS</b>	Sistemas Locais de Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SSC</b>	Superintendência de Saúde Coletiva
<b>SSS</b>	Superintendência de Serviços de Saúde.
<b>SUDS</b>	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>THD</b>	Técnico de Higiene Dental
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde.
<b>UIS</b>	Unidade Integrada de Saúde
<b>UNICAMP</b>	Universidade de Campinas
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>UFF</b>	Universidade Federal Fluminense
<b>UERJ</b>	Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
<b>VIII CNS</b>	Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986)

## **Apresentação:**

*Cuidando das suas próprias enfermidades!*

*“O Sentido da Palavra*

*CUIDADO*

*É o mesmo sentido de cura...*

*Ao revelar uma atitude que surge quando a existência  
de alguém tem importância.*

*Passando então, a dedicar, dispor a participar do destino,  
de suas buscas, de seus sofrimentos e dos seus sucessos,  
enfim de sua vida...”.*

*Leonardo Boff*

Nos meus quase 20 anos de trabalho (por que não militância na saúde pública) quando tive a oportunidade de fazer parte de equipes que implementaram e deram continuidade a vários projetos e programas no âmbito da saúde, como é de praxe no Brasil, nunca participei de uma estratégia de Avaliação que revelasse os problemas e as soluções encontradas, e que fosse considerada como impulsionadora e criadora de novos caminhos, eficientes e eficazes, apurando os eixos que dificultavam ou facilitavam o avanço dos Projetos e Programas rumo às metas esperadas.

Num contexto histórico o Programa de Saúde da Família tem como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em 1991 o Ministério da Saúde inicia o processo de implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir das experiências positivas que ocorreram no final da década de 80 nos estados do Ceará, Mato Grosso do Sul e Paraná.

O PACS foi o primeiro programa que enfocou a família como unidade de atenção de saúde, quebrando o paradigma de atenção programática para o indivíduo, bem como introduzindo a prática de prevenção e intervenção em saúde, sem esperar a “procura” das unidades de saúde pelo usuário, reorganizando assim a demanda, sem focá-la apenas na atenção médica (VIANNA & DAL POZ, pp 9 – 10, 1998).

O PACS foi uma estratégia de extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas empobrecidas. Apesar do enfoque familiar, ele teve como objetivo central a redução da mortalidade materno-infantil. Foi a partir da experiência do Ceará, que se percebeu que a

estratégia extramuro executada pelos agentes contribuía para a organização dos serviços de saúde (VIANNA & DAL PÓZ, op.cit, pp 9 –10).

Desta maneira no PACS se constituiu o precursor do PSF, mostrando-se indutor da descentralização do SUS, em municípios pequenos desprovidos de assistência à saúde, tendo em vista que, além do Agente Comunitário de Saúde, o Ministério da Saúde condiciona a sua implementação à existência de condições institucionais mínimas para a gestão de saúde em nível local (VIANNA & DAL PÓZ, op.cit., pp9).

No entanto, não havia um estudo da expansão desta estratégia para os municípios maiores. Não se sabia o quanto de assistência havia nesses municípios nem como ela se interagiria com esse novo modelo (MS, pp 13, 2002).

Em 1999, ao me candidatar para fazer parte do Programa de Saúde da Família (PSF) no Município do Rio de Janeiro, vi realizar um sonho que cultivei desde o início da carreira, quando em meados da década de 80 trabalhei com agentes comunitários de saúde, numa parceria da UNICEF com o Município do Rio de Janeiro, realizada através de convênio com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social.

Naquele momento, já devidamente sensibilizada quanto à importância do processo de Avaliação em Saúde, preocupei em investir numa linha que pudesse monitorar a implementação desde do seu início, para em paralelo forjar um projeto Avaliativo do PSF do município do Rio de Janeiro.

Infelizmente as práticas dos serviços de saúde no Brasil raramente dão importância a esta etapa dos Programas e Projetos, provavelmente por conta de determinantes contextuais da origem da Avaliação em Saúde enquanto um campo científico (NEMES, op.cit., pp 8).

Com limites pouco nítidos a Avaliação em Saúde tornou-se um campo científico em meados do século passado (anos 50). Isso ocorreu devido a grande expansão e desenvolvimento tecnológico dos serviços de saúde e da prática médica, o que elevou os custos sobremaneira. Neste contexto, com a crescente responsabilidade dos governos no financiamento da atenção à saúde, houve necessidade de se obter maior conhecimento da organização dos serviços de saúde e no que tange sua eficácia, eficiência e efetividade quanto às intervenções (NEMES, op.cit., pp 7).

Nos anos 60 e 70 as vertentes que estudavam a avaliação em saúde eram voltadas para as áreas de: Tecnologia, definida como segurança, efetividade e custo das tecnologias de produto ou de processo; Qualidade, definida como serviços de assistência, principalmente médica; Programa, definido como conjuntos de atividades para populações alvo.

A maneira como se desenvolveu a Avaliação em Saúde nos países centrais, principalmente nos EUA, vem sendo a mais adotada, acadêmica e institucionalmente, se tornando uma tendência internacional, compatível assim com seu contexto de origem (NEMES, pp 7, op.cit.).

Apesar de alguns determinantes históricos serem os mesmos, como o aumento da tecnologia e elevação dos custos, no Brasil o momento em que a Avaliação em Saúde começou a ser valorizada foi diferente e em contextos distintos (NEMES, op.cit., pp7).

No Brasil a Avaliação em Saúde tem sua ascensão com a lei Orgânica do SUS (leis 8080 e 8142) e suas Normas Operacionais (NOB 91, NOB 93, NOB 96 e NOAS 2000). Pois é quando os formuladores e gestores das práticas de saúde assumem a Avaliação como estratégia a ser utilizada para melhorar a eficiência e eficácia das ações no setor da Saúde, através dos discursos e posteriormente como necessidade na prática para execução das normas e pactos institucionais, principalmente na área de Programas e Serviços de Saúde. No entanto, segundo Novaes (1998), a Avaliação em Saúde é um fato que é pouco incorporado na sistemática dos Serviços de Saúde, sendo ainda hoje incipiente no Brasil.

Nos países centrais e no Brasil a Avaliação em Saúde é principalmente focada nas questões ditas mais “técnicas” dos serviços e programas, sem enfatizar as questões mais “políticas”, tanto as de planejamento quanto as institucionais (NEMES, op.cit., pp 7).

Em função desta realidade tratarei a Avaliação em Saúde no Programa de Saúde da Família (PSF), na perspectiva de Programas e Serviços de Saúde, como é enfocado nos países centrais e aqui no Brasil.

Avaliar o processo de implementação de um programa que pretende ser o Programa reformulador da atenção básica e numa estratégia maior, impulsionador de uma mudança no modelo de atenção à Saúde (MS, 1997), em um país de dimensões continentais com



realidades tão diferentes como é o nosso, foi por mim considerada uma questão essencial a ser aplicada à implementação do PSF do município do Rio de Janeiro.

Frente a esse desafio, no qual coloquei meu futuro profissional, envolvi-me nesta pesquisa, esperando que sirva para demonstrar alguns *Caminhos da Saúde* e desmistificar a Avaliação enquanto um processo autoritário e constrangedor, transformando-a num instrumento de uso corriqueiro e fundamental para efetuar mudanças essenciais para o sucesso da implementação das estratégias de *Promoção da Saúde*, com ações que visem melhorar as condições de bem estar, dando acesso a serviços e a bens sociais, que permitam o conhecimento e os comportamentos favoráveis ao cuidado e controle da saúde e das condições de vida da população, individual e coletivo (BUSS, 1999); de *Proteção da Saúde* com prevenção das doenças, acidentes e situações de exposição e risco; e da *Recuperação da Saúde* com ações curativas e reabilitadoras.

Esta dissertação será apresentada de maneira tradicional. Assim, no Capítulo I: Introdução apresenta-se com o contexto da pesquisa e seus objetivos. No Capítulo II: Marco Conceitual será tratado o Programa de Saúde da Família e a proposta de Atenção Básica onde contextualizarei a Atenção Básica no Brasil e os movimentos precursores do Programa de Saúde da Família e descreverei sumariamente as propostas internacionais e nacionais de medicina Comunitária e de Família que antecederam o PSF no Brasil bem como as experiências Nacionais que geraram esses novos caminhos, o conceito de saúde no qual os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e os de Saúde da Família foram gerados. Por fim será contextualizado o PSF no município do Rio de Janeiro, já como fruto da pesquisa e entrevista com o Gestor Central será apresentado. Em seqüência será realizada a conceituação de Avaliação enquanto pesquisa científica e em especial a avaliação de implementação de Programas de Saúde. O Capítulo III versará sobre a metodologia usada na Pesquisa. No Capítulo IV - Resultados da pesquisa e Discussão - onde serão apresentados os resultados descritivos, oriundos de documentos e entrevistas, resultados de análise de alguns indicadores e marcadores de saúde do Sistema de Informação da Atenção Básica e os resultados dos questionários aplicados em pesquisa de campo junto aos profissionais das ESF e aos moradores. Finalmente, no Capítulo V: Considerações Finais serão resumidos os principais resultados ligando ao processo de implementação do PSF do município do Rio de Janeiro, apontando os elementos facilitadores e limitantes.

## CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

O município do Rio de Janeiro teve o seu projeto inicial de PSF na ilha de Paquetá implementado em 1995, e a partir de 1999 expandiu o Programa em mais cinco comunidades de baixa renda, localizadas em diversos bairros em diferentes Áreas Programáticas (AP): comunidade do Borel (Tijuca, Zona Norte, AP 2.2), comunidade do Canal do Anil (Jacarepaguá, Zona Oeste, AP 4), comunidade do Royal (Ilha do Governador, Zona Norte, AP 3.1), comunidade de Vila Canoas (São Conrado, Zona Sul, AP 2.1) e comunidade de Vilar Carioca (Campo Grande, Zona Oeste, AP 5.2).

No ano 2000 houve um impulso ainda maior, com ampliação discreta do PSF para as comunidades: Antares (Santa Cruz, Zona Oeste, AP 5.3), Parque João Goulart e Mandela de Pedra (Manguinhos, Zona Norte, AP 3.1), e Curicica (Jacarepaguá, Zona Oeste, AP 4); e a introdução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ampliando as áreas de atuação para as comunidades: Complexo da Mangueira (Mangueira, Centro, AP1), Complexo de São Carlos (Estácio/Catumbi/Rio Comprido, Centro, AP 1), Complexo do Turano (Tijuca, Zona Norte, AP 2.2) e Tijuquinha (Alto da Boa Vista, Zona Norte, AP 2.2), Vila Vintém (Padre Miguel, Zona Oeste, AP 5.1.), D. Jaime Câmara (Realengo, Zona Oeste, AP 5.1), Parques João Wesley e Esperança (Campo Grande, Zona Oeste, AP 5.2) e Woodrow Pimentel (Campo Grande, Zona Oeste, AP 5.2).

A partir de 2001 a Coordenação de Saúde das Comunidades da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro continuou a introduzir poucas equipes de Saúde da Família (ESF), com a absorção em 2001 da equipe do PSF Portus (Costa Barros, Zona Norte, AP 3.3), que já existia e era subsidiada pela Instituição Médicos Sem Fronteiras; com a ampliação de algumas em módulos já existentes, como o caso de Vilar Carioca que em 2001/2002 adicionou para mais 2 equipes, totalizando 5 ESF em atividade (Campo Grande, Zona Oeste, AP 5.2), e o caso do PSF Lapa, iniciado em 2002 numa parceria com a Universidade Estácio de Sá (Centro, Lapa, AP 1). Ainda em 2001 o PSF teve uma perda de equipe na transformação do PSF Paquetá (Ilha de Paquetá, AP 1), projeto piloto dos PSF na cidade do Rio de Janeiro, em PACS. Já o PACS teve um aumento mais intenso, pois além de Paquetá, foram iniciados em 2001 os PACS: Caricó (Zona Norte, Penha, AP 3.1), Colégio

(Zona Norte, Vila São Jorge, Ap 3.3), Costa Barros (Zona Norte, Fazenda Botafogo, Ap 3.3) e Manguariba (Zona Oeste, Manguariba, Ap 5.3).

No entanto, como já citado, as unidades implementadas desde 1999 ainda não sofreram um processo de avaliação sistemática, nem monitoramento da situação de saúde, com fins de orientar os processos de trabalhos de maneira intersetorial, possibilitando articular em diversos níveis e setores de intervenção no âmbito da Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

Como acredito que a avaliação do Processo de Implementação do Programa de Saúde da Família pode subsidiar o real conhecimento de seu potencial e capacidade de mudança da prática sanitária, segundo preconização de Mendes (1996) e assumida pelo Ministério da Saúde (1997), optei por analisar a implementação do Programa iniciada no ano de 1999.

Em 1977 a Organização Mundial de Saúde (OMS) faz a declaração de Saúde para todos no ano 2000, com enorme impacto no conceito mundial de atenção primária. Os princípios da atenção primária foram anunciados na Conferência de Alma – Ata, 1978. Em 1979, a OMS confirma este consenso que define como Atenção Primária como sendo: *“uma atenção de saúde essencial baseada em métodos e tecnologia demonstrados cientificamente e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido à todas as pessoas e famílias da comunidade a um custo tal que tanto a comunidade quanto cada país possa mantê-la segundo o nível do seu desenvolvimento. Representa uma parte integral do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, famílias e comunidade do sistema sanitário do país, levando a atenção à saúde mais perto o possível da residência e trabalho da população e representa a primeira elaboração da atenção à saúde de forma continuada”* OMS, 1978.

Mendes (op.cit.,pp 241), ao se referir à mudança da prática sanitária recorre a consigna de que esta seria a resposta da sociedade, em um dado momento, a partir do conceito e paradigma de saúde vigente e hegemônico, que se estrutura e se organiza segundo as demandas de saúde desta sociedade.

Devido ao conceito de saúde negativo, onde ter saúde é não ter doença, a prática sanitária da nossa sociedade teria se veiculado às práticas médicas, onde cada problema de saúde tem “causas”, e para resolve-lo seria necessário eliminar ou corrigir essas causas, através dos serviços de atenção médica.

Esta prática não leva em conta os fatores determinantes relacionados à produção social das enfermidades, dissocia a clínica da epidemiologia, dando maior ênfase à atenção individual. A lógica desta prática se revela na resposta com oferta de serviços de atenção médica aos problemas sanitários enfocando as conseqüências da perda da saúde.

Este modelo de prática sanitária e a ruptura na micro-esfera das relações médico-paciente, tais como desgaste, mecanização e hostilidade, seriam a raiz, segundo Mendes (op.cit.,pp 241), da crise do Setor Saúde. Frente a isso, esse autor preconiza a construção social de uma nova prática sanitária: *Vigilância da Saúde*. Que explica através da instituição de uma unidade de inteligência que monitora e avalia a situação de saúde segundo as condições de vida de diversos grupos sociais, sendo mais ampla que as ações programáticas, e envolvendo ações não médicas sobre os determinantes dos problemas de saúde. Para Mendes (op.cit.,pp 241). A *Vigilância da Saúde* é uma resposta aos problemas de saúde enfocando a produção social da saúde, articulando estratégias de intervenção individual e coletiva, analisando os nós críticos dos problemas de saúde, com base no saber interdisciplinar e no fazer intersetorial.

O limite e perigo que sempre ocorre quando se trabalha com dados globais é a generalização de alguns achados da pesquisa avaliativa. Portanto, não se pretende nessa dissertação realizar validações ecológicas, mais sim tentar trabalhar, a medida do possível, com algumas variáveis procurando definir que influências do contexto, na dimensão da Estrutura e do Processo, estão ocorrendo na implementação, e possivelmente interferindo nos resultados da intervenção que é o PSF. Durante esta análise serão discutidas as atividades sinérgicas e antagônicas do Programa, nas dimensões facilitadoras ou de impedimentos, no processo de implementação do PSF no contexto vigente na cidade do Rio de Janeiro, uma enorme região urbana.

Vale ressaltar que resultados aí são os de *Implementação*, e não os de resultado ou impacto do Programa de Saúde da Família (PSF) propriamente dito, o que explica alguns limites na abrangência neste processo de avaliação.

A avaliação das intervenções foi desenvolvida basicamente entre as décadas de 60/70, nos EUA, predominantemente para Programas Sociais em educação, moradia, garantia de cuidados médicos e pensões para a população de baixa renda, dentre outros (DENIS & CHAMPAGNE, pp 49, 2000). Essas avaliações eram baseadas nos efeitos (impactos) produzidos pelas intervenções dos Programas, decidindo pela sua continuidade ou interrupção, apoiando o modelo da caixa preta, onde a intervenção é tratada como uma variável dicotômica, ou seja, a avaliação dos resultados era realizada sob apenas o prisma da presença ou ausência da intervenção; e quase homogênea, quer dizer, a intervenção era de fácil definição dentre os seus diferentes componentes. Já a avaliação do processo de implementação procura relacionar as variações de contexto aos efeitos observados pela introdução da intervenção. A Avaliação de Implementação representa a avaliação da operacionalização de um projeto, observando a sua integração a um contexto organizacional (DENIS & CHAMPAGNE, op.cit., pp 53).

Concordando com Denis e Champagne (op.cit., pp53), a *Avaliação de Implementação* pode ser considerada como a avaliação de fatores que facilitam ou dificultam (influenciam) os processos e resultados que envolvam a intervenção, limitando assim a ampliação de validações (validações ecológicas) deste tipo de pesquisa.

Então, esta pesquisa avaliativa se propõe a ser uma Avaliação de Processo de Implementação de Programa, compreendendo a avaliação do progresso da intervenção sem, no entanto, se aprofundar exageradamente em validações globais. Não obstante, procurará captar as características do meio que podem ter ou estar influenciando o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

As questões que me levaram à pesquisa foram:

- O Programa de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, de acordo com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde está atingindo parâmetros mínimos de cobertura de atenção básica à população adscrita?

- Este Programa contou ou conta, o ambiente organizacional adequado e necessário para prestar atenção básica à população adscrita?
- Que fatores facilitam ou dificultam a implementação do Programa de Saúde da Família num grande centro urbano como o Rio de Janeiro?

Frente a essas questões elaborei o seguinte Pressuposto:

- A avaliação da fase de Implementação do Programa de Saúde da Família pode fornecer subsídios (elementos) fundamentais para a (re) orientação do processo de trabalho deste programa no que tange o perfil profissional, o ambiente organizacional, a cobertura e a mudança da prática sanitária.

Apresentam-se, a seguir os objetivos desta dissertação.

## **1. Objetivo Geral**

Avaliar o Processo de Implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) no município do Rio de Janeiro, de 1999 a 2002, nas comunidades do Borel (Tijuca), Parque Royal (Ilha do Governador), Canal do Anil (Jacarepaguá), Vila Canoas (São Conrado) e Vilar Carioca (Campo Grande), com a finalidade de subsidiar a (re) orientação do processo de trabalho deste programa.

## **1.2 Objetivos Específicos**

- 1) Caracterizar o perfil demográfico e sócio sanitário das comunidades estudadas.
- 2) Avaliar o ambiente organizacional, no prisma do gestor central da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e segundo o prisma das ESF nos PSF estudados.
- 3) Avaliar o perfil Profissional das ESF dos PSF estudados, com indicadores que possam refletir a qualidade da assistência prestada aos usuários.

- 4) Avaliar a cobertura dos PSF estudados através da caracterização do Perfil sócio-sanitário das cinco comunidades onde os PSF foram estudados, da análise da utilização do módulo pelos moradores entrevistados e suas famílias, das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e análise do acompanhamento dos grupos de risco (Hipertensão Arterial, Diabetes, Gestantes e Recém Nascidos) e dos indicadores de saúde entre os PSF estudados e com a SMS da cidade do Rio de Janeiro.
- 5) Avaliar o acesso à rede através do fluxo do sistema de referência para maior complexidade no SUS, e a relação tempo de espera, segundo a percepção dos moradores, dos profissionais das ESF estudadas e o Gestor Central/SMS.
- 6) Analisar a mudança do modelo da prática sanitária, através da análise das práticas coletivas, nas ESF estudadas, das expectativas dos moradores entrevistados, e analisando as relações interpessoais intra as ESF e com as comunidades.
- 7) Analisar se a violência, segundo a visão dos moradores e dos profissionais, interfere na fase de implementação dos PSF estudados.

## **CAPÍTULO II: MARCO CONCEITUAL**

### **2.1 - O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS PROPOSTAS DE ATENÇÃO BÁSICA.**

#### **2.1.1 Breve contextualização da Saúde Pública brasileira.**

A crítica à Medicina Preventiva surgiu de dentro dos próprios Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades e meios acadêmicos. Mesmo desarticuladas, foram nas universidades que se concentravam os críticos do setor saúde (alunos, professores e profissionais de saúde). Esses departamentos foram criados a partir de um modelo caracterizado por uma proposta de mudança de atitude do médico, que passava a ter uma “consciência preventiva”, normalizando a conduta profissional, introduzindo o conceito ecológico de saúde e doença, que se soma à história natural da doença e a multicausalidade, e acredita que o caminho da medicina é o preventivo. Os projetos de medicina comunitária alternativa foram então, institucionalizados a partir dos anos 70 (Projetos Montes Claros, Niterói, Campinas e Londrina). A crítica à Medicina Preventiva, surgiu de dentro dos próprios Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades e meios acadêmicos. Mesmo desarticuladas, foram nas universidades é que se concentravam os críticos do setor saúde (alunos, professores e profissionais de saúde). Esses departamentos foram criados a partir de um modelo caracterizado por uma proposta de mudança de atitude do médico, que passava a ter uma “consciência preventiva”, normalizando a conduta profissional, introduzindo o conceito ecológico de saúde e doença, que se soma à história natural da doença e a multicausalidade, e acredita que o caminho da medicina é o preventivo.

Portanto, a crítica ao sistema e a introdução de alternativas àquelas realidades não foram uma política de Estado e sim um movimento de cunho acadêmico.

A partir de 1982, seguindo uma política racionalizadora de extensão de cobertura, iniciou-se um processo de estímulo a projetos que privilegiavam o setor de saúde pública e da Programação/Orçamento, incluindo uma desconcentração da atenção à saúde para estados e municípios. O CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), criado em 1982, instituiu um plano para reorientar a assistência médica previdenciária (em convênios trilaterais: MS, MAPS e estados) e que, em nome da racionalização, se envolve em 32 programas. Esse processo assume um caráter de responsabilidade pública, com definição



de ação epidemiológica, regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados, valorização da atenção básica, garantindo a referência, e preconizando a utilização da plena capacidade da rede, com a descentralização do planejamento e da cobertura assistencial, preconizando o desenvolvimento de recursos humanos (RH) e a participação social e o desenvolvimento das AIS, em 1984 (SCOREL,1999).

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi precedida de ampla discussão social, ocupando ao máximo o aparelho de estado, e possibilitou discussão democrática de diretrizes políticas para o setor saúde. Foram aprovadas propostas desde ampliação do conceito de saúde, do direito da cidadania, do dever do Estado e a bases de financiamento do sistema. Os principais desdobramentos foram a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e Plenária Nacional de Entidades de Saúde.

Em 1987 foi criado o SUDS, a partir de uma proposta da presidência do INAMPS, com o intuito de descentralizar os serviços de saúde, dentro de uma proposta racionalizadora de enxugar a máquina, contendo também, o controle do setor privado. A implementação do SUDS foi dificultada por obstruções de fisiológicos burocratas da máquina e interesses privados, chegando a influir no capítulo constitucional.

O SUS então delineado desde a VIII Conferencia Nacional de Saúde, surgiu a partir da Constituição de 1988, como parte do capítulo da seguridade social (artigo 194), com sua operacionalização orientada pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142, que determinaram dois eixos fundamentais: a *regulação da transferência de recursos financeiros* entre governos federais e municipais; e a *participação comunitária*. Essas características, dentre outras configuram o perfil social universalista e, portanto diferenciado, da Constituição de 1988: Saúde Direito de todos e Dever do Estado, instituindo então a noção do acesso universal e igualitário, rompendo com o modelo da cidadania regulada e do benefício como privilégio (CARVALHO et al, pp 93-117, 1998).

Após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, a Reforma Sanitária sofreu problemas operacionais, com dificuldade de implantação e, por conseguinte perda do apoio popular. Para resolver este problema foram introduzidas as Normas Operacionais, que reforçaram a criação dos Conselhos Comunitários únicos fóruns de representação popular no SUS.

No entanto, para impulsionar a implementação do SUS no início e ao longo dos anos 90, foram necessárias várias portarias Ministeriais, principalmente as que deram origem as Normas Operacionais Básicas do SUS, de 1991, 1993 e 1996, e mais recentemente à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS - SUS 01/2001).

A Reforma Sanitária Brasileira assumia então os conceitos do *Welfare State* das décadas de 30 e 40 da Europa, o qual garantia acesso universal, integral e gratuito às tecnologias em saúde, segundo a necessidade do cidadão. O poder público é o principal agente regulador e programador da oferta dos serviços de saúde. As propostas reformistas consagradas na constituição de 1988 foram os conceitos de descentralização, universalização, equidade e integralidade. Esta reforma se vincula à idéia de que é melhor para todos a maior presença do Estado. A Reforma Sanitária brasileira associava então à presença marcante e ampla do Estado na oferta de benefícios sociais (CARVALHO, et al, op.cit., pp 93-117).

No obstante, o conjunto das políticas desreguladoras e privatizadoras que orientam a Reforma da máquina administrativa Estatal tem sido a expressão internacional do modelo atual de Reforma de Estado. Na América Latina, o perfil da política social sofre uma profunda inflexão a partir da introdução do plano de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, com a adoção da perspectiva de racionalização do gasto público que associa os altos níveis de inflação, a falta de crescimento econômico e a ineficiência e ineficácia das ações estatais ao aumento desenfreado dos gastos públicos (DINIZ, 1997). Neste contexto, uma das características mais marcantes do processo é a tensa conciliação dos objetivos macroeconômicos de estabilização com propostas de reformas sociais voltadas para a melhoria da eficiência e da equidade (SENN, pp 203-211, 2002).

O pensamento neoliberal que está norteando as ações do governo desde a década de 90 define que o estado deve deixar de ser o executor das atividades econômicas e o prestador direto de serviços nas áreas de proteção social, ficando fora do provimento da assistência hospitalar e educação universitária, dentre outros setores, devendo estes ser privatizados ou flexibilizados para deixarem de ser propriedade estatal. Esta orientação vem sendo usada para “adequar” o padrão organizacional do Estado brasileiro ao cenário internacional da economia. Esta Reforma de Estado se baseia na crise institucional que considera este Estado incapaz de gerar mecanismos e recursos de desenvolvimento de produtos, e serviços de boa qualidade a baixo custo, e tem por pilares a ineficiência e ineficácia gerencial do modelo administrativo

burocrático, definindo assim a perda de governança do Estado Brasileiro. No setor das atividades exclusivas, o Estado seria o responsável pela universalização dos serviços básicos de saúde, porém os serviços tidos como sofisticados (Hospitais, Universidades, Centros de Pesquisa, entre outros) seriam do setor não exclusivo, transformando as atuais instituições estatais em entidades de direito privado, “sem fins lucrativos”, celebrando contratos de gestão (CARVALHO, et al, op.cit., pp 93-117).

A Reforma do Estado tal como se apresenta, aponta para o Estado Mínimo, aniquilando os pressupostos de direitos e deveres do Cidadão e do Estado respectivamente, conquistados na Constituição de 1988. No entanto, alguns marcos dessas propostas, como a co-parceria na gestão de serviços de saúde, a flexibilização administrativa da relação de trabalho e o financiamento vinculado a fundo público podem ser interessantes na implantação de Gestões de Atenção à Saúde.

A flexibilização gerencial, especialmente na modalidade do contrato de gestão, também deve criar instrumentos de avaliação e de cobrança para que a sociedade possa exercer a fiscalização sobre as instituições públicas, que podem assim ser julgadas pelo que realizam. O relacionamento entre instituições e sociedade pode trazer mudanças importantes na natureza do controle social e nas avaliações da qualidade dos serviços prestados ao cidadão/usuário (CARVALHO, et al, op.cit., pp 93-117).

Segundo a Constituição de 1988, a Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais e as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social. Na constituição também o Estado deve garantir a saúde para todos e propiciar a reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem reduzir riscos de doenças, de outros agravos e estabelecer condições que assegurem acesso universal, igualitário e equânime às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (CARVALHO, et al, op.cit., pp 93-117, 1998).

Nos anos 90, num contexto marcado pela implantação de medidas de ajuste estrutural da macroeconomia e de Reforma do Estado, ganha força a perspectiva de racionalização dos

gastos públicos, onde a eficiência e a equidade, segundo organismos internacionais, como o FMI, aparecem como elementos centrais, traduzidos na focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais. Dentro desse quadro, o PSF é visto por alguns como uma medida fortemente impregnada por seu caráter racionalizador, que reserva ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, direcionados a grupos populacionais pobres e marginalizados (SENNA, op.cit., pp 203-211 op.cit.,).

Assim, é sob um contexto de crise da capacidade fiscal e reguladora do Estado que se destacam medidas de racionalização dos gastos governamentais, visando melhor desempenho dos programas sociais e maior eficiência e eficácia das ações. Dentro desse quadro, ganha força a perspectiva de que mais do que a insuficiência de recursos, o que caracteriza a ação governamental no Brasil é a má distribuição dos recursos existentes, que acabam não atingindo os grupos sociais mais vulneráveis. Simultaneamente verifica-se que os grupos com maior poder de vocalização são os que proporcionalmente mais se apropriam dos serviços e benefícios sociais prestados (RAMOS, 2000). Nessa direção, a focalização das políticas sociais nos grupos mais vulneráveis é defendida como forma de promover o acesso desses setores aos programas e serviços sociais (SENNA, op.cit., pp 203-211). Para os formuladores e gestores do PSF, no entanto, o programa tem se constituído em uma estratégia para a reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (MS, 1998). Esta concepção parte do entendimento de que as inovações introduzidas no sistema de saúde nos últimos anos, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), têm logrado resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, sobretudo por não promover mudanças significativas no modelo assistencial, pois foi constatado que após uma década de implantação do SUS ainda é grande a população, sobretudo os mais pobres, com dificuldade de acesso à assistência médica (SENNA, op.cit., pp 203-211). A simples existência de serviços de saúde não garante a atenção e acesso necessário à saúde da população (ALMEIDA, 2000). O que se percebe é que o conjunto de ações e serviços de Saúde, prestados por órgãos e instituições públicas nos seus mais diferentes níveis, definidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS (Leis Orgânicas 8080 e 8142), não garantem por si só as mudanças da estrutura dos sistemas de saúde, que ainda se baseiam no modelo assistencial flexeriano (MENDES, op.cit., pp 241). Nesse sentido, o PSF traria, em seu bojo, a preocupação em promover o acesso destes setores excluídos, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais vulneráveis (MS, 1998).

As ações de promoção e proteção à saúde se reduzem à prática preventiva orientada pela atenção primária, quando existente. Esta atenção vem sendo definida como um programa cujo objetivo é a satisfação de algumas necessidades elementares, previamente determinadas, para grupos humanos em situação de pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados (custos mínimos) e baixa tecnologia. Esta prática não propicia sequer um grande impacto nos indicadores epidemiológicos tradicionais, os quais tiveram seus melhores resultados com ações ligadas ao meio ambiente (ex: implantação de abastecimento de água corrente em guetos urbanos) (CARVALHO, et al, op.cit., pp 93-117).

Os grandes centros urbanos como Rio de Janeiro e São Paulo detêm maior quantidade de serviços especializados de saúde, enquanto os municípios menores e as regiões rurais ficam à mercê da própria sorte. Os pequenos e até médios municípios ao invés de organizarem um sistema próprio de saúde, através de negociações por microrregiões nas PPI – Programação Pactuada Integrada (COSEMS – RJ, 1999) investem em transportes para a remoção dos doentes para os municípios maiores, sem arcar com o ônus dos serviços prestados. Essa situação é especificamente tratada na NOAS 2001, que articula a organização dos municípios. Este panorama do acesso à saúde se reflete nas emergências dos grandes hospitais das metrópoles, como no Rio de Janeiro, sempre lotados de casos, na sua maioria, de resolução ambulatorial ou de situações que chegaram ao extremo por falta da promoção e proteção à saúde.

Sendo assim, somente a existência do SUS em forma de Leis Orgânicas, não garantiram a sua aplicação, e mesmo após a elaboração das Normas Operacionais Básicas, está sendo necessário um desejo político muito grande para que ele seja incrementado a implementado. Neste contexto, o Programa de Saúde da Família vem sendo preconizado pelo próprio Ministério da Saúde como o propulsor da organização da demanda e o incrementador da mudança da prática sanitária, conforme afirma Mendes (1996).

### **2.1.2 A Medicina Comunitária e de Família como estratégias de âmbito Internacional, de (re) organização dos serviços de Saúde.**

Para que o Ministério da Saúde (MS) adotasse o modelo alternativo à prática da saúde havia também predisposição internacional (VIANNA & DAL PÓZ, op.cit.,pp 8). Por isso é importante apresentar um pouco deste panorama que será discutido neste tópico.

A medicina Comunitária e de Família surgem em vários países como uma resposta à crise das políticas sociais, vivida também pelo setor saúde. Nos anos 60 os EUA assumem a medicina de família como resposta às necessidades de acesso aos serviços de saúde dirigindo uma política de saúde focada para a parte empobrecida da população, que não podia comprar os serviços de saúde. O Canadá e alguns países da Europa também implementaram medicina de família objetivando aumentar o acesso aos serviços de saúde, incluindo formas alternativas de administração (D`AGUIAR, pp 7, 2001).

A seguir serão apresentados resumos das estratégias de mudanças dos sistemas de saúde implementada nos países do Reino Unido, EUA, Canadá e Cuba, que apesar de características próprias, segundo os contextos variados, representaram experiências importantes na implementação da proposta de saúde da família no Brasil.

#### **Reino Unido**

O Sistema de Saúde do Reino Unido é baseado no Ato da Saúde Pública no qual a assistência à saúde é realizada através do Médico Generalista (*Generalist Practitioner*). Este profissional atua nas áreas da medicina de clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria, semelhante ao médico de família, podendo assim atender a todos os membros de uma mesma família. O médico generalista atende de forma regionalizada, adscrita integrando as ações preventiva e curativa, sendo o responsável pela atenção primária. Cabe ao Estado a provisão e controle das políticas de saúde. Em 1948 houve a criação do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*), com o objetivo de garantir o acesso universal aos cuidados de saúde. O NHS optou pela contratação do médico generalista, a fim de garantir a entrada do paciente no sistema. A saúde pública responsável, pela assistência médica, pelo atendimento materno-infantil, pela vacinação e imunização, pela educação para a saúde, por ambulância, pelas visitas domiciliares é administrada pelos governos locais, e tem como referência os hospitais

distritais. Os centros de ensino universitário e serviços altamente especializados estão num patamar de maior complexidade (D`AGUIAR, op.cit., pp 9).

A partir de meados da década de 60 os médicos generalistas passaram a poder formar parcerias e empregar profissionais especializados na prática generalista, como enfermeiras, dentistas e visitantes domiciliares, se assemelhando assim a uma unidade de atenção básica. Na década de 70 foram criadas as hierarquias do sistema de saúde, lideradas pelo Ministério da Saúde, o qual nomeia os membros para o distrito de saúde (*District Health Authorities*), que têm como função coordenar os serviços que pertençam à área de saúde (*Area Health Authorities*), sediados nos Hospitais Gerais Distritais, que coordenam as ações no nível local. Assim cada cidadão tem o direito de ter acesso ao serviço de saúde, tendo como porta de entrada principal o médico Generalista. O paciente só paga pelos remédios prescritos. A assistência privada é permitida, mas não perfazia até 1998, 10% da atenção prestada à população de todo o Reino Unido (D`AGUIAR, op.cit., pp 10).

Em 1989, a reforma sanitária inglesa instituiu o Mercado Interno e controle orçamentário, para controlar e conter os gastos com os serviços de saúde. Esta fórmula tinha como princípio norteador a separação da provisão e financiamento. O estado deixa de ser o prestador, mas continua a financiar, coordenar e regular os serviços. Esta reforma criou dois tipos de compradores, os médicos generalistas (GP) e as autoridades distritais de saúde (DHA); e dois tipos de prestadores, os médicos generalistas e os Hospitais Empresas. A alocação de recursos para os GP passa a ser *per capita*, ao invés de se basear na prestação de serviços e, a partir de 1997, com a criação da figura dos GP *fund holders* (Gestores de Fundos Públicos), onde os consultórios podem receber para cobrir pessoal administrativo, medicamentos e serviços hospitalares.

Os médicos generalistas recebem o produto de um valor *per capita* pela população adscrita, o que representa 50% de sua renda anual, sendo 30% de salário anual e 20% de serviços prestados ou por procedimentos. Diferente dos EUA, o médico generalista, além de ter incentivos na formação, é muito procurado pelos estudantes e médicos recém formados, pelo prestígio conquistado junto à sociedade britânica.

O atual sistema de saúde do Reino Unido limita o uso abusivo de procedimentos (*Moral Hazard*) regulando o acesso dos procedimentos de alto custo tecnológico e racionalizando a

assistência à saúde para todos, mesmo que reduzindo o acesso a alguns segmentos da população. Os médicos generalistas (GP) são a porta de entrada do sistema, atendendo a uma população registrada adscrita, só referindo o paciente para atendimentos secundários quando necessário.

### **Estados Unidos da América (EUA)**

Nos EUA o setor privado sempre foi preponderante ao setor público, tanto da oferta como na prestação dos serviços de saúde. O Estado assume a população desempregada, idosa e que vivem na linha de pobreza, que não consegue acessar os serviços privados de proteção social. O governo federal não assume a responsabilidade pela coordenação de uma Política Nacional de Saúde. Neste país sempre predomina os avanços do setor privado de caráter associativo para a assistência médica, sistema esse coordenado respectivamente, pelas autoridades municipais ou estaduais. O paradigma flexneriano usado na medicina nos EUA levou a tecnificação, com valorização da especialização do ato médico em contrapartida do médico generalista. Com isso houve também o desenvolvimento e aparecimento de novas drogas e técnicas de exames e procedimentos, projetando a expectativa da medicina como produtora de cura (D'AGUIAR, op.cit., pp 7).

Nos anos 60 que os EUA assumem a medicina de família como resposta às necessidades de acesso aos serviços de saúde dirigindo uma política de saúde focada para a parte empobrecida da população, que não podia comprar os serviços de saúde.

Em 1965 foram implantados o *Medicare* (referente ao seguro saúde para aposentados) e o *Medicaid* (para a população de baixa renda, exigindo atestado de pobreza). Esses sistemas de seguros correspondem a uma política de saúde focalizada para grupos especiais (UGÁ, M. A. et al, 2000), através de prestadores privados, na sua maioria filantrópicos subsidiados pelo governo dava cobertura para a periferia dos centros urbanos, onde prevalecia alto índice de pobreza. Estes programas vêm cobrindo cada vez mais a população, pois além do aumento mundial da população idosa, há também um enorme aumento da população empobrecida.

No final dos anos 60, devido ao alto custo e gastos com saúde, a Associação Médica Americana (AMA) liderou o movimento que criou a base da Medicina de Família e as etapas para a formação dos profissionais médicos. Esse médico de família era definido pela AMA como um profissional capacitado para o primeiro contato com a população, sendo



intermediário com o sistema de assistência, avaliando as necessidades de saúde e se responsabilizando por orientar e prestar assistência, agindo como um coordenador dos serviços de saúde junto ao paciente, incluindo o uso de médicos consultores. Esses médicos de família eram encaminhados para prestar assistência em regiões de baixo acesso aos serviços de saúde (regiões rurais e periferias da cidade). É bom ressaltar que os médicos de Família dos EUA atendem de forma individualizada os membros da família com pagamento em seu consultório, por serviço prestado. Infelizmente apesar da estimulação da formação pelo Estado, o médico de família dos EUA ainda gozam de menor prestígio que os especialistas, recebendo muito menos enquanto renda anual (D`AGUIAR, op.cit., pp 7).

Nos anos 80, devido ao aumento desenfreado dos custos dos cuidados médicos, foi institucionalizado para contenção de custos da assistência médica, o *Managed Care*, que assume a administração médica voltada para o controle da utilização dos serviços e contenção de custos. É este sistema de administração que introduz, dentre outros mecanismos de regulação do sistema de saúde, o médico generalista regulando o acesso à atenção especializada e hospitalar, passa então este a exercer um papel fundamental na contenção de custos.

O Sistema de Saúde dos EUA destina 12% do PIB à saúde, com um dos maiores gastos *per capita* com saúde do mundo, utilizador de uma tecnologia da medicina muito cara e avançada sem, no entanto, ver estes investimentos refletidos nos seus indicadores de saúde. Isso sem contar que esse sistema de saúde incrementa a desigualdade no que tange a provisão de serviços de saúde, com cerca de 40 milhões de americanos sem seguro saúde, nem direito aos programas focalizados aos aposentados e na população de baixa renda (DEPPE, 2003).

## **Canadá**

Apesar de o Sistema de Saúde canadense ser assumido basicamente pelas províncias, entre final dos anos 60, durante a década de 70 até 1984, foram criados e instituídos: o regime público de seguro doença para cobrir serviços médicos prestados fora dos hospitais, sendo os gastos divididos entre os governos federais e provinciais, com cobertura universal, integralidade da assistência, acessibilidade e transferências entre as províncias da cobertura médica e da gestão pública; e a Lei Canadense sobre a Saúde, promulgada em 1984, com a ratificação dos princípios citados no regime anterior (D`AGUIAR, op.cit., pp 10).

Tanto a prestação quanto a administração dos serviços de saúde são responsabilidade de cada província. Ao governo federal coube estabelecer os princípios que normalizam e regulam a atenção médica na lei Canadense sobre Saúde, coube também participar no financiamento dos serviços de saúde provincial por meio de transferências fiscais; prestar diretamente o serviço de saúde aos grupos específicos, tais como índios, reclusos e militares; e por fim assegurar as atividades de proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças.

O Sistema de Saúde Canadense cobre o custo total dos serviços médicos e hospitalares exceto os serviços dentários e as medicações prescritas, com exceção daquelas destinada aos idosos. Até meados dos anos 80, o financiamento do sistema variava entre províncias. Atualmente o financiamento dos serviços médicos no Canadá é feito principalmente através de impostos das províncias e impostos federais sobre a renda. A alocação de recursos federal para as províncias era apenas *per capita*, sendo que a partir de 1996 o governo federal também passou a contribuir para os programas sociais e da saúde das províncias, através de outra rubrica de transferência. Os fundos públicos financiam 70% dos recursos necessários para cumprir a Lei de Saúde, sendo os 30% restantes financiados pelos usuários privados, quando utilizam os serviços não cobertos, ou utilizam indiretamente através de seguros particulares complementares. A tendência atual é o aumento dos gastos privados primeiro por redução de cobertura pública, segundo por gastos privados que provêm de uso dos serviços de profissionais não médicos, medicina alternativa e medicamentos; e terceiro por aumento das tarifas dos serviços privados (D`AGUIAR, pp 20, 2001).

Como no sistema dos EUA, os médicos generalistas são autônomos, não sendo contratados pelo Estado. A maioria dos médicos atende em consultórios privados, recebendo pagamento por serviços prestados diretamente ao plano de seguro da província. O usuário apresenta o cartão saúde para obter os serviços, sem limites de cobertura do segurado. O financiamento do sistema é feito pelos contribuintes, usuários ou segurados, através das receitas fiscais do Estado, Seguros Privados, Pagamento direto, Indenização dos acidentes de trabalho e de trânsito e rede filantrópica.

Similar ao Reino Unido, o sistema Canadense tem como figura central o médico generalista ou de família para acompanhar as questões sociais que envolvem as famílias, principalmente as crianças e as pessoas idosas, cabendo a atenção primária abrangendo as mesmas áreas do

GP inglês (Clínica Médica, Gineco-Obstetrícia e Pediatria). No entanto, diferentemente do sistema do Reino Unido, este permite ao especialista fazer também atenção primária.

Como já mencionado, no Canadá, o sistema de saúde é descentralizado ao nível das províncias. No caso da província de Quebec, existe uma Secretaria da Família, para acompanhar as questões sociais que envolvem as famílias, principalmente as crianças e as pessoas idosas. Os princípios fundamentais do sistema de saúde de Quebec são a universalidade, a assistência integral e o acesso para todos os níveis de cuidados, em todo o território de Quebec. A assistência é feita pelo médico de família, tal qual no Reino Unido. Esse médico de família tem que acompanhar os usuários quando necessário, tanto no consultório como em casa. O médico de família deve exercer também a prática hospitalar. São similares aos de Cuba, docentes e responsáveis pela formação dos residentes em medicina de família. Até 2000, o sistema de Quebec estava passando por diversos cortes orçamentários em função dos seus altos custos, não se podendo avaliar o quanto que essa racionalização do sistema afetará os envolvidos nele futuramente.

## **Cuba**

Em Cuba existe um Sistema de saúde descentralizado, único e de financiamento somente público. É um sistema de saúde que começou com o modelo voltado para a prevenção das doenças, com programas que enfocam os riscos epidemiológicos, combate de epidemias e prevenção de doenças. Assim Cuba conseguiu atingir níveis de indicadores de saúde similares aos países centrais. Isso propiciou a mudança do modelo para um baseado na Promoção da qualidade de vida.

Ao contrário do pensamento hegemônico da América Latina, no início dos anos 80 Cuba optou por implementar o modelo de médico de família, para integrar mais as ações promocionais, preventivas e curativas, impedindo a tendência universal para a especialização e estimulando ações dirigidas para mudança de estilos de vida. A isso, o modelo foi estruturado de forma a ser praticado interdisciplinarmente e intersetorialmente, envolvendo todas as instâncias do sistema nacional de saúde com a definição de estratégias baseadas em diagnóstico epidemiológico local.

Em Cuba todo o médico formado sai apto a fazer parte do programa de médico de família, e sua atuação é reconhecida como especialidade em medicina geral integral. O médico de

família é definido como aquele que atende precocemente o indivíduo e a família, pelo qual é responsável. Este médico também atua nos demais níveis de atenção à saúde, e se mantém sempre atualizado graças ao processo de educação continuada. Então o modelo de medicina de família, que existe enquanto uma especialidade atua integralmente na prática dos serviços e no campo acadêmico, com exercício da docência. Neste modelo a porta de entrada do sistema de saúde é composta por médico e enfermeiro de família, que refere para os maiores níveis de complexidade de forma universal e equânime (D`AGUIAR, op.cit., pp 20).

A rede de serviços foi estruturada de acordo com a área de abrangência, onde há a divisão setorial, onde cerca de 130 famílias constitui um setor. Neste setor foram construídos módulos com um consultório e uma residência para um médico e um enfermeiro, para estreitar vínculo com a comunidade adscrita. Cada grupo entre 15 e 20 participantes entre médicos e enfermeiros constitui um grupo básico de trabalho, que cobre a clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e psicologia, podendo o médico de família ir se especializando na área que escolha. Cada área tem um policlínico para a região urbana ou um hospital para a região rural (D`AGUIAR, op.cit., pp 20).

Dessa forma cada país tem um perfil do médico de generalista ou de família próprio, com os perfis de acordo com as características de cada Sistema de Saúde que pertence a diferentes Estados, com estrutura, história e cultura bastante diferentes, como o sistema de saúde Universal e gratuito de Cuba, os sistemas de saúde Universais, mas não gratuitos do Canadá e do Reino Unido, e sistema de saúde não Universal e não gratuito como o caso dos EUA.

É com essas experiências e conceitos desenvolvidos por estes países que o Ministério da Saúde, elaborou, aprofundou e vem avaliando o Programa de Saúde da Família no Brasil, promovendo inclusive em 2000 um Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família.

### **2.1.3 Experiências Nacionais: Caminhos gerados.**

#### **Os Programas de Agentes Comunitários de saúde e o de Saúde da Família: os modelos de Atenção Básica à Saúde no Brasil.**

São a partir dos conceitos e experiências internacionais de medicina de família e as experiências iniciais no Nordeste e interior do Brasil que o Ministério da Saúde (MS) adotou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família enquanto política Nacional de Atenção Básica à Saúde, que inicia em 1991 a sua primeira etapa de implementação com o PACS, e posteriormente, em 1994, o MS forma as primeiras equipes de PSF, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (M S - Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, 2000).

A seguir será revista, brevemente, a história da Atenção Básica de Saúde no Brasil.

No Brasil os serviços de saúde pública apresentavam-se centralizados pelo governo federal e estadual, em municípios, onde os estados mantinham o sistema de organização sanitária, porém com precário funcionamento da rede de serviços da assistência médica sanitária. A Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) implantou em diversas regiões unidades de saúde, com o intuito de serem devolvidas com o passar do tempo, para a administração local. No entanto isto pouco ocorria, pois estas devoluções eram incompatíveis com a situação econômica – financeira tanto dos estados quanto dos municípios. Em relatório da FSESP de 1961, ela administrava em 13 estados, 206 Postos e 53 sub-postos de saúde, e subsidiava financeiramente outros 7 estados em 80 postos e 9 sub-postos de saúde. Essas unidades médico-sanitárias tinham como principal atividade a prestação dos primeiros socorros de assistência médica resolvendo a maioria dos casos, e encaminhando para centros mais adiantados aqueles de maior gravidade, o levantamento de dados de estatísticas vitais e os primórdios da vigilância epidemiológica. Essa distribuição era desigual no país sendo que as capitais recebiam mais recursos para esses serviços, que outros municípios (3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963).

A atenção básica era voltada para os programas focais de combate às grandes endemias e as imunizações, sendo comum os postos de saúde serem conhecidos como postos de vacinação. Para esses postos recorria a população que estava fora da atenção médica previdenciária, ou seja, a população mais empobrecida.

O modelo de assistência médica sanitária, tecnicista e hospitalocêntrico, já vinha sendo criticado indiretamente já na década de 40, quando no Brasil sentia-se falta da formação de médicos generalistas. Na década de 60, como mencionado anteriormente, foi consagrado no mundo e principalmente nos EUA o Médico de Família, surgindo enquanto opção a orientação especialista e de alto custo que a medicina seguia, sem melhorar os indicadores de saúde. Na década de 60 a crise do setor saúde no Brasil se caracterizava pelo alto custo das ações e pouco impacto, acrescido da baixa cobertura.

No decorrer dos anos 70, com a exclusão de parcelas expressivas da população ao acesso à saúde, as políticas compensatórias foram alternativas utilizadas pelo Estado para dar conta da contradição entre a necessidade de investimentos sociais e os recursos disponíveis. Na saúde dá-se uma coincidência entre a proposta de Alma Ata, em 1978, e a necessidade de expandir a atenção à saúde de baixo custo para a população excluída, principalmente a rural e a da periferia dos centros urbanos, ainda pelo modelo médico-assistencial vigente. Neste momento ocorre um incremento do modelo de atenção primária focada em temas específicos, concebida pela ótica programática vertical, típica das ações de Saúde Pública do nível federal para todo o território Nacional. Essas práticas de Atenção Primária em Saúde, utilizavam tecnologias simples e baratas, oferecidas por pessoal pouco qualificado, sem um fluxo de referência estabelecido para a maior complexidade (MENDES, pp 29, 1993).

Nesse período, no Brasil, a atenção primária foi entendida de forma reducionista, seletiva, utilizando programas de medicina simplificada e estabelecendo estratégia para reduzir mortalidade de grupos de risco. Abrindo-se a partir daí espaços contra-hegemônicos de discussão de que sistema de saúde seria melhor para o Brasil. As escolas de medicina, nos Departamentos de Medicina Preventiva, mesmo as tradicionais, iniciam os cursos de medicina comunitária em Paulínea, na UNICAMP, e em Montes Claros, nas Universidades de Tulane e Norte de Minas.

Foi neste cenário que projetos pilotos de Programas de saúde como o Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha, em Diamantina, iniciado em 1971 e o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de saúde do Norte de Minas, em Montes Claros, em 1975 e no mesmo ano em Caruaru (Pernambuco), foram implantados como alternativas políticas e ideológicas às possibilidades de participação na política do cenário nacional, e também como uma nova forma de trabalhar a atenção a saúde, inclusive a primária. Esses projetos além de

terem fortalecido a direção do Movimento Sanitário Brasileiro, também forjaram o perfil das mudanças das práticas sanitárias. Niterói, Campinas, e outras cidades também apresentaram projetos alternativos de atenção à saúde, que culminaram com as experiências de saúde comunitária que deram origem aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família.

Em resposta a esta situação, na própria década de 70 resgata-se a proposição do movimento municipalista, articulada pelo movimento sanitário na 3<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde (1963), sendo um movimento bem sucedido em alguns municípios Brasileiros como, Campinas, Lajes, Londrina, Niterói, Piracicaba, Porto Nacional, Montes Claros, Diamantina, Caruaru, dentre outros.

Não obstante, a Atenção Básica no Brasil manteve-se sem financiamento adequado e ela era atada aos Programas Verticais do Ministério da Saúde, representando amarras impeditivas da mudança da prática sanitária.

Em suma, desde a declaração de Alma Ata, apesar dos bons resultados obtidos pelos países que implantaram a atenção básica, em países em desenvolvimento esta estratégia recebeu críticas por ter sido usada de maneira reducionista focada para a população marginal. Segundo Starfield (2002) a interpretação que atenção primária é um tratamento direcionado aos pobres acontece devido as enormes adversidades das situações sócio ambientais que influenciam a saúde. Starfield (2002) enfatiza que o acesso aos serviços de saúde influencia positivamente na saúde da população, desde que reduza as diferenças de saúde entre subgrupos populacionais. A atenção primária tem que ser orientada para as necessidades da população, e cada comunidade devem saber de suas necessidades e participar do planejamento dos serviços de saúde para responder às demandas.

Num contexto de Reformas estruturais dos Estados que atingiam frontalmente os sistemas de saúde, em quase todo o mundo, o SUS e suas normas operacionais deram início ao processo de descentralização da gestão do sistema de saúde, onde a saúde da família se tornou uma das principais estratégias de (re) organização dos serviços.

Em 1991 o Ministério da Saúde inicia o processo de implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir das experiências positivas que ocorreram no final da década de 80 nos seguintes estados brasileiros: Ceará, Mato Grosso do Sul e Paraná.

O PACS foi o primeiro programa que enfocou a família como unidade de atenção de saúde, quebrando o paradigma de atenção programática para o indivíduo, bem como introduzindo a prática de prevenção e intervenção em saúde, sem esperar a “procura” das unidades de saúde pelo usuário, reorganizando assim a demanda, sem foca-la apenas na atenção médica (VIANNA & DAL POZ, op.cit., pp 9 – 10).

Como já citado na introdução, o PACS foi uma estratégia de extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas empobrecidas. Apesar do enfoque familiar, ele teve como objetivo central à redução da mortalidade materno-infantil. Foi a partir da experiência do Ceará, que se percebeu que a estratégia extramuro executada pelos agentes contribuía para a organização dos serviços de saúde. Foi assim que o PACS se constituiu no PSF, mostrando-se eficaz, principalmente na descentralização do SUS, em municípios pequenos desprovidos de assistência à saúde, pois além do Agente Comunitário de Saúde o Ministério da Saúde impõe a implementação à existência de condições institucionais mínimas para a gestão de saúde em nível local (VIANNA & DAL PÓZ, op.cit., pp9).

Entre 1994 e 1997, nas áreas cobertas pelos Agentes Comunitários de Saúde, houve redução de 43% da mortalidade infantil. No biênio de 95 a 97, em 900 municípios de risco para a saúde da criança, houve uma queda de 25% nas internações hospitalares. Os resultados que estão sendo apontados por este novo modelo de assistência à saúde mostram que ações que elevem a qualidade de vida do cidadão devam ser os princípios norteadores destes programas (M S – S. EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000).

Frente a esse panorama, visando melhorar e ampliar o atendimento à população, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde da Família como estratégia de reorientação da atenção básica à saúde, a partir de um conjunto de ações conjugadas, em sintonia com os princípios de universalização, descentralização, integralidade, e participação comunitária (M S, 1997).

Nesse espaço da prática de saúde da família, o PSF assume também alguns compromissos importantes, tais como (MS, 2001):

- Entender a *família* e seu espaço social como núcleo básico da abordagem, não mais o indivíduo isoladamente;



- Executar assistência *integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade*;
- Intervir sobre os *fatores de risco e humanizar* as práticas de saúde;
- Criar *vínculos* de compromisso e de *co-responsabilidade* entre os profissionais de saúde e a comunidade;
- Incrementar conhecimentos *interdisciplinares*;
- Desenvolver ações *intersetoriais*, através de parcerias;
- *Democratizar* o conhecimento do processo saúde e doença, da organização do serviço e da *produção social da saúde*;
- Reconhecer a saúde como um *direito de cidadania* e estimular a organização da comunidade para efetivo exercício do *controle social* (M S, A Implantação da Unidade de Saúde da Família, 2000).

A equipe de Saúde da família formada basicamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, vem portanto, com o desafio de pensar a família a partir do seu ambiente físico e social, com uma compreensão ampliada do processo de saúde/doença e de intervenções que vão além das práticas curativas, com perspectiva significativa na promoção da saúde de seus membros, trabalhando assim a unidade familiar e o meio onde ela vive (M S, 2001).

O monitoramento da produção e desempenho das equipes do PSF é realizado através do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (M. S. SIAB, 1998). Este serve para análise e supervisão, possibilitando a orientação de intervenções necessárias (ESCOREL & GIOVANELLA & MENDONÇA, 2001).

## 2.1.4 Origem do PCAS/PSF

### 2.1.4.1 O conceito de saúde e a mudança do paradigma adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil

Entre os séculos XVIII e XIX, algumas vertentes da medicina na Europa já relacionavam à pobreza às enfermidades. No entanto, entre os séculos XIX e XX, com a evolução científica e a descoberta dos micróbios, ficou estabelecida a hegemonia do paradigma biomédico e clínico, utilizando modelos de causalidade (monocausal e multicausal) e a história natural da doença, para explicar a produção e distribuição das doenças.

Esses modelos têm como predomínio o pensamento clínico sobre o processo saúde e doença, localizando a atenção no indivíduo, numa visão simplista de que uma ou várias causas produzem um ou vários efeitos. O conceito de saúde assume uma conotação negativa e é vinculado à inexistência de doença e, conseqüentemente, seqüelas ou morte. A organização dos serviços de saúde ocorre dentro dessa visão e coloca à disposição da população, no máximo, ações preventivas, curativas e de reabilitação. (CARVALHO, et al, op.cit., pp 93-117).

A partir dos anos 70, modelos como os de Dever (1988), referidos no informe de Lalonde (1974), desenvolvem o conceito de Campo de Saúde, que articula o conceito de saúde em quatro dimensões explicativas:

- **Biologia humana:** focaliza os fatores imunológicos, psicológicos, genéticos, etc. com os quais o indivíduo pode contar para a defesa das doenças;
- **Estilos de vida:** derivado tanto das escolhas pessoais como de fatores culturais, no que tange às práticas alimentares, de exercícios físicos, de sexo seguro, de uso de drogas, dentre outros;
- **Meio ambiente:** relação que o homem mantém com este meio, inclusive no seu processo de trabalho;
- **Organização da Assistência à Saúde:** focaliza a eficiência e eficácia dos serviços de saúde, incluindo capacidade tecnológicas, profissionais e difusão do conhecimento;

A mudança do conceito de saúde, tornando-o positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, e suprimindo a falsa dicotomia entre o preventivo e o curativo, reforça a visão da Promoção da Saúde. A saúde passa a ser vista como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal e, para isso, torna-se fundamental a definição e alcance da Qualidade de Vida. Pode-se dizer que saúde é um processo de produção social, que expressa a qualidade de vida como condição de existência dos homens, num viver desimpedido, de modo prazeroso, seja individual ou coletivo. Para tal pressupõe-se assim um bom acesso a bens e serviços econômicos e sociais, portanto a saúde é entendida como um estado condicionado por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais, biológicos, entre outros (MENDES, op.cit.,pp 241).

No entanto, grande parte do paradigma sanitário vigente é o da reforma do ensino médico, provocado pelos estudos de Flexner (1910) do início do século XX. Esses estudos foram baseados no mecanicismo (analogia do corpo à máquina), no biologismo (teoria dos germes e história natural das doenças), no individualismo (exclusão dos aspectos sociais), na especialização (contrapondo à visão holística), na tecnificação (engenharia biomédica) e no curativismo (ênfase nos aspectos curativos) (MENDES, op.cit.,pp 241).

Segundo Mendes (op.cit.,pp 241), para incorporarmos à prática sanitária o conceito ampliado de saúde, seria necessária a mudança deste paradigma para o da Produção Social da Saúde. A Produção Social da Saúde tem como linha de pensamento que "salvo a natureza intocada", tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade. Assim, a produção social abrange a produção de bens e serviços econômicos (tudo o que se cria a partir das capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas organizativas e culturais). A Produção Social da Saúde se pauta em um equilíbrio dinâmico, podendo acumular e "desacumular" parâmetros saudáveis. Ela responde às necessidades de um estado de saúde em constante transformação. Para a construção deste paradigma é fundamental ampliar o campo do conhecimento de maneira interdisciplinar e praticar de forma intersetorial.

Frente a esses conceitos, é necessário sair do que se tem hoje (atenção médica pelo paradigma flexneriano e pela concepção negativa de doença), para uma prática inovadora de saúde: - A vigilância da saúde. O conceito de vigilância da Saúde é referido funciona enquanto instituidor de uma unidade de "inteligência" interdisciplinar para monitorar e

avaliar a situação de saúde podendo observar as condições de vida de diferentes grupos sociais, respondendo de forma organizada aos problemas de saúde, orientando os processos de trabalho mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção (MENDES, op.cit., pp241).

Estas estratégias de intervenção se apresentam em três grandes grupos:

- Promoção da Saúde com ações que visem melhorar as condições de bem estar, dando acesso a serviços e a bens sociais, que permitam o conhecimento e os comportamentos favoráveis ao cuidado e controle da saúde e das condições de vida da população, individual e coletivo (BUSS, P. M., 1999);
- Proteção da Saúde com Prevenção das doenças, acidentes e situações de exposição e risco;
- Recuperação da Saúde com ações curativas e reabilitadoras;

O PACS e o PSF têm, portanto, como objetivo priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, independente da faixa etária, do estado de saúde, sempre de forma integral e contínua (MS, 2000).

### **2.1.5 Breves considerações acerca do Município do Rio de Janeiro: Perfil Epidemiológico.**

Ao analisar os indicadores formais de saúde vistos para a cidade como um todo, percebe-se que os indicadores que mostram tendências de alterações foram o de crescimento da população acima de 65 anos, com crescimento contínuo de 8,3% em 1999 e 2000, chegando já a 9,3 na população de 2001 (Tabelas 2.1, 2.2, 2.3).

Ao longo dos três anos analisados (1999, 2000 e 2001) houve redução dos óbitos infantis, as custas da mortalidade neonatal e pós-natal. Como principais fatores responsáveis por esta tendência pode-se inferir que seja tanto pela ocorrência de melhora no ambiente como pela melhora da atenção à saúde. A queda dos coeficientes de mortalidade se apresentou de forma progressiva, desde 17,5/1000 nascidos vivos em 1999, seguindo por 16,9/1000 NV em 2000 e culminando com 14,9/1000 NV em 2001 (Tabelas 2.1, 2.2, 2.3).

A mortalidade por doenças cardiovasculares se manteve, apesar da ligeira queda em 2000, com uma taxa de 29 % (Tabelas 2.1, 2.2, 2.3).

Quanto aos nascimentos, chama a atenção o percentual de mães adolescentes, que foi praticamente mantida por três anos (Tabelas 2.1, 2.2, 2.3). O nascimento de crianças baixo peso parece ter acompanhado a taxa de mães adolescentes (Tabelas 2.1, 2.2, 2.3).

A taxa de natalidade também apresentou uma queda importante, apresentando médias de 18,2/1000 habitantes em 1999, de 16,6/ 1000 hab em 2000 e de 15,2/1000 hab em 2001, respectivamente (Tabelas 2.1, 2.2, 2.3).

Chama atenção também o aumento dos partos em gestantes sem pré-natal, que pode ter refletido ou uma diminuição da qualidade da atenção básica de saúde da cidade ou um aumento da absorção da população de fora da cidade sem pré-natal, representando progressivamente 5,2% dos partos em 1999, 5,4% dos partos em 2000 e 5,9% dos partos em 2001 (Tabelas 2.1, 2.2 e 2.3).

**Tabela 2.1 - Indicadores de Saúde por Área Programática (AP) no município do Rio de Janeiro, em 1999.**

Indicadores		AP 1	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	TOTAL
<b>Demográficos</b>												
<b>População Total</b>	Nº	270088	635420	349532	818061	541892	918357	608980	632566	525342	291871	5592110
<b>&gt;= 65 anos</b>	%	9,4	14,4	13,6	7,2	9,8	7,5	6	6	5,3	4,6	8,3
<b>Mortalidade</b>												
<b>Óbitos Totais</b>	Nº	3088	5911	3645	6328	5475	8386	4599	5034	4069	2209	49508
	Ccoef.(*)	11,4	9,3	10,4	7,7	10,1	9,1	7,6	8	7,7	7,6	8,9
<b>D. Cardiovascular</b>	Nº	984	2051	1224	1827	1630	2433	1418	1320	1110	612	14777
	%	31,9	34,7	33,6	28,9	29,8	29	30,8	26,2	27,3	27,7	29,8
<b>Óbitos Infantis</b>	Nº	115	93	61	276	155	307	186	210	210	128	1786
	Coef.(**)	19,2	12,6	12,3	19,3	17,5	17,9	15,9	17,8	17,4	19	17,5
<b>Mortalidade Neonatal</b>	Nº	74	62	38	184	98	210	120	146	140	79	1186
	Coef.(**)	12,4	8,4	7,7	12,8	11	12,3	10,2	12,3	11,6	11,7	11,6
<b>Mortalidade Pós-Neonatal</b>	Nº	41	31	23	92	57	97	66	64	70	49	600
	Coef.(**)	6,9	4,2	4,7	6,4	6,4	5,7	5,6	5,4	5,8	7,3	5,9
<b>Mortalidade Materna</b>	Nº	4	0	7	7	3	10	5	6	5	7	57
	Coef.(***)	66,9	0	141,5	48,8	33,8	58,4	42,7	50,8	41,5	103,8	55,9
<b>Nascidos Vivos</b>		<b>AP 1</b>	<b>AP 2.1</b>	<b>AP 2.2</b>	<b>AP 3.1</b>	<b>AP 3.2</b>	<b>AP 3.3</b>	<b>AP 4</b>	<b>AP 5.1</b>	<b>AP 5.2</b>	<b>AP 5.3</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Número</b>	Nº	5979	7363	4946	14334	8870	17131	11711	11822	12039	6745	101916
<b>Coef.Natalidade</b>	(*)	22,1	11,6	14,2	17,5	16,4	18,7	19,2	18,7	22,9	23,1	18,2
<b>Mães Adolescentes</b>	%	21,5	12,9	14,2	21,8	19,4	20,2	17,7	21,2	20,6	23,3	19,7
<b>Baixo Peso</b>	%	12,5	9,3	9,6	10,8	9,2	9,2	9,4	9	8,7	10,1	9,7
<b>Sem pré-natal</b>	%	3,9	1,6	2,6	4,2	4	5,1	2,4	8	9,5	9,5	5,2
<b>Cobertura do SUS</b>	%	81,3	51,9	51,3	78,3	67,8	75,1	68	79,9	79,6	86,5	74,1

(\*) Coeficientes por 1000 habitantes

(\*\*) Coeficientes por 1000 nascidos vivos

(\*\*\*) Coeficiente por 100 mil nascidos vivos

A coluna do TOTAL inclui dados de AP ignorada população de 1999 estimada pela SMS da cidade do Rio de Janeiro

**Tabela 2.2 - Indicadores de Saúde por Área Programática no município do Rio de Janeiro, em 2000.**

Indicadores		AP 1	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	TOTAL
<b>Demográficos</b>												
<b>População Total</b>	n°	268942	629564	366567	859832	564835	927915	680895	658968	583276	311120	5851914
>= 65 anos	%	9,4	14,4	13,6	7,2	9,8	7,5	6,0	6,0	5,3	4,6	8,3
<b>Favelas e loteam/s irregulares</b>	%	30,6	14,4	13,0	34,6	17,3	17,3	18,5	15,3	31,8	15,2	20,9
<b>Mortalidade</b>												
<b>Óbitos Totais</b>	n°	3028	5809	3701	6001	5328	8444	4487	5115	3841	2074	48208
	coef.(*)	11,3	9,2	10,1	7,0	9,4	9,1	6,6	7,8	6,6	6,7	8,2
<b>D.Cardiovascular</b>	n°	894	1909	1291	1771	1570	2433	1337	1260	991	519	14059
	(%)	29,5	32,9	34,9	29,5	29,5	28,8	29,8	24,6	25,8	25,0	29,2
<b>Óbitos Infantis</b>	n°	120	92	61	219	126	261	188	219	192	137	1637
	coef.(**)	21,0	12,7	13,4	17,2	15,3	16,4	15,8	19,5	17,1	20,7	16,9
<b>Mortalidade Neonatal</b>	n°	85	66	43	135	79	164	123	163	129	89	1093
	coef.(**)	14,9	9,1	9,5	10,6	9,6	10,3	10,4	14,5	11,5	13,4	11,3
<b>Mortalidade Pós-Neonatal</b>	n°	35	26	18	84	47	97	65	56	63	48	544
	coef.(**)	6,1	3,6	4,0	6,6	5,7	6,1	5,5	5,0	5,6	7,2	5,6
<b>Mortalidade Materna</b>	n°	2	3		7	4	10	6	10	2	4	48
	coef.(***)	35,1	41,6	0,0	55,0	48,4	62,7	50,6	89,2	17,8	60,3	49,6
<b>Nascidos Vivos</b>												
<b>Número</b>	n°	5702	7218	4545	12729	8260	15948	11867	11210	11259	6634	96699
<b>Coef.Natalidade</b>	(*)	21,2	11,5	12,4	14,8	14,6	17,2	17,4	17,0	19,3	21,3	16,5
<b>Mães Adolescentes</b>	%	21,6	11,9	15	21,5	18,8	20,3	17,4	21,7	20,2	23,7	19,6
<b>Baixo Peso</b>	%	10,8	8,5	8,5	9,4	9,3	10,1	8,7	9,2	9,2	9,3	9,3
<b>Cesareanas</b>	%	42,1	55,5	56,6	44,2	49,2	46,1	49,0	50,1	47,0	40,1	47,5
<b>Sem pré-natal</b>	%	5,1	2,2	2,3	4,6	3,8	5,5	4,0	7,3	9,1	9,7	5,4
<b>Cobertura do SUS</b>	%	80,8	51,3	52,2	78,0	67,5	74,1	65,3	78,4	79,1	87,1	69,8

(\*) Coeficientes por 1000 habitantes

(\*) Coeficientes por 1000 nascidos vivos

(\*\*) Coeficiente por 100 mil nascidos vivos

(\*\*) Coeficiente por 1000 nascimentos totais

A coluna do TOTAL inclui dados de AP ignorada

Dados de população censo 2000 Fonte IBGE

**Tabela 2.3 - Indicadores de Saúde por Área Programática no município do Rio de Janeiro, em 2001**

Indicadores Demográficos		AP 1	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	TOTAL
<b>População Total</b>	n°	264 968	630 730	364 928	865 643	562 884	933 634	707 028	668 144	605 558	319 035	5 922 576
<b>&gt;= 65 anos</b>	%	10,2	16	15,2	8,5	10,8	8,9	7,1	7	6	5,4	9,3
<b>Mortalidade Óbitos Totais</b>	n°	2964	5890	3690	6345	5341	8450	4730	5114	4060	2170	49000
	Coef.(*)	11,2	9,3	10,1	7,3	9,5	9,1	6,7	7,7	6,7	6,8	8,3
<b>D.Cardiovascular</b>	N°	851	1931	1267	1815	1672	2413	1381	1249	1010	579	14237
	%	28,7	32,8	34,3	28,6	31,3	28,6	29,2	24,4	24,9	26,7	29,1
<b>Óbitos Infantis</b>	n°	96	92	45	186	113	214	142	174	157	114	1340
	Coef.**	18	14,1	10,5	14,7	14,6	14,7	12,2	17,4	14,7	18,9	14,9
<b>Mortalidade Neonatal</b>	N°	66	67	35	126	76	141	96	118	99	82	909
	Coef. **	12,4	10,2	8,1	9,9	9,8	9,7	8,2	11,8	9,3	13,6	10,1
<b>Mortalidade Pós-natal</b>	n°	30	25	10	60	37	73	46	56	58	32	431
	Coef (**)	5,6	3,8	2,3	4,7	4,8	5	3,9	5,6	5,4	5,3	4,8
<b>Mortalidade Materna</b>	n°	4	5	1	7	5	13	5	4	9	2	55
	Coe (***)	74,9	76,5	23,2	55,2	64,4	89,5	42,9	40	84,4	33,2	61
<b>Nascidos Vivos</b>		<b>AP 1</b>	<b>AP 2.1</b>	<b>AP 2.2</b>	<b>AP 3.1</b>	<b>AP 3.2</b>	<b>AP 3.3</b>	<b>AP 4</b>	<b>AP 5.1</b>	<b>AP 5.2</b>	<b>AP 5.3</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Número</b>	N°	5339	6538	4304	12674	7762	14521	11659	10000	10666	6025	90213
<b>Coef.Natalidade</b>	(*)	20,1	10,4	11,8	14,6	13,8	15,6	16,5	15	17,6	18,9	15,2
<b>Mães Adolescentes</b>	%	21,8	12,2	13,9	20,7	18,9	20,3	16,7	21,1	20,4	23,6	19,3
<b>Baixo Peso</b>	%	10	9,2	9,5	9,6	9,5	9,7	9,1	9,3	8,8	10,3	9,5
<b>Sem pré-natal</b>	%	5,3	2,5	2,3	5	4	6,1	5,6	8,9	7,8	8,1	5,9

Fonte: Gie/Coe/Ssc/Sms-Rj

Dados Sujeitos A Revisão

(\*) Coeficientes por 1000 habitantes

(\*\*) Coeficientes por 1000 nascidos vivos

(\*\*\*) Coeficiente por 100 mil nascidos vivos

A coluna do TOTAL inclui dados de AP ignorada

Dados de população - projeção populacional do Instituto Pereira Passos a partir do censo 2000/IBGE

Obs: O somatório da população de cada AP apresenta uma diferença de 24 pessoas em relação ao total do Município

Os indicadores de saúde tradicionais do município não revelam com muita clareza como está sendo a atenção básica em saúde na cidade pormenorizada.

Procurou-se então, analisar cada uma das cinco comunidades onde estas nove ESF, foram instaladas para começar um trabalho inovador e sem muita infra-estrutura, conforme já mencionado no histórico do PSF do município do Rio de Janeiro.

Os diagnósticos de Saúde das comunidades foram baseados nos cadastramentos realizados nas comunidades através de uma ficha A do SIAB, modificada pelo Núcleo de Saúde das Comunidades (NSC) da SMS em 1999, objetivando contemplar melhores informações da população atendida (Anexo 2).



Vale ressaltar que nem todas as comunidades estudadas apresentaram os dados cadastrados da mesma forma, explicando assim as diferenças na apresentação e escolhas de alguns dados em comum nos relatórios. Esse cadastramento não foi digitado pelo SIAB, o qual só foi introduzido no PSF da cidade do Rio de Janeiro no início de 2001.

### **2.1.6 Contextualização do PACS/PSF no Município do Rio de Janeiro**

Como já apontado o Sistema de Saúde Brasileiro ainda é perverso e desigual, principalmente no que tange o acesso. Apenas parte da população consegue o acesso à assistência secundária e terciária, com procedimentos de médio e alto nível tecnológico, enquanto um grande número ainda não dispõe ao acesso nem à assistência primária (CAZELLI et al, 2002).

No caso da cidade do Rio de Janeiro, em 1998, onde os serviços de saúde, geralmente estão mal distribuídos e muitas vezes com baixa resolutividade, a maioria das Unidades de Saúde da cidade, ainda apresentavam altas prevalências de abandono do Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial, bem como a baixa captação de gestantes no 1º. Trimestre (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2001).

Os serviços de saúde do município do Rio de Janeiro ainda são oferecidos ou de forma aleatória, com a concentração em determinados bairros privilegiados da cidade, como o Centro e Zona Sul (Tabela 2.4) ou segundo uma distribuição que segue as divisões regionais oficiais da Prefeitura, sem um diagnóstico prévio das demandas da população (seja epidemiológico, demográfico ou sócio-econômico), gerando vazios assistenciais. Também na cidade do Rio de Janeiro, esses serviços não trabalham com a participação comunitária na eleição de prioridades, gerência das ações e ordenação dos gastos (gestão participativa), apesar da crescente presença da população organizada através do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Distritais (Relatório anual do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2001). Assim a prática sanitária vigente acaba por oferecer uma política de “cobertor curto”, enfatizando mais a assistência médica, ainda centrada em hospitais (hospitalocêntrica) e tecnicista, que objetiva tratar apenas a doença (MENDES, op.cit., pp 241).

Os grandes centros urbanos como Rio de Janeiro e São Paulo detêm maior quantidade de serviços especializados de saúde, enquanto os municípios menores e as regiões rurais ficam à

mercê da própria sorte. Isto vem gerando, nesses municípios e em similares, o surgimento da “política da ambulância”. Ou seja, os pequenos e até médios municípios ao invés de organizarem um sistema próprio de saúde, através de negociações por microrregiões nas PPI – Programação Pactuada Integrada (COSEMS – RJ, 1999) investem em transportes para a remoção dos doentes para os municípios maiores, sem arcar com o ônus dos serviços prestados. Essa situação é especificamente tratada na NOAS 2001, que articula a organização dos municípios. Este panorama de acesso “não universal e não equânime”, se reflete nas emergências dos grandes hospitais das metrópoles, como no Rio de Janeiro, sempre lotados de casos, na sua maioria, de resolução ambulatorial ou de situações que chegaram ao extremo por falta da promoção e proteção à saúde.

**Tabela 2.4 Distribuição de unidades Hospitalares, segundo categoria de vinculação com o SUS, no município do Rio de Janeiro, 1998.**

Coordenação de Área Programática	Hospita l Geral	Hospital Geral	Hospital Especialidade	de Hospital Especialidade	de Hospital Especialidade	de Maternidade SMS*	Maternidade Outros**	TOTAL
	SMS*	Outros**	SMS*	Outros**	SMS*	Outros**		
Ap1 (Centro)	1	8	2		18	2	1	32
Ap2.1 (Zona Sul)	2	4	0		9	0	1	16
Ap2.2 (Tijuca)	0	5	2		4	0	0	11
Ap3.1 (Ramos)	1	4	1		5	0	0	11
Ap3.2 (Engenho da Rainha)	1	1	0		5	1	0	8
Ap3.3 (Guadalupe)	0	1	0		2	2	1	6
Ap4 (Jacarepaguá)	1	2	1		9	1	1	15
Ap 5.1 (Bangu)	0	3	0		3	0	1	7
Ap 5.2 (Campo Grande)	0	1	0		1	0	0	2
Ap 5.3 (Santa Cruz)	0	1	0		2	0	0	3
TOTAL	6	30	6		58	6	5	111

Fonte: Plano Operacional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Superintendência de Saúde Coletiva, para o biênio 1999/2000.

\* Secretaria Municipal de Saúde

\*\* Outros: Outros prestadores de serviços de saúde ao SUS: Federal, Estadual, Universitário, Filantrópico e Particular.

Sendo assim, como já mencionado somente a existência do SUS em forma de Leis Orgânicas, não garantiram a sua aplicação, e mesmo após a elaboração das Normas Operacionais Básicas, está sendo necessário um desejo político muito grande para que ele seja incrementado a implementado. Neste contexto, o Programa de Saúde da Família vem sendo preconizado pelo próprio Ministério da Saúde como o propulsor da organização da demanda e o incrementador da mudança da prática sanitária, conforme afirma Mendes (op.cit., pp 241).

O Programa de Saúde da Família é um programa que tem como característica ser também um serviço. Ou seja, é um Programa normativo que objetiva cuidar de populações alvo segundo uma série de normas e atividades a serem seguidas, como qualquer Programa de Saúde do Ministério da Saúde (MS). Mas também tem que ser um serviço semelhante a uma Unidade de Atenção Básica de Saúde (ABS) tradicional, na qual vários programas são administrada num espaço físico comum, com uma equipe maior e mais diversificada, levando mais em consideração a agravos padronizados por ações programáticas verticais. Esta é a prática do modelo de atenção básica vigente, vejamos como exemplo um Centro Municipal de Saúde que fica na Zona Central da cidade do Rio de Janeiro, onde o trabalhador frequenta com intensidade. Segundo os relatórios de Programas, no ano de 2001 foram realizados 19.016 atendimentos gerais no setor da Clínica Médica, sendo que 6.874 atendimentos foram somente para a Hipertensão Arterial e o Diabetes, representando 51,2% do total dos atendimentos neste mesmo setor, estando de acordo com os indicadores de prevalência esperados pelas Coordenações dos Programas de Hipertensão e de Diabetes. No ano de 2002 a situação foi similar tendo sido realizados 19.428 atendimentos gerais no setor da Clínica Médica, e desses, 10.260 atendimentos foram somente para a Hipertensão Arterial e o Diabetes, representando 53,3% do total dos atendimentos.

Tal situação nos leva a enfrentar o primeiro paradoxo, pois nos moldes atuais não existe uma Unidade Básica de Saúde do Programa de Saúde da Mulher, ou da Criança, ou até dos Programas de Prevenção e Controle de Agravos como os da Tuberculose, SIDA, ou mesmo os Programas de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino ou da Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial. Na verdade o PSF tem que realizar todos estes programas, que são representantes do modelo de prática sanitária vigente e apontar para uma mudança desta prática, com Gestão Participativa e Vigilância da Saúde (holosistêmica) (MS 1997), praticando a vigilância epidemiológica e por vezes sanitária, atendendo acidentes de trabalho (MS 1997), ao mesmo tempo gerir administrativamente o espaço físico, sem pessoal específico para tanto.

O PSF é, portanto, um serviço. Serviço este que não é só médico, mas se volta com muita ênfase para a assistência médica, apesar da inclusão inovadora do Agente Comunitário de Saúde e da ação dos profissionais de enfermagem.

Como já afirmei as contradições estruturais criadas entre o modelo apresentado como novo (PSF) e o já existente, Atenção Básica dos postos de saúde tradicionais, confrontam-se com a

proposta de modelo alternativo da prática sanitária preconizada pelo Ministério da Saúde, tais como a Vigilância da Saúde e a Gestão Participativa (MS, PSF - 1997). Estes modelos alternativos considerados impulsores da Promoção da Saúde, têm como um dos principais pressupostos a existência de equipes interdisciplinares que, no entanto, limita-se ao campo da intersetorialidade, não percebendo que a interdisciplinaridade existente no setor da saúde (*intra-setorialidade*). O MS quando sugere enquanto equipe mínima 1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Auxiliar de Enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde, está sugerindo uma ESF mínima, seca, para situações onde nada há. Esta sugestão de equipe mínima geralmente induz a adoção deste limite enquanto padrão, pelos gestores municipais, significando para alguns municípios um retrocesso na atenção básica.

Outro problema bastante atual, relacionado à categoria médica, é que além de se sentir e ser considerada o ponto central do atendimento à saúde, hoje está em plena luta pela definição jurídica do “Ato Médico”, onde só esta categoria pode solicitar exames, prescrever medicações, solicitar pareceres e determinar qualquer conduta terapêutica. Esta prerrogativa praticamente anula a consulta de enfermagem que é tão importante na diversidade e, por conseguinte no aumento da qualidade da assistência prestada.

O PSF do Rio de Janeiro mesmo tentando alguns espaços inovadores também se ateu a esta equipe mínima, introduzindo em 1999 pontualmente um assistente social, uma equipe de odontologia, composta de 1 Odontólogo, 1 Técnico de Higiene Dental (THD) 1 Atendente de Consultório Dental (ACD), e dois Sanitaristas.

No momento dessa pesquisa, a Coordenação de Saúde das Comunidades aponta para a implementação em massa do PSF no sentido de complementar o que hoje já existe em termos de atenção básica no Rio de Janeiro.

Aqui deixa-se claro que o aumento da população acessando aos cuidados de saúde também aumentará a demanda para serviços mais especializados. Este representa um “nó” crítico que precisa ser encarado na implementação do SUS na cidade do Rio de Janeiro

## 2.2 Avaliação na Prática da Saúde

Na nossa vida cotidiana estamos avaliando a todo o momento. São avaliações que têm um grande peso de subjetividade, realizadas com informações insuficientes, mediante a reflexões assimétricas e tendenciosas.

Como será visto avaliação tem vários conceitos e concepções, sendo que abordaremos algumas para clarificar a definição que norteará esta pesquisa.

Segundo Franco (1971), “avaliar é fixar o valor de uma coisa; para ser feita se requer um procedimento mediante o qual se compara aquilo a ser avaliado com um critério ou padrão determinado”. Outra definição é aquela que defende ser um ramo da ciência que analisa a eficiência (MUSTO, 1975). Já para Weiss (1982) a pesquisa avaliativa deve ter como objetivo a comparação dos efeitos de metas propostas e as alcançadas por um programa, de maneira que contribua para a tomada de decisões subsequentes com o intuito de melhorar a programação futura. A avaliação também poderia medir até que ponto o programa alcança os seus objetivos (BANNERS & DOCTORS & GORDON, 1975).

A definição de 1981 da OMS caracteriza a avaliação como *“um meio sistemático de aprender empiricamente e de analisar as relações aprendidas para o melhoramento das atividades em curso e para o fomento de um planejamento mais satisfatório mediante uma seleção entre distintas possibilidades de ação futura, levando a uma análise crítica dos diferentes aspectos do estabelecimento e da execução de um programa e das atividades que constituem o programa, sua pertinência, eficiência e eficácia, custo e aceitabilidade das partes interessadas”*.

A avaliação foi também definida como o processo orientado a determinar sistemática e objetivamente a pertinência, eficiência, eficácia e impacto de todas as atividades à luz de seus objetivos. Trata-se de um processo organizativo para melhorar as atividades ainda em marcha e ajudar a administração no planejamento, programação e futuras tomadas de decisões.

A FAO em 1984 define que “avaliação é uma análise crítica das realizações e resultados de um projeto em relação com os objetivos previstos, as suposições e estratégias fundamentais, e a destinação de recursos”.

Na progressividade dos conceitos temos “que a avaliação é uma atividade que tem como objetivo maximizar a eficácia dos programas na obtenção de seus fins e a eficiência na alocação de recursos para a consecução dos mesmos” (COHEN & FRANCO, 2000).

Avaliação é uma metodologia que envolve um juízo de valores, por isso ela não pode ser encarada como uma simples técnica. Sendo assim requer do avaliador um conjunto de princípios para a utilização adequada dos instrumentos avaliativos para não confundir as opções pessoais com os resultados da pesquisa (ARRETCHE, 1999).

A Pesquisa Avaliativa enfatiza a objetividade, a suficiência de informação e a utilização de métodos rigorosos para atingir resultados válidos (Avaliação Formal), diferentes da nossa vida cotidiana, onde avaliamos mais com a subjetividade, com informações insuficientes, mediante a reflexões assimétricas e tendenciosas (Avaliação Informal).

Como citado na introdução, devido ao desenvolvimento tecnológico a expansão dos serviços de saúde e da prática médica, em meado do século passado a avaliação em saúde teve seu marco inicial enquanto investigação científica. Neste contexto, com a crescente responsabilidade dos governos no financiamento da atenção à saúde, houve necessidade de se obter maior conhecimento da organização dos serviços de saúde e no que tange sua eficácia, eficiência e efetividade quanto às intervenções (NEMES, op.cit., pp 7).

Nos anos 70 a Avaliação em Saúde se impôs, pois frente à diminuição do crescimento econômico, como já citado, o papel do Estado como financiador exigia um controle de custos nos sistemas de saúde, sem, no entanto ser questionado o acesso aos serviços garantido a todos. Devido ao caráter complexo do sistema de saúde, onde não existe uma relação direta entre problemas e intervenções para soluçona-los e ainda, com a transição demográfica já citada anteriormente, levando ao um crescimento e envelhecimento da população, e o rápido e custoso desenvolvimento tecnológico, a avaliação parecia ser a melhor solução. Desde então a avaliação é prestigiada nos países centrais, como o Canadá, EUA, França, Austrália, entre outros, onde tiveram início os processos de avaliação tecnológica (CONTANDRIOPOULOS et al, 2000).

A avaliação em saúde enquanto campo científico, com limites pouco precisos, teve sua meta desenvolvida a partir da necessidade de se ter maior conhecimento a cerca de várias

formas de organização, levando em conta a eficácia, efetividade, eficiência das intervenções em saúde (NEMES, op.cit., pp7).

Entre os anos 60 e 70 as vertentes que estudavam a avaliação em saúde eram voltadas para três áreas: de Tecnologia, definida como segurança, efetividade e custo das tecnologias de produto ou de processo; de Qualidade, definida como serviços de assistência, principalmente médica; e de Programa, definida como conjuntos de atividades para populações alvo.

Compatível assim, com contextos históricos dos países de origem (países centrais), a Avaliação em Saúde que vem se desenvolvendo, principalmente nos EUA, é a mais realizada, acadêmica e institucionalmente, se tornando uma tendência internacional (NEMES, op.cit., pp 7).

Como já citado na introdução, apesar de alguns determinantes históricos serem os mesmos, o momento em que a Avaliação em Saúde começou a ser valorizada no Brasil foi em contextos distintos.

Segundo Aguillar & Ander-Egg (1994), a avaliação não é uma atividade por si só. Ela deve fazer parte de um processo de planejamento que possa gerar informação para escolher entre diversos caminhos, de acordo com sua eficácia e eficiência. Assim, ao utilizar o conceito de avaliação pretendo também verificar o cumprimento dos objetivos e metas prévios.

Na dimensão dos sistemas e serviços de saúde, a avaliação é parte fundamental no planejamento e gestão, em todos os níveis. Ela tem como objetivo a reordenação da prestação de serviços de saúde, de forma a contemplar as necessidades da população. No entanto no Brasil, a avaliação em saúde ainda é pouco praticada, por dificuldades financeiras, metodológicas e por falta de vontade política. Além disso, o pouco planejamento do setor público de saúde e uma tendência de praticar avaliação em cima do desempenho pessoal, dificultam ainda mais a implantação desse processo nos serviços públicos (OLIVEIRA, 1996).

Já Nemes (op.cit., pp 8) afirma que as práticas dos serviços de saúde no Brasil raramente dão importância à etapa de avaliação dos Programas e Projetos, provavelmente por conta de determinantes contextuais da origem da Avaliação em Saúde enquanto um campo

científico. Novaes (op.cit., pp 28), afirma que as vertentes de avaliação internacionais representam no Brasil idéias alienígenas, que precisam de re - interpretação para uma adequada incorporação.

A não utilização orgânica-prática da avaliação de saúde ainda é uma tendência muito forte entre os nossos gestores de saúde. No entanto, nos últimos tempos, principalmente após a normalização do SUS, a academia e os serviços vêm iniciando um processo, ainda incipiente de estabelecimento de política de avaliação na Área de Saúde.

As práticas dos serviços de saúde no Brasil raramente dão importância a etapa de avaliação dos Programas e Projetos, provavelmente por conta de determinantes contextuais da origem da Avaliação em Saúde enquanto um campo científico (NEMES, op.cit., pp 8).

No Brasil a Avaliação em Saúde tem sua ascensão com as Leis Orgânicas do SUS (Leis 8080 e 8142) e suas Normas Operacionais (NOB 91, NOB 93, NOB 96 e NOAS 2001), onde foram incorporados diversos itens referentes às atividades de controle e avaliação dos sistemas e serviços de saúde, de competência dos três níveis (federal, estadual e municipal). A avaliação aí deve ser parte de um processo que integra a adequação dos serviços à peculiaridade local, na perspectiva de descentralização e regionalização dos serviços. No que tange os programas, a avaliação é feita sobre uma atividade, um recurso ou um resultado, no âmbito das três dimensões de: Estrutura, Processo e Impacto (Resultado). Os formuladores e gestores das práticas de saúde assumem então a Avaliação como estratégia a ser utilizada para melhorar a eficiência e eficácia das ações no setor da Saúde, através dos discursos e posteriormente como necessidade na prática para execução das normas e pactos institucionais, principalmente na área de Programas e Serviços de Saúde. Como já citado na introdução, a Avaliação em Saúde é um fato que é pouco incorporado na sistemática dos Serviços de Saúde, sendo ainda hoje incipiente no Brasil.

A questão a ser avaliada está intrinsecamente ligada à relação entre o produto oferecido e sua utilidade (resultado), que é intermediada por vários fenômenos sociais, envolvendo desde perspectivas individuais e coletivas, até aspectos políticos, econômicos e culturais, concentrando assim a maior parte dos problemas metodológicos da avaliação.

Na linha da avaliação da qualidade, Avedis Donabedian (1980) afirma que a primeira função da avaliação é determinar o valor do êxito na consecução de um objetivo



determinado. Foi a partir das dimensões de Estrutura, Processos e Resultados, que se desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde fazendo um paralelo com as noções da Teoria Geral de Sistemas. Apesar de uma visão muito estreitada na assistência médica, podemos daí depreender diferentes dimensões no desenvolvimento de um programa através das quais possamos delinear caminhos para a avaliação, desde os recursos, passando pelas ações na tentativa de relacionar o resultado observado ao programa ou serviço implantado. Numa visão centrada na atividade médica, Donabedian (1990) estabelece as relações entre a qualidade e as dimensões do conhecimento técnico, das relações interpessoais e das condições de conforto e estética das instalações (hotelaria), que devem ser analisadas através do enfoque dos “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. As visões de avaliação de qualidade de Donabedian (1990) se relacionam com a avaliação de implantação no que tange a facilitação da implantação de um programa.

Neste sentido, pode-se pensar na Avaliação da Qualidade em Saúde como um dos enfoques a ser analisado na implementação do Programa de Saúde de Família.

No entanto, no que tange a avaliação de efetividade, feita através do exame entre a implementação de um programa e seus resultados, inclusive impactos, tem como sua maior dificuldade a ligação causal das intervenções aos resultados. Por esta razão estudos confiáveis sobre a efetividade dos programas são muito raros (ARRETICHE, 1999).

Já a avaliação da eficácia é a mais aplicada, por ser a mais facilmente exequível. Nela é medida a relação entre as metas anunciadas do programa e as alcançadas dependem da qualidade da informação. Arretiche (1999) afirma que a avaliação de eficácia pode refletir o processo e a adequação do programa, exigindo para tal pesquisa de campo capaz de reconstituir a implementação, se ex-post, ou de acompanhar o seu processo, se ex-ants, garantindo a qualidade da informação.

Quanto à avaliação de eficiência, que mede a relação do esforço empregado na implementação e os resultados alcançados, vem como um método altamente preconizado, nos últimos tempos, de acordo com a necessidade de maior racionalização dos gastos, principalmente os públicos, no intuito de ser um instrumento que pressiona para tornar mais

eficiente a prestação de serviços, sem aumentar os gastos. Isso ocorre tanto devido ao limite e/ou à falta de antigos e novos recursos necessários para a cobertura de uma população gigantesca por programas sociais, no Brasil. A eficiência aqui segundo Arretche (1999), pode ser um processo democrático, pelo qual se poderia gastar com propriedade os recursos públicos de acordo com os princípios da equidade.

Segundo Aguilar & Ander-Egg (1994), os tipos de avaliação existentes são mais bem entendidos de acordo com o aspecto ou a natureza do programa. O momento mais oportuno para fazer a avaliação definirá seu tipo, isto é, na fase de formulação do programa, teremos o tipo ex-ante, contendo avaliação do plano e conceituação do programa, com avaliação do estudo-pesquisa, do diagnóstico, da concepção e do plano de programa.

Já durante a execução de um programa é a hora da avaliação da instrumentação e segmento do programa, também chamada de *avaliação de processo*. Este tipo é quando se realiza a avaliação de implementação, observando a estrutura, o rendimento do pessoal, a cobertura, e o ambiente organizacional.

Por último temos a avaliação ex-post, que é aquela feita quando o programa já está funcionando por longo tempo ou terminou. Ela trabalha com a eficácia e eficiência do programa, também chamada de *avaliação de efeitos ou resultados*. Neste momento pode-se avaliar os resultados quanto à eficácia ou a efetividade, o impacto e a eficiência (rentabilidades econômica) do programa.

Segundo Portela (2000), a Avaliação em Saúde pressupõe:

- Seleção de problemas relevantes e sensíveis às medidas de ação (Intervenção, Programa);
- Medição dos atributos de solução pertinentes ao Programa;
- Julgamento e comparação do comportamento destes atributos;
- Alimentação dos processos de análise de condução (monitoramento);

No campo da saúde a avaliação é útil se for usada para melhorar um programa ou um serviço, modificando-os quando for preciso, ou seja, para tomadas de decisões corretas.

No âmbito das políticas públicas, a avaliação deveria ser um dos principais instrumentos de controle social da ação governamental nos gastos públicos. Ela também serviria para a regulação, por parte dos governos e agências estatais, de execução de políticas públicas. No entanto as avaliações políticas apresentam dificuldades em isolar as variáveis relevantes, obter as informações adequadas e estabelecer a relação causal entre os programas e os resultados (ARRETCHE, 1999).

Ressalto que de acordo com o já citado na introdução, tanto nos países centrais e como no Brasil a Avaliação em Saúde é principalmente focada nas questões ditas mais “técnicas” dos serviços e programas, sem enfatizar as questões mais “políticas”, como as de planejamento e de políticas institucionais.

Em função desta realidade tratarei a Avaliação em Saúde no Programa de Saúde da Família (PSF), na perspectiva de Programas e Serviços de Saúde.

Apesar desta pesquisa ter como proposta avaliar o momento da implementação do Programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, enquanto um programa da Secretaria Municipal de Saúde, as diretrizes e princípios básicos do Programa de Saúde da Família comportam dimensões das Avaliações de Serviço, de Programa e de Política Pública.

Para a avaliação de uma política pública, como o Programa de Saúde da Família é necessário o estudo do processo de implementação (PEREZ, 1999). Este processo é uma ação dinâmica, a ser acompanhada permanentemente por um monitoramento, que deverá ser considerado sob a ótica de tempos distintos: inicial, intermediário e final.

O desenvolvimento dos estudos do processo de implementação mostra a preocupação em superar as dificuldades quanto à eficácia e desempenho alcançados pelos programas, que relacionam objetivos/metasp das políticas com resultados dos mesmos (ARRETCHE, 1999).

Para efetuar uma boa política de Saúde são necessários esforços conceituais e experiências com vistas à elaboração de metodologias que possibilitem avaliação da eficiência e da eficácia social das políticas públicas. Essas reflexões têm como objetivo sistematizar algumas propostas para a avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em grandes cidades (BELLONI & MAGALHÃES & SOUZA &, 2001).

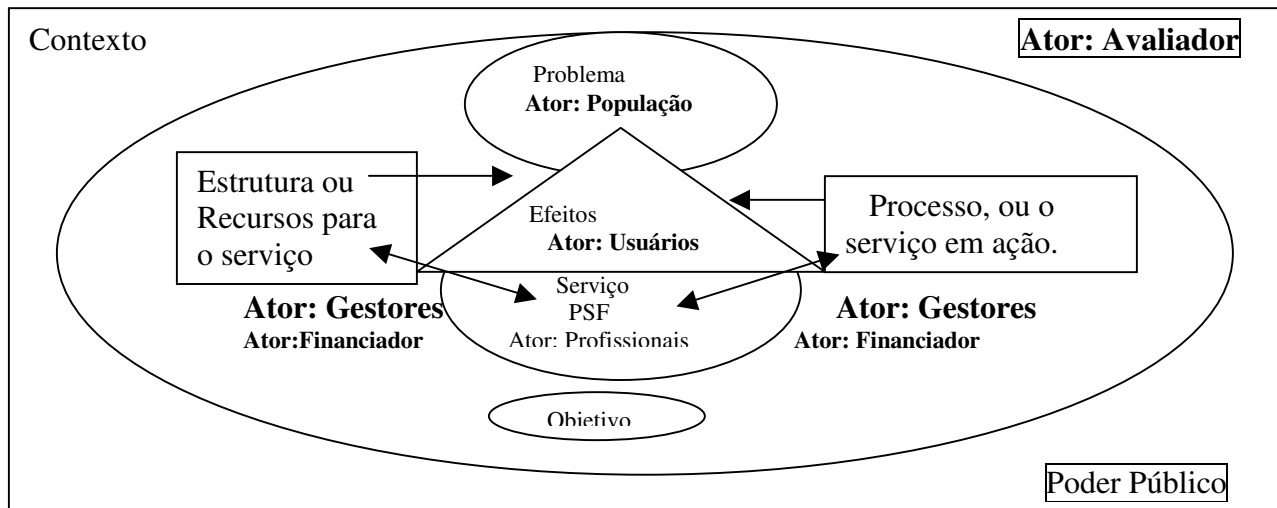
Segundo Starfield (2002) a avaliação do PSF deve ser focada na pessoa e na população não doente. As medidas de avaliação não devem ser restritas doenças específicas, devendo-se usar indicadores de incapacidade funcional, por exemplo.

A pesquisa avaliativa que aqui será desenvolvida foi baseada na elaboração de procedimentos científicos, tentando examinar a intervenção (PSF), por esse procedimento, contextualizando e analisando os diferentes componentes da intervenção, segundo diferentes prismas.

Relembrando a citação da introdução, a avaliação das intervenções, desenvolvida basicamente entre as décadas de 60 e 70, nos EUA, foi para Programas Sociais em educação, moradia, garantia de cuidados médicos e pensões para a população de baixa renda, dentre outros. Como já citado, as avaliações de intervenções baseiam-se nos efeitos (impactos) produzidos pelas intervenções dos Programas, decidindo pela sua continuidade ou interrupção, apoiando o modelo da caixa preta, onde a intervenção é tratada como uma variável dicotômica, ou seja, a avaliação dos resultados era realizada sob apenas o prisma da presença ou ausência da intervenção; e quase homogênea, isto é, a intervenção era de fácil definição dentre os seus diferentes componentes (DENIS & CHAMPAGNE, op.cit., pp 49).

Uma intervenção seria um conjunto de meios (financeiros, físicos, humanos, ou simbólicos) que estejam num contexto, para produzir serviços com o objetivo de atuar sobre um problema. O PSF então, é a intervenção a ser estudada, que é também um serviço, e como tal tem objetivo de atuação em problemas, dispondo de recursos e gerando efeitos, tudo ocorrendo num dado contexto e sob forma de Processos. Também, é necessário levar em conta os atores envolvidos na intervenção. Cada ator pode ter seu próprio objetivo em relação à intervenção e ao processo de avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000 e DONABEDIAM, 1980) (Figura 2.1).

**Figura 2.1- Elementos da Intervenção e atores envolvidos no PSF**



É importante ressaltar que a avaliação aqui proposta será de estrutura, processo e alguns resultados de *Implementação*, e não as de resultados ou impactos do Programa de Saúde da Família (PSF) propriamente dito, o que explica alguns limites e abrangências envolvidos neste processo avaliativo. O momento da implementação deve ser visto como uma ação dinâmica, a ser acompanhada permanentemente por um monitoramento do processo. O desenvolvimento dos estudos do processo de implementação mostra a preocupação em superar as pesquisas sobre eficácia e desempenho que relacionam objetivos/metapas dos programas com resultados alcançados por estes.

A avaliação do processo de implementação, que procura relacionar as variações de contextos aos efeitos observados pela introdução da intervenção, veio em resposta às necessidades de entender as demais variáveis que intervêm na eficácia das intervenções, principalmente na sua etapa de implementação. A Avaliação de Implementação representa a avaliação da operacionalização de um projeto, ou seja, a sua integração a um contexto organizacional (DENIS & CHAMPAGNE, op.cit., pp 53).

Concordando com Denis e Champagne ( op.cit., pp 53), a *Avaliação de Implementação* pode ser considerada como a avaliação de fatores que facilitam ou dificultam (influenciam) os processos e resultados que envolvam a intervenção, limitando assim a ampliação de validações (validações ecológicas) deste tipo de pesquisa.

O Programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, que é um grande centro urbano, está sujeito a uma mistura de várias influências. Seus usuários recebem muitos tipos de serviços, com diferentes tratamentos, no mesmo local ou não. Isso gera efeitos diversos para uma mesma intervenção. Para o Programa de Saúde da Família (PSF) os modelos organizacionais, estruturais e políticos devem ser pensados enquanto enfoque contextual. A sua avaliação então, necessita da elaboração de parâmetros de intervenção que produzam indicadores válidos para julgamento, e reveladores do cumprimento das principais metas do programa.

Avaliar o processo de implementação de um programa que pretende ser o Programa reformulador da atenção básica e numa estratégia maior, impulsionador de uma mudança no modelo de atenção à Saúde (MS, 1997), em um país de dimensões continentais com realidades tão diferentes como é o nosso, foi por mim considerada uma questão essencial a ser pesada para a implementação do PSF do município do Rio de Janeiro.

O PSF na cidade do Rio de Janeiro, conforme a diretriz do MS (1997), pretende-se também implementar um novo modelo de atenção à saúde com mudança da prática sanitária, no entanto ele entra como complemento do modelo de atenção primária vigente. Modelo este majoritário, existindo numa situação onde as outras profissões relacionadas com a saúde, tais como Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Profissionais de terapias alternativas, que já absorvem uma demanda específica, independentemente das demandas médicas. Isso sem contar com a odontologia que vem sendo absorvida oficialmente pelo Ministério da Saúde no PSF desde 2001.

As atuações das demais profissões no campo da saúde geralmente qualificam a atenção à saúde prestada pela unidade básica da cidade do Rio de Janeiro.

As contradições estruturais criadas entre o apresentado como novo e o já existente, contrapõem o modelo alternativo da prática sanitária preconizada pelo Ministério da Saúde: de Vigilância da Saúde com Gestão Participativa (MS, 1997). Estes movimentos considerados impulsionadores da Promoção da Saúde, têm como um dos principais pressupostos a existência de equipes interdisciplinares, apostando na diversidade para a solução dos problemas (MENDES, op.cit., pp 241), no entanto entendendo como

interdisciplinar o que fica no campo intersetorial, não percebendo que a interdisciplinaridade também deva ser realizada no campo tão vasto como o da saúde.

### CAPÍTULO III: METODOLOGIA

Esta dissertação foi um estudo de casos múltiplos com níveis de análise interralacionais (DENIS & CHAMPAGNE, op.cit., pp 80) de caráter exploratório e observacional, tendo como foco a Avaliação do Processo de Implementação do Programa de Saúde da Família em cinco comunidades do Município do Rio de Janeiro, sob a ótica de diversas dimensões, procurando ressaltar os que influenciaram (facilitadores e limitantes) que pudessem explicar o modo que essas implementações observadas.

Esta Avaliação enfocou as dimensões do ambiente organizacional, perfil dos profissionais das ESF, a cobertura, a acessibilidade, a repercussão do modelo assistencial e a mudança da prática sanitária, e as dificuldades inerentes a um Grande Centro Urbano:

- a) **Ambiente organizacional:** Análise da relação do tipo de organização realizada pelos gestores centrais e as equipes locais, durante o período de implementação usando variáveis comparáveis, incluindo estrutura física, insumos e relações contratuais de convênios.
- b) **Perfil dos Profissionais das ESF:** Análise da qualificação profissional ao ser contratado; presença de Educação Continuada e supervisão técnica da ESF; reconhecimento e valorização junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e junto a população dos profissionais nas ESF; forma de contrato de trabalho e tempo de contratação da ESF; segundo as percepções dos profissionais e do gestor Central, que possam refletir na qualidade da assistência prestada aos moradores. Também foi verificada a relação interpessoal entre as equipes e com as comunidades.
- c) **Cobertura:** Análise sócio-sanitária da população cadastrada pela ficha A no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Análise com os moradores entrevistados quanto as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, e segundo informações do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e dos relatórios de Programas da SMS - PCRJ. Análise da utilização do Módulo do PSF pelos moradores entrevistados e seus familiares.



- d) **Acessibilidade:** verificação do fluxo do sistema de referência e a relação tempo de espera, complementando o sentido de processo das variáveis de cobertura, segundo a percepção dos moradores e dos profissionais das ESF entrevistados.
- e) **Repercussão do modelo assistencial e mudança da prática sanitária:** verificação do conhecimento da equipe pelos usuários e suas expectativas, revelando a existência de vínculo e intensidade da implementação do PSF. Análise da mudança da prática sanitária através do uso das ações coletivas e a participação do morador entrevistado nessas ações.
- f) **Dificuldades inerentes a um Grande Centro Urbano:** análise da interferência da violência na fase de implementação do PSF, revelando sua importância enquanto variável de contexto externo.

Conforme a orientação de Contandriopoulos (op.cit., pp53), a análise de Estrutura nesta pesquisa prevê a descrição dos recursos da organização da intervenção, analisando a competência profissional, a organização administrativa, e a suficiência dos recursos, físicos, financeiros, de pessoal, dentre outros, para atingir as metas propostas pelo PSF.

Já a análise de Processo procurou saber se os serviços de PSF na cidade do Rio de Janeiro são adequados para atingir as metas do programa, nas suas dimensões: técnicas, observando a adequação de serviços às necessidades dos usuários segundo as normas do PSF e as pretensões de mudança da prática sanitária; relações interpessoais, analisando o grau de vínculo efetuado entre as ESF e os moradores e a percepção das ESF sobre as relações internas de trabalho; e na dimensão organizacional, no que tange a acessibilidade aos serviços do Módulo do PSF, da funcionabilidade do sistema de referência para maior grau de complexidade no SUS, a cobertura do PSF à população adscrita, bem como a continuidade das visitas dos ACS ao longo do, tempo.

A pouca análise de Resultado desta pesquisa se deu na apreciação dos indicadores de atenção básica, incluindo o de produção e de marcadores, registrados no SIAB, e sua comparação entre os cinco PSF estudados, no primeiro semestre de 2001 e o segundo semestre de 2002; e a comparação desses indicadores estimados com os indicadores do município do Rio de Janeiro.

Ressalto a limitação da avaliação de resultados de uma intervenção, que segundo Contandriopoulos (op.cit 53), deveria ser objeto por si só de uma pesquisa avaliativa.

Como esta pesquisa é uma análise de implementação, que procurará definir que situações nas dimensões de Contexto, de Estrutura e de Processo, discutindo atividades sinérgicas e antagônicas que estejam influenciando na implementação, e possivelmente interferindo nos resultados desses PSF da cidade do Rio de Janeiro.

Com a certeza que serão semeadas mais dúvidas do que respostas, ao utilizar o processo de avaliação, deseja-se desbravar novos caminhos, sem nunca terminar realmente. Este é espírito dinâmico do Processo de Avaliação, envolto no tempo, sempre disposto a ver a intervenção sob o prisma do diversos atores envolvidos.

### **3.1 MÉTODOS: Procedimentos que foram utilizados na execução do Projeto.**

#### **3.1.1. Desenho da Pesquisa**

É um estudo de casos múltiplos com níveis de análise interrelacionais, pois o quantitativo das comunidades e equipes que foram estudadas é muito pequeno, para apreender seus resultados a todo o processo de implementação do PSF na cidade do Rio de Janeiro. É um estudo de caráter observacional e descritivo com intuito de fornecer bases futuras para confecção de padrão ouro e, portanto de um procedimento avaliativo mais complexo. Este estudo teve como foco a Avaliação do Processo de Implementação do Programa de Saúde da Família em cinco comunidades do Município do Rio de Janeiro, sob a ótica de diversas dimensões, procurando ressaltar os que influenciaram (facilitadores e limitantes) que pudessem explicar o modo que essas implementações observadas ocorreram.

É também um estudo comparativo, pois avalia as variáveis e indicadores entre as comunidades estudadas, criando validade interna ou de *constructo*, e análise comparativa entre os indicadores desses PSF e os indicadores de saúde do município.

Esse é o primeiro estudo de avaliação do PSF no município do Rio de Janeiro e deveria seguir principalmente as bases descritivas, no entanto, ousar numa análise comparativa foi uma tentação irresistível ao sistematizar o produto da pesquisa, e fornecedora de elementos validados para avaliações posteriores.

A escolha da estratégia de pesquisa não deve ser motivada apenas por questões pessoais de gosto. Deve sim, ter como prioridade a melhor forma de revelar a realidade, com suas nuances subjetivas. Assim a escolha desta estratégia se deu por crer que seja a melhor forma de perceber a realidade, mesmo carregada de subjetividade, e fornecer subsídios para a reflexão quanto ao processo de trabalho e sua possível reorientação.

No âmbito da pesquisa social tanto com metodologias qualitativas como quantitativas, a teoria do método se coloca como conjunto de pressupostos teóricos, quadros explicativos e conceitos que podem ajudar a enfocar e interpretar os dados.

Segundo Lefèvre & Lefèvre (pp 18, 2000), as entrevistas semi-estruturadas das pesquisas qualitativas tentam superar as limitações implícitas dos dados objetivos. Este tipo de entrevista permite, através do discurso acesso aos dados subjetivos (idéias, opiniões, sentimentos, etc.) da realidade, revelando modelos culturais interiorizados. Por isso, durante o processo de entrevistas realizadas nos Módulos, além de anotar a fala espontânea dos entrevistados, em especial com os profissionais, promoveu-se discussão coletiva sobre os principais pontos abordados no inquérito estruturado. Esse processo norteou a análise dos depoimentos, procurando perceber a idéia central que possibilitasse o entendimento do conteúdo discursivo, explicitados pelos sujeitos em seus depoimentos de acordo com a metodologia de análise do discurso coletivo de Lefèvre & Lefèvre (op.cit., pp18).

As expressões chaves foram constituídas por transcrições literais dos depoimentos para resgatar o conteúdo discursivo, tentando tornar clara as possíveis representações sociais nos conjuntos estudados nesta dissertação. O discurso pôde de forma viva complementar a apresentação de dados estruturados através, por exemplo, de quadros e tabelas onde se distribui e cruza categorias, mostrando como os indivíduos concretamente pensam (LEFÈVRE & LEFÈVRE, et al, op.cit., pp18).

Predominantemente, esta proposta de Pesquisa Avaliativa será desenvolvida através de técnicas e métodos quantitativos e qualitativos, por acreditar, como MINAYO (1993), não

haver paradoxo entre estes enfoques e sim uma interdependência e inseparabilidade entre os dois aspectos na realidade objetiva do cotidiano. A abordagem qualitativa se difere da quantitativa segundo sua natureza (subjéctiva e objectiva, que se complementam).

Foram descritas as entidades contratantes (Associações, Cooperativas e ONG), segundo sua estrutura técnico-financeira de auto-sustentação, o modelo de convênio com a prefeitura e o modelo de contratação da equipe. As fontes foram os documentos da SMS, tais como os processo de convênio, entre outros.

Nas comunidades, analisou-se o primeiro cadastramento enquanto diagnóstico preliminar de saúde e perfil sócio-sanitário das comunidades estudadas. As fontes destes dados foram o cadastramento do SIAB e o relatório inicial, que cada comunidade destas possui (MS, SIAB Indicadores 1999).

Também foram descritas as construções e localizações dos prédios onde foram instalados os módulos, para compararmos com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS, op.cit., 1997 e MS - Avaliação de Implantação no Programa de Saúde da Família, 2000).

Através de análise da relação entre o atendimento esperado e o efetuado para cada módulo (cobertura de um consulta anual por morador cadastrado), fiz a comparação entre os realizados e os preconizados, segundo a Consulta Pública Nº 01 (2000).

Foram também comparadas as relações entre as equipes de PSF (composição e adequação) e população a ser atendida.

### **3.1.2 Amostra**

A maior parte da cobertura será avaliada por dados quantitativos através da verificação das visitas domiciliares feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde, realizada através de entrevista estruturada, a domicílios escolhidos aleatoriamente em cada micro-área, com um Intervalo de Confiança de 95% e  $d = \pm 5,0\%$  (VAUS, 1990): Comunidade A – 21 domicílios; Comunidade B – 97 domicílios; Comunidade C – 58 domicílios; Comunidade D – 81 domicílios e Comunidade E – 127 domicílios, totalizando 384 entrevistas. Esses dados serão avaliados e validados, através de técnicas estatísticas.

Sabendo-se do limite de grau de precisão imposto pelo tamanho da amostra, que foi escolhida devido a limitações de realizar um maior número de entrevistas. Para que houvesse uma redução de IC de 95% com  $d = \pm 2\%$  seria necessário entrevistar, incluindo 5% de perda, cerca de 2521 moradores (Tabelas 3.1, 3.2, e 3.3).

Também ao optar por trabalhar com a menor amostra, foram aumentadas as perdas para 10%, a fim de garantir o número de entrevistas necessárias, totalizando 440 entrevistas (Tabela 3.3).

<b>Tabela 3.1 - Amostra PSF do Rio de Janeiro</b>				
<b>Considerando p = 50%.</b>				
<b>Cálculo da amostra</b>			<b>5% Perdas</b>	
<b>IC de 95% e d = 2,0%</b>				
N =	2401	2401	2521	120
<b>IC de 95% e d = 2,5%</b>				
N =	1536,6	1537	1614	77
<b>IC de 95% e d = 3,0%</b>				
N =	1067,1	1067	1120	53
<b>IC de 95% e d = 4,0%</b>				
N =	600,25	600	630	30
<b>IC de 95% e d = 5,0%</b>				
N =	384,16	384	403	19

Levando em conta a distribuição de domicílios por comunidade, calculou-se as seguintes amostragens proporcionais (Tabelas 3.2 e 3.3).



ausência do sorteado, o vizinho, pressupondo a similaridade que das condições sócio-demográficas, evitando assim introduzir viés.

No entanto, deve sempre ser pensado que as diferenças podem estar mascaradas por variabilidades próprias e imprecisões experimentais, e que às vezes ao avaliar os dados a tendência é de concluir que as diferenças encontradas são reais e não dependentes da variabilidade das amostras. É importante usar o julgamento científico e o bom senso para fazer inferências que vão além da estatística. Ao descrever uma população ou uma amostra deve-se usar a estatística descritiva e posteriormente aplicar ferramentas da estatística analítica para fazer as inferências. Nos dados apresentados nesta pesquisa serão aplicadas algumas destas ferramentas.

Os domicílios trabalhados na pesquisa foram os cadastrados em 1999 e 2000, quando do início do processo de implementação do PSF. A partir de 2001, foram realizados novos cadastros apresentando modificações:

- a) No quantitativo, pois o número de domicílios sofre variação com o tempo, aumentando, em sua maioria, mas nem sempre;
- b) No conteúdo, pois alguns aspectos descritos na ficha de cadastramento do SIAB só foram avaliados nos cadastros de 1999/2000, porque o município do Rio de Janeiro optou por aprofundar algumas perguntas, como grau de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, participação da família em grupos de saúde, em caso de doença se procura a rede privada, quanto aos meios de comunicação se usa jornal e revista, se participa de conselhos comunitários e se também usa como meios de transporte como trem, metrô e bicicleta (Anexos 1 e 2);
- c) No processo de recadastramento, que não foi uniforme, nem ocorreu com todas as comunidades estudadas numa mesma época.
- d) Na possibilidade de comparação do acompanhamento dos grupos de risco através dos indicadores de desempenho em saúde já utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) para a atenção básica, e pelo Ministério da Saúde (M S, Avaliação do PSF, op.cit., 2000), para os PSF. Os dados a que me refiro são

oriundos dos relatórios de Produção e de Marcadores do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

### **3.1.3 Coleta de Dados**

Os resultados da pesquisa aqui apresentados foram frutos da análise de documentos internos da Coordenação de Saúde das Comunidades, antigo Núcleo de Saúde das Comunidades, documentos da Superintendência de Saúde Coletiva e da Coordenação de epidemiologia, todos pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro. Os resultados também foram frutos da análise dos relatórios iniciais de atividades das equipes de Saúde da Família de cada comunidade pesquisada.

Outras fontes de pesquisa foram os relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de Produção e de Marcadores, do 1º Semestre de 2001 e do 2º Semestre de 2002 para comparação. Os primeiros relatórios do SIAB foram de 2001, pois foi só nesta época foi que começaram a ser preenchidos pelas ESF.

Em busca de algumas respostas pertinentes a alguns atores relevantes ao processo de implementação dos PSF na cidade do Rio de Janeiro foram entrevistados: a representação da Coordenação de Saúde das Comunidades, responsável por todo esse processo de implementação do PACS/PSF no município do Rio de Janeiro; os profissionais das ESF; e uma amostra da população alvo do PSF nas respectivas comunidades de implementação de 1999.

As pesquisas documentais serviram para contextualizar não somente a fase da implementação, como também fornecer dados possíveis de comparação entre as comunidades estudadas.

As entrevistas com a comunidade e os profissionais foram estruturadas, sendo que com as ESF optei por complementar com entrevista coletiva, para análise do discurso coletivo. Esta entrevista coletiva pode apontar os principais focos das equipes, que apesar das semelhanças, têm nós críticos diferentes, e, portanto complementar ao questionário fechado.



Nenhum questionário foi auto-aplicado.

As entrevistas foram realizadas através de roteiros semi-estruturados, e inquéritos (questionários) estruturados e orientados segundo objetivos, através da seguinte maneira (Anexos 3, 4 e 5):

- a) Com os moradores, objetivando saber a cobertura de visitas domiciliares feitas pelos agentes de saúde e verificação do conhecimento da equipe, e expectativas e dificuldades sentidas quanto ao modelo assistencial baseado no enfermeiro e no médico generalista. Estas questões foram incluídas no inquérito mencionado acima. A amostra, sua definição e escolha dos domicílios estão explicadas acima. Os Moradores entrevistados totalizaram 406, distribuídos proporcionalmente segundo os critérios de amostragem, entre cada micro-área de cada PSF das comunidades estudadas. Com o cálculo para 10% de perdas, que previa 440 entrevistas, foram perdidas 34, totalizando uma perda inferior à estimada, ou seja, de apenas 7,7%, mantendo o intervalo de confiança da Amostra escolhida (IC de 95%, com  $d = \pm 5\%$ ). Como critério de exclusão foi utilizado o fato de não ser moradores das casas e como critério de inclusão ser maior de 15 anos, exceção feita a três moradoras que eram as responsáveis pelo lar na ausência ou da mãe ou do marido. Mesmo assim, só foram entrevistados 12 menores de 18 anos, distribuídos da seguinte maneira: 1 de 13 anos, 2 de 14 anos, 2 de 15 anos, 3 de 16 anos e 5 de 17 anos. Um limite das entrevistas foi a impossibilidade de entrevistar os que trabalham fora, no entanto são os que ficam na comunidade no período diurno os que mais utilizam o PSF. Então o perfil dos entrevistados não reflete o perfil da comunidade e sim o perfil dos que ficam mais tempo nela e, por conseguinte mais utilizam o PSF.
- b) Com o Gestor municipal da Coordenação da Saúde da Comunidade da SMS, objetivando conhecer a estrutura disponível para a implementação, os processos organizacionais em nível central que facilitaram e dificultaram a Implementação do PSF. O Gestor entrevistado foi o coordenador que esta presente desde o início do processo de implementação do PSF;
- c) Com os Profissionais da Equipe, objetivando conhecer a pré-qualificação dos mesmos ao ingressarem no PSF, o processo de capacitação oferecido, se realizado e

se houve continuidade. Se existia supervisão técnica e gerencial, como eles percebiam o reconhecimento e a valorização do seu PSF na rede, e como também percebiam as relações interpessoais com a comunidade e entre os profissionais. Também foram pesquisadas as percepções do sistema de referência (fluxo e tempo de espera) e também a percepção do ambiente organizacional local e regional. Os profissionais entrevistados foram: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos e afins, sanitaristas, psicólogos, assistentes sociais, administrativos, entre outros; totalizando 97 entrevistas, com perda de 10% do total estimado de profissionais (108).

A entrevista com o Gestor da Coordenação de Saúde das Comunidades, responsável pelos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, foi realizada na sede da prefeitura, através de um roteiro semiestruturado, seguindo o norte das entrevistas estruturadas com os profissionais.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas nos módulos dos Programas de Saúde da Família, em cada comunidade com implementação iniciada em 1999.

As entrevistas com os moradores foram realizadas nas residências.

Quanto às revisões documentais, foram realizadas através de análise de conteúdo dos relatórios e processos de convênios existentes sobre o PSF, e de documentos impressos bem como relatórios das Superintendências de Serviço de Saúde e de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

O resultado desta pesquisa será de utilidade direta para a recondução do processo de implementação do PSF. Portanto, esta pesquisa é de relevância tanto acadêmica quanto para o serviço público de saúde.

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, em qualquer circunstância e os dados coletados ficarão à disposição da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Coordenação de Saúde das Comunidades), como é de conhecimento tanto da Coordenação de Recursos Humanos como da Coordenação de Saúde das Comunidades da SMS da cidade do Rio de Janeiro.

O Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ emitiu parecer de aprovação no. 49/02, em 12 de novembro de 2002.

### **3.1.4 Variáveis que serão Analisadas (Quadro 3.1):**

#### **3.1.4.1 Quanto aos Aspectos Operacionais de Implementação:**

- Realização do cadastramento familiar, pela equipe do PSF, com análise do perfil sócio-sanitário e diagnóstico de saúde inicial dos PSF estudados: cadastramento, histórico e percepção dos profissionais;
- Realização da adequação ou construção dos módulos físicos às dinâmicas locais e específicas do Programa de Saúde da Família (descrição: quanto ao tamanho e qualidade da obra; e localização da construção: inserção e distância da comunidade);
- Presença dos insumos e equipamentos, de consumo e permanentes, necessários para o início do funcionamento adequado das atividades exigidas ao PSF, comparado ao atendimento mínimo da população esperado segundo critérios de atenção básica (nº de consultas por habitantes/ano);
- Adequação técnica e numérica (composição) da equipe à população adscrita;
- Presença e características do treinamento introdutório e da educação continuada, para os profissionais Médicos, Enfermeiros e Agentes de Saúde;
- Descrição das características das Entidades contratantes (Associações, Cooperativas e outras ONG);
- Verificação do modelo de convênio da prefeitura com as ONG locais;
- Verificação do modelo de contratação dos profissionais das equipes;

**Quadro 3.1 - Dimensões/ Níveis das Variáveis de Implementação a serem Avaliadas.**

<b>Estrutura Física dos Módulos dos PSF e Perfil das ESF</b>	<b>Análise de Convênio e Contratual.</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Acesso</b>	<b>Novo modelo de assistência.</b>	<b>Violência</b>
<p>Física:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Descrição da Construção</li> <li>. Localização da Construção</li> </ul> <p>Adequação do Tamanho da ESF para pop alvo</p> <p>Insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Material de consumo</li> <li>. Equipamentos Permanentes</li> </ul> <p>Equipe:</p> <p>Perfil Profissional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Seleção</li> </ul> <p>. Treinamento: Introdutório e Contínuo</p> <p>. Supervisão: Técnica e Gerencial</p>	<p>Características dos Convênios com a SMS</p> <p>Características das ONG</p> <p>Modelo de contratação das ESF.</p>	<p>Perfil e Diagnóstico de saúde dos PSF estudados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Cadastramento,</li> <li>. Histórico,</li> </ul> <p>Percepção dos Profissionais</p> <p>Contextualização de indicadores de Saúde no município.</p> <p>Avaliação com os entrevistados sobre a utilização do Módulo do PSF</p> <p>Avaliação das Visitas Domiciliares dos ACS, através de análise dos relatórios do SIAB e nas entrevistas com os moradores.</p> <p>Acompanhamento dos grupos de risco do SIAB (HA, Diabetes, Gestantes e RN)</p>	<p>Verificação Do Fluxo do Sistema de Referência para maior complexidade Do SUS, através da percepção dos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Gestor Central</li> <li>. ESF</li> </ul> <p>Verificação do tempo de espera para o atendimento, através das percepções das ESF e dos moradores entrevistados.</p>	<p>Verificação da expectativa dos Entrevistados a respeito do PSF: Motivo de visita do ACS Motivo de ida ao Módulo Percepção do Médico de Família Conhecimento da ESF (Vínculo).</p> <p>Verificação das atividades coletivas Através do SIAB e da adesão dos moradores a essas práticas.</p>	<p>Verificação da influência da Violência Local na rotina de trabalho dos PSF, através da percepção do Gestor Central/SMS, das ESF e dos Moradores entrevistados</p>

#### **3.1.4.2 Quanto à Cobertura e Organização do Processo de Trabalho.**

- Comparação do acompanhamento dos grupos de risco do Sistema de Informação da Atenção Básica (Pré-Natal e Recém Nascido, Hipertensão Arterial e Diabetes), entre as ESF pesquisadas, e, quando possível comparando com os dados da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro;
- Verificação da realização de visitas domiciliares realizadas pelos ACS, através do SIAB e em particular, avaliar as visitas dos ACS através de pesquisa por amostragem com os moradores;
- Verificação da expectativa da população quanto ao modelo de assistência, através da análise motivos de VD dos ACS, de ida ao Módulo e percepção do Médico de família;
- Verificação do conhecimento da equipe pela população, procurando analisar o vínculo entre as EFS e os moradores;
- Verificação das relações interpessoais intra ESF e com as Comunidades;
- Verificação das atividades coletivas realizadas através do relatório de produção do SIAB e da adesão dos moradores a essas práticas.
- Verificação da existência, concepção e funcionamento (fluxo) das referências para os níveis de maior complexidade (atenção secundária e terciária) do SUS, através da percepção do Gestor Central/SMS e das ESF;
- Verificação do acesso aos especialistas em relação ao tempo de espera, segundo a percepção das ESF e dos moradores entrevistados;

### 3.1.4.3 Quanto ao Contexto Externo

- Análise junto as ESF e os moradores, da influência da violência na rotina de trabalho e utilização do Módulo do PSF.

Os critérios utilizados na pesquisa avaliativa do Processo de Implementação do Programa de Saúde da Família foram os que revelaram a estrutura e o processo, seus facilitadores e empecilhos, buscando os melhores indicadores para superar as restrições.

### 3.1.5 Análise dos dados:

Na análise dos dados é importante termos segurança, mesmo que relativa, na hora de estabelecer a ligação causal entre as variáveis estudadas, dependendo sua validade da adequação da do modelo teórico à realidade. O pareamento requer a análise de duas instâncias. No caso do PSF do Rio de Janeiro, até o momento existem poucos modelos, e os poucos existentes não sendo consensuais para estabelecer parâmetros de análise. Um dos recursos utilizados para compensar a baixa força dos modelos levantados foram às explicações rivais, pelo menos no modelo tradicional de atenção básica.

Os indicadores escolhidos e testados em três comunidades semelhantes foram os que tanto através dos modelos teóricos anteriores, quanto os percebidos nos testes, se mostraram capazes de revelar se os conceitos de construção do PSF estavam ou não de acordo com o preconizado. Para criar uma validade de *constructo*, diversificou-se a coleta de dados para um mesmo conceito, recorrendo a pesquisas documentais, estatísticas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), bem como através de entrevistas de caráter estruturado e semiestruturado.

A generalização de um estudo de caso é um elemento problemático, o que me levou a preferir excluir esta estratégia da pesquisa. Portanto, não foram realizadas validações ecológicas, mas sim tentativa trabalhar, a medida do possível, com algumas variáveis que poderiam revelar as relações entre a Estrutura e o Processo da Implementação do Programa de Saúde da Família no contexto vigente, num município como o do Rio de Janeiro, uma enorme região urbana.

Concordando com Denis e Champagne (op. cit., pp 53), a Avaliação de Implementação de uma Intervenção pode ser considerada como a avaliação de fatores que facilitam ou dificultam (influenciam) os processos e resultados que envolvam a intervenção, limitando assim a ampliação de validações (validações ecológicas) deste tipo de pesquisa.

Então, esta pesquisa avaliativa se propõe a ser uma Avaliação de Processo de Implementação de Programa, compreendendo a avaliação do processo da intervenção sem, no entanto, se aprofundar exageradamente em validações globais. Não obstante, procurará captar as características do meio que podem ter ou estar influenciando o Programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

Sabendo da limitação desse processo e do risco de incorrer em um viés específico de aplicação do questionário, foram realizados alguns testes em outras comunidades com PSF que haviam começado o trabalho no ano 2000, onde foi o inquérito corrigido, retirando e acrescentando alguns itens.

Os eixos principais de análise dos dados da pesquisa foram à análise da estrutura física e de insumos de infraestrutura, bem como o processo de escolha das ESF e treinamento. Dados do cadastramento aqui ilustram e caracterizam cada comunidade, servindo de base para a sua contextualização. As relações dos convênios da SMS com os gestores locais e contratuais com os Profissionais das ESF, também foram analisadas. A violência enquanto variável de Estrutura foi apresentada tanto na ótica tanto dos gestores quanto dos profissionais de campo e moradores.

Os dados epidemiológicos da SMS serviram para a contextualização das comunidades em todo o Município do Rio de Janeiro.

A análise de cobertura foi feita através de dados de produção do SIAB e das entrevistas com os moradores.

As expectativas dos moradores e o conhecimento que eles têm da equipe foram analisados nas entrevistas com os moradores.

Já a análise do fluxo de referência foi feita segundo visões distintas: a percepção do gestor central, dos profissionais das ESF e dos moradores.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Este capítulo foi fruto das pesquisas documentais da Coordenação de Saúde das Comunidades de Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da observação de Campo, da entrevista com o Gestor Central (Coordenação de Saúde das Comunidades) (Anexo 3), das análises estatísticas da Ficha de cadastramento (Ficha A de 1999/2000, Anexo 2) comparando entre as Comunidades estudadas, dos relatórios de Produção e de Marcadores (1º Semestre de 2001 e 2º Semestre de 2002) do SIAB comparando entre os PSF estudados e com alguns coeficientes epidemiológicos da Secretaria Municipal de Saúde por Área Programática. Também foram realizadas entrevistas de Campo com Moradores e os profissionais das ESF. Nestas foram utilizados questionários individuais (Anexos 4 E 5) e durante o processo nos Módulos, além de anotar a fala espontânea dos entrevistados, em especial com os profissionais da ESF foi promovido discussões coletivas sobre os principais pontos abordados no inquérito estruturado. Esse processo norteou a análise dos depoimentos, procurando perceber a idéia central que possibilitasse o entendimento do conteúdo discursivo, explicitados pelos sujeitos em seus depoimentos.

Aponto algumas limitações de interpretação:

- a) Os módulos de PSF estudados em pequenos municípios e regiões urbanas não correspondem à realidade do Município do Rio de Janeiro, que é muito peculiar. Para superar tal impasse procurei usar material produzido pelo MS, como os indicadores do Manual de Atenção (MS, 2001), a avaliação do PSF em Grandes Centros Urbanos (MS, 2001) e O Guia Prático do PSF (MS 2002); além de comparar as variáveis dos PSF estudados entre si.
- b) Outro limite é a comparação de indicadores do SIAB entre PSF de Municípios bem menores com o município do Rio de Janeiro, e, portanto entre contextos bem diversos. Procurei superar esta dificuldade comparando com trabalhos realizados na própria SMS da cidade.



#### 4.1 Evolução do PSF no município do Rio de Janeiro.

O Programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro teve a sua primeira experiência no projeto do PSF da ilha de Paquetá. Este PSF se localizava numa ilha com cerca de 4.000 habitantes, dentro da Unidade Integrada de Saúde (UIS) Manoel Arthur Villaboim, único e pequeno hospital do Local. Esta equipe iniciou o trabalho no último trimestre de 1995, (MUNICÍPIO, 1999).

Segundo o gestor central do PSF, a Coordenação da Saúde das Comunidades, da Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Município do Rio de Janeiro, este projeto de PSF apesar de ter sido o primeiro, não foi uma experiência possível de ser reproduzida para outras comunidades da cidade do Rio de Janeiro. Isso se devia por causa da relação equipe população, a qual na época, por não haver orientação Nacional pelo Ministério da Saúde, obrigou aos técnicos responsáveis a fazerem semelhante, porém com uma relação ainda superior de ESF e famílias, ao modelo Cubano (1 ESF:130 famílias), estabelecendo três equipes para toda a ilha, perfazendo uma relação de uma ESF para cada 1.350 moradores ou cerca de 400 famílias, e inserindo os agentes comunitários numa proporção aleatória, um em cada equipe, pois estes não faziam parte da equipe de médicos de família de Cuba. A Coordenadora de Saúde das Comunidades ressalta que esse modelo era muito caro, fator principal da impossibilidade de reprodução deste projeto: *”mas ficou só o modelo de Saúde da Família de Paquetá, um trabalho muito bacana, muito complexo, mas impossível de ser reproduzido no Rio de Janeiro por ser um modelo muito caro”*.

Apesar deste projeto ser uma experiência distante da que o Rio precisava enquanto projeto piloto, o modelo de convênio com ONG serviu como experiência para o trabalho no restante do Rio de Janeiro. A implantação do projeto PSF Paquetá se deu através de convênio firmado com a organização não governamental (ONG) CEDAPS (Centro de Promoção da Saúde). Esta instituição possuía experiência no campo da saúde comunitária, tendo desenvolvido, através de outros financiamentos, projetos de saúde comunitária e da família nas comunidades de Vila Canoas, São Conrado, e Parque da Cidade, Gávea (MUNICÍPIO, 1997).

Estes projetos de saúde comunitária e da família serviram como fonte de inspiração às estratégias utilizadas em Paquetá, uma equipe que valorizava mais a interdisciplinaridade, com a presença de assistente social e nutricionista; uma relação mais generosa de médicos por população (um médico

para cerca de 400 famílias) e apenas um agente de saúde por médico, o que diferia da futura proposta do Ministério da Saúde (MUNICÍPIO, 1999).

Em dois anos de atividades o PSF Ilha de Paquetá o relatório de avaliação da equipe apresentava os seguintes resultados:

- Melhoria da integração e hierarquização entre os diversos setores da Unidade de Saúde (UIS Manoel Arthur Villaboim) e as referências Municipais, com um funcionamento acima da média do período anterior ao PSF;
- Aumento do aproveitamento da capacidade instalada da UIS com revitalização do setor de ambulatório e incremento da produção;
- Presença de equipe interdisciplinar trabalhando de forma integrada, com profissionais comprometidos e motivada;
- Implantação plena dos programas de saúde da mulher, criança, adolescente e idoso;
- Redução do abandono nos programas de hipertensão e diabetes quando comparado ao abandono anterior ao PSF, com diminuição de 60% das crises hipertensivas;
- Aumento da captação de gestantes, quadruplicando o n° de gestantes cobertas pelo pré-natal, com 70% delas iniciando o pré-natal no primeiro trimestre;
- Cobertura de exames preventivos na faixa etária de 35 a 49 anos (considerada prioritária pelo Ministério da Saúde) de 84,9% da população feminina nesta faixa etária da ilha de Paquetá;
- Adesão de 96% no grupo de contracepção (somente 4% de abandono nos grupos educativos), que é estratégico do Planejamento Familiar;
- 100% de cobertura vacinal até 1° ano de idade;
- Existência de diversos programas educativos e atividades comunitárias;
- Resolutividade em torno de 95% das consultas médicas (sem necessidade de encaminhamentos para outras instâncias do SUS);

Simultaneamente, entre 1996 e 1997, na Secretaria Municipal de Saúde, houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Complexo da Maré e na Comunidade de Vigário Geral. Apesar de não terem seguido a orientação do Ministério da Saúde para PACS, ambos apresentavam um bom potencial em aumentar vínculos com as comunidades e promover acesso à porta de entrada do SUS no município. Isso não se deu na época, ficando esses programas na responsabilidade gerencial da Coordenação de Área de Saúde 3.1, não sendo inseridos de maneira formal no organograma e fluxograma da SMS, em nível central.

Essa cronologia de experiências diferiu do restante do país, pois os gestores de saúde da SMS. Talvez por ser um grande centro urbano com uma rede de atenção básica de saúde instalada, apesar de insuficiente, na época os Gestores da SMS não tenham percebido a importância desta estratégia na expansão de cobertura, de forma eficaz e equânime.

Isso pode explicar porque o programa PACS/PSF só se expande a partir de 1999, apesar dos bons resultados destes projetos iniciais.

Em 1998, com o Rio de Janeiro se preparando para o enfrentamento da endemia de Dengue, foram contratados pela COMLURB, para controle de vetores, os primeiros Agentes de Saúde da Dengue, os quais foram treinados por uma equipe da SMS. A partir dessa experiência é que segundo o Gestor da Coordenação de Saúde das Comunidades, a SMS iniciou o processo de expansão e por que não, de verdadeira implementação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e da Saúde da Família.

É só em 1999 então que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) decide ampliar a cobertura através dos novos modelos de assistência, reorientando o modelo ambulatorial tradicional, no sentido de uma maior definição de responsabilidades entre os serviços de saúde a população.

Para a implantação deste novo modelo no município, em meados de 1999 a SMS criou o Núcleo de Saúde da Comunidade (NSC), ligado diretamente ao Gabinete da Superintendência de Saúde Coletiva (SSC). O objetivo principal do núcleo era: *“expandir, no município do Rio de Janeiro, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, oferecendo serviços de atenção primária a saúde acessível a toda sua população e de qualidade diferenciada, com ênfase em atividades comunitárias de educação e promoção da saúde e de articulação intersetorial, representando a porta de entrada do SUS de forma hierarquizada e ligado a um sistema de referência efetivo, estreitando as relações entre comunidade e serviços de saúde, humanizando o atendimento, integrado ao conceito de saúde a dimensão do exercício da cidadania, e finalmente,*

*obtendo um impacto positivo nas condições de saúde da população e em sua qualidade de vida”* (MUNICÍPIO, 1999).

Em suma, esses Programas abrangeriam a população adscrita, representando a principal porta de entrada do SUS de forma hierarquizada, integrada às unidades de maior complexidade, com atendimento de boa qualidade, enfatizando atividades comunitárias de educação e promoção da saúde. Esses Programas também estreitariam as relações entre a comunidade e os serviços de saúde existentes, humanizando assim o atendimento.

Também faziam parte dos objetivos a articulação intersetorial e a integração do conceito de saúde ao exercício da cidadania, levando a um impacto positivo nas condições de saúde da população e em sua qualidade de vida (DOCUMENTO INTERNO DO NÚCLEO, 1999).

Segue a decomposição e tradução operacional dos objetivos, segundo os documentos internos do Núcleo de Saúde da Família (DOCUMENTO INTERNO DO NÚCLEO, 1999):

- *“Promover o acesso universal das comunidades aos serviços dos programas;*
- *Facilitar o acesso e promover a captação de grupos sujeitos a um maior risco sanitário (idosos, população materno-infantil, doentes crônicos, deficientes, moradores de áreas mais carentes, etc.), através de sistemas de visita domiciliar e busca ativa;*
- *Instaurar um trabalho de equipe efetivamente interdisciplinar;*
- *Obter índices adequados de produtividade e desempenho profissional;*
- *Obter motivação e satisfação dos profissionais envolvidos;*
- *Obter bons índices de cobertura populacional e resolutividade;*
- *Organizar um sistema de referência simples e eficaz para os moradores das comunidades;*
- *Obter bons indicadores de funcionamento dos programas, tais como: índices de aleitamento materno, acompanhamento dos desnutridos, cobertura vacinal, cobertura de pré-natal e preventivo do câncer ginecológico, oferta de métodos contraceptivos, índices de abandono dos pacientes hipertensos e diabéticos, etc.*

- *Auxiliar a comunidade na organização de projetos de intervenção ou iniciativas intersetoriais visando a busca de soluções para os problemas identificados;*
- *Estimular a apoiar o desenvolvimento de atividades e movimentos comunitários e/ou cooperativos entre os moradores;*
- *Obter bons índices de satisfação da clientela;*
- *Acompanhar e monitorar o programa em seus diversos aspectos (custo, produção, qualidade, eficiência, influências no perfil de saúde das comunidades, geração de atividades e projetos paralelos, influência na qualidade de vida e satisfação da clientela” (MUNICÍPIO, 1999).*

O Núcleo de saúde das Comunidades (NSC) iniciou então, estudos de viabilidade para implantação do PACS e do PSF, que garantissem a manutenção de seus princípios básicos.

O NSC, com o fim de operacionalizar esta nova forma de organização promoveu várias reuniões com as diversas instâncias das SMS, entre elas a Superintendência de Saúde Coletiva (SSC) e seus diversos Programas, a Superintendência de Serviços de Saúde (SSS) e suas Coordenações de Áreas Programáticas (CAP) envolvidas, a Coordenação de Recursos Humanos e o seu Jurídico; e com os demais parceiros: as ONG e as Associações de Moradores, o Pólo de Capacitação e a Coordenação de PSF do Estado do Rio de Janeiro.

Estas ações visaram o desenvolvimento e aperfeiçoamento de um programa que tem inserção horizontal, de alta complexidade, que coloca em questão novas lógicas de funcionamento dos serviços de saúde, exigindo uma matriz operacional diferenciada das conhecidas pela SMS, para o seu adequado funcionamento.

Os aspectos discutidos foram diversos, variando desde a seleção e capacitação de recursos humanos, organização de serviço, referência e contra-referência, supervisão e relação com as organizações parceiras conveniadas, dentre outras.

Frente à complexidade operacional, que se dava a cada expansão, foi necessário à criação em maio de 2000, da Coordenação de Saúde da Comunidade (CSC), com as seguintes atribuições:

- *“Eleger áreas prioritárias e estabelecer nas mesmas o PACS/PSF de acordo com características locais;*

- *Articular, junto a Coordenações de Área e Coordenações de Programas, estratégias a serem desenvolvidas nas comunidades de acordo com as demandas encontradas;*
- *Selecionar, capacitar e reciclar as equipes que irão participar do PACS/PSF;*
- *Estabelecer parcerias, através do desenvolvimento de ações intersetoriais;*
- *Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício de controle social;*
- *Contribuir para democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da participação social em saúde;*
- *Avaliar, em conjunto com a SSC e SSS os resultados obtidos nas ações desenvolvidas.”*  
(MUNICÍPIO, 2000).

Segundo a CSC o processo de institucionalização do PACS/PSF só foi realmente incrementado após a criação da Coordenação da Saúde das Comunidades, em maio de 2000, principalmente após a prioridade dada pelo Prefeito a partir de 2001, porém intensificada em 2002. Esse processo de institucionalização do PACS/PSF é graduado pela CSC como ainda de média intensidade, pois ainda é muito trabalhado predominante em nível central da SMS. As direções das Unidades de Saúde, bem como os profissionais da rede conhecem pouco ou desconhecem esses programas.

A partir do ano 2000, houve um impulso ainda maior do Programa, com a entrada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ampliando-se as áreas de atuação para mais comunidades e complexos, e sendo compostos, até março de 2003, por 426 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atendendo em 16 comunidades e complexos (conjunto de comunidades próximas), e 23 equipes de Saúde da Família (ESF) atendendo a 10 comunidades e complexos (conjunto de comunidades próximas) (Quadros 4.1 e 4.2).

**Quadro 4.1 – Distribuição das equipes de PACS no Município do Rio de Janeiro, março de 2003.**

ÁREA PROGRAMÁTICA DE SAÚDE	BAIRROS	COMUNIDADES/COMPLEXOS	Nº DE AGENTES COMUNITÁRIOS	UNIDADE RESPONSÁVEL
Ap 1	Centro Paquetá Mangueira	São Carlos Paquetá Mangueira	50 04 26	CMS Marcolino Candau UIS Vilaboim Mangueira (Vila Olímpica)
Ap 2.2	Tijuca da Boa Vista	Turano Formiga Alto B Vista	32 07 04	PAM Pça da Bandeira UACPS Júlio Barbosa UACPS Nicola Albano
Ap 3.1	Bonsucesso Penha	C da Maré Caricó	163 25	CMS Américo Veloso CMS José Paranhos Fontenelle
Ap 3.3	Colégio Costa Barros	Vila São Jorge F.Botafogo	15 34	UACPS Carlos Cruz Lima UMAMP S.Brauner
Ap 5.1	Padre Miguel	Vila Vintém D. Jaime Câmara	20 10	UACPS Padre Miguel UACPS Padre Miguel
Ap 5.2	Campo Grande	Pq. João Wesley/ Pq. Esperança . W. Pimentel	10 10	PS Mário Vítor UACPS Woodrow Pimentel
Ap 5.3	Manguariba	Manguariba	16	PS Ciro Melo
<b>TOTAL</b>	13	16	426	15

Fonte: Documento da Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde das Comunidades, 2003.

**Quadro 4.2 – Distribuição das equipes de PSF no Município do Rio de Janeiro, março de 2003.**

ÁREA PROGRAMÁTICA DE SAÚDE	BAIRROS	COMUNIDADES/COMPLEXOS	Nº DE EQUIPES DE PSF	UNIDADE RESPONSÁVEL
1	Lapa	Lapa	01	Pam Oswaldo Cruz
2.1	São Conrado	Vila Canoas	01	CMS Píndaro C. Rodríguez
2.2	Tijuca	Borel	02	CMS Heitor Beltrão
3.1	Manguinhos na do Governador	Manguinhos Parque Royal	02 02	CSE G. Sinval Faria CMS Necker Pinto
3.3	Costa Barros	Portus	01	UMAMP Sylvio Brauner
4.0	Curicica Canal do Anil	Curicica Canal do Anil	02 02	H. Rafael de Paula Souza UMAMP Hamilton Land
5.2	Inhoaíba	Vilar Carioca	05	PS Adão Pereira Nunes
5.3	Antares	Antares	05	PS Sávio Antunes
<b>TOTAL</b>	10	10	23	10

Fonte: Documento da Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde das Comunidades, março de 2003.

#### **4.1.1 Escolha dos Locais de implementação do PSF em 1999, pela Coordenação de Saúde das Comunidades (CSC).**

Segundo a CSC a escolha destas primeiras comunidades foi baseada principalmente pelos aspectos facilitadores, como onde havia trabalho anterior de saúde comunitária, estrutura física e facilidade de acesso.

Os critérios utilizados em 1999 foram:

- Comunidades com algum tipo de trabalho de saúde comunitário como foi o caso da Comunidade A, onde já existia, há cerca de 10 anos, esse tipo de atenção à saúde. Os moradores já conheciam o médico generalista. Já na Comunidade D havia além da experiência de trabalhos de saúde comunitário, a organização da Associação das Educadoras Comunitárias, que favoreceu ainda mais a implementação do PSF.
- Na Comunidade C a construção de uma unidade de saúde em anexo ao prédio da Associação de Moradores, pelo Projeto Favela Bairro, demandou por parte da comunidade um pedido urgente para a ocupação do prédio pela SMS, que não conseguia ser realizado nos padrões assistenciais tradicionais.
- A escolha da Comunidade B se deu pela história de luta das lideranças locais na solicitação de um trabalho comunitário de saúde.
- A Comunidade E, a escolha vinha suprir a queixa freqüente da falta de assistência dos cantões da Zona Oeste da cidade, onde há dificuldade de fixação do médico no local. Este PSF foi a primeira experiência de inversão do modelo, pois a estrutura já existia, e era administrada pela hierarquia habitual da SMS como um Posto de Saúde (PS).



Desse estudo preliminar resultou nas seguintes áreas de implementação inicial:

- Comunidade A: PSF (1 equipe<sup>□□□</sup>)
- Comunidade B: PSF (2 equipes<sup>□□</sup>)
- Comunidade C: PSF (1 equipe<sup>□</sup>)
- Comunidade D: PSF (2 equipes<sup>□</sup>)
- Comunidade E: PSF (3 equipes<sup>□</sup>)

A escolha dos locais para a implementação do PACS/PSF atualmente obedece aos seguintes critérios:

- Demanda de serviços de saúde comunitários pelas organizações comunitárias;
- Demanda dos Conselhos Distritais, orçamento cidadão, do programa “Favela Bairro”;
- Facilidade de implantação e acesso da comunidade;
- Vazios assistenciais – estratégias de ampliação de cobertura;
- Critério de Risco, com seleção de áreas de extrema carência e presença de um IDH-M baixo;
- Facilidade para identificar prioridades e estabelecer estratégias apropriadas;

O Movimento Comunitário tem sido de especial relevância, no ponto de vista da Coordenação de Saúde das Comunidades (CSC), sendo que depois dos primeiros PSF implementados, as comunidades de 1999, tornou-se cada vez mais forte, sendo que esta coordenadora estima que 90% das comunidades escolhidas após o período inicial foi a partir dos conselhos distritais de saúde.

---

\*\*\* Está equipe foi reduzida devido ao tamanho pequeno da comunidade: 1 médico 30h, 1 enfermeiro 40h, 1 auxiliar de enfermagem 40h e 3 ACS 40h cada.

\* 1 médico 40 h, 1 enfermeiro 40h, 1 auxiliar de enfermagem 40h e 6 agentes comunitários de saúde (ACS) 40h cada.

\*\* Cada equipe é igual à anterior, sendo que esta comunidade iniciou também com saúde bucal: 2 dentistas 20h cada, 1 Técnico de higiene dental (THD) e 1 auxiliar de cuidados odontológicos (AUCD).

#### **4.1.2 Recursos Disponíveis**

Ainda segundo a CSC, em 1999 o principal recurso que ela dispunha para a iniciar a implementação das primeiras ESF eram os sonhos pessoais. Os recursos financeiros foram os de sobra orçamentária da SMS. As estruturas físicas eram as já existentes, com exceção da Comunidade A, onde havia uma promessa de empréstimo de um ambulatório mantido pela Igreja Católica do bairro, nunca concretizada. Os recursos humanos foram os de gerência pertencentes ao quadro funcional da SMS e para o trabalho de campo os profissionais contratados através dos convênios realizados com ONG, Associações de Moradores e Cooperativa.

##### **4.1.2.1 Recursos Financeiros**

De uma condição de utilização de sobra orçamentária, o PACS/PSF passou a ter recursos próprios, sendo incluídos no Plano de Trabalho (PT) da SMS, a partir do PT 2000/2001. O repasse do governo federal só começou em 2001, devido ao longo trâmite na CIB do estado, para posterior aprovação na CIT e liberação da verba mediante ao cadastramento das comunidades e dos profissionais.

Hoje, no entanto, a gerência da CSC relata que o PACS/PSF tem um dos maiores orçamentos da SMS, recebendo verba inclusive diretamente do Gabinete do Prefeito, tendo sido liberado deste, no ano de 2003, cerca de 100 milhões de reais, para a sua expansão. Na ocasião da pesquisa era prevista a ampliação do PSF para mais 164 ESF e 26 equipes de PACS até dezembro de 2003.

Ainda segundo a gerência, o investimento por parte dos Gestores Municipais está sendo mais intenso no PSF em virtude da percepção do aumento dos incentivos do MS, dados através do PABA. Estes incentivos têm um aumento progressivo conforme o aumento da cobertura da população esperada. Hoje, são fontes fracas de financiamento estando o município do Rio de Janeiro ainda no nível mais baixo de repasse, recebendo apenas por ESF/ano R\$ 32.000,00, para cada equipe do PACS/ano R\$ 2.800,00 e para cada equipe de odontologia/ano R\$ 5.000,00.

O município do Rio de Janeiro também já conta com o Programa de Expansão de Saúde da Família para grandes Metrópoles (PROESF). Este programa é uma parceria entre o Banco Mundial e o MS, onde numa grande metrópole, que tenha acima de 5 milhões de habitantes, se espera que o PSF cubra 30% da população da cidade. Em sendo assim, quando o PSF do Rio de Janeiro atingir tal meta, será repassado um valor anual de \$4,20 dólares por habitante, até 1 milhão e 800 mil habitantes. Esse recurso é adicional, independente do PABA, e só pode ser usado para adequação de infraestrutura.

Não podendo ser utilizado para pagamento de pessoal, considerado pela Coordenação de Saúde das Comunidades o mais pesado em termos de financiamento do PSF. A contrapartida do Município neste convênio é assumir os Recursos Humanos.

#### **4.1.2.2 Recursos Humanos**

Na época do início da implementação, foram contratados para cada ESF um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), todos para 40 h de trabalho, com exceção da Comunidade A para qual foram contratados apenas 3 ACS e o médico para 30h de trabalho. Já nesse momento o município do Rio de Janeiro procurou ousar, com a contratação de uma equipe de odontologia composta por dois odontólogos de 20h trabalho cada, para a Comunidade B, e uma assistente social e uma sanitarista, ambas para 40 h de trabalho cada, que exerceram o papel de coordenadoras das equipes das Comunidades B e C, respectivamente.

As equipes das comunidades D e E contaram com a supervisão direta de uma médica de saúde pública do quadro funcional da SMS, e as equipes da comunidade E, com a direção formal da SMS do Posto de Saúde (PS), onde houve a primeira tentativa de inversão do modelo vigente de atenção básica para o PSF.

#### **4.1.2.3 Estrutura Física**

Como já mencionado anteriormente, uma das condições básicas para o início das primeiras equipes era a existência de local próprio, que no máximo exigisse pequenas reformas. Exceção feita ao PSF da comunidade A que, por não poder contar com a promessa de empréstimo do ambulatório da Igreja, ficou sem sede, tendo por isso dado início a um processo de intersetorialidade que deve ser exemplo a ser multiplicado para outras ESF. Isso ocorreu porque naquela época a comunidade A estava recebendo o Projeto Bairrinho, uma derivação de menor porte do Projeto Favela Bairro, da Secretaria Municipal de Habitação. Este projeto estava sendo executado em parceria com uma ONG externa de apoio local. Estes parceiros ficaram encantados com a proposta do PSF e o levantamento parcial dos dados de cadastramento apresentados então pela ESF. Foi a partir desta parceria local, que os setores macro orgânicos (Secretarias de Habitação e Saúde) da prefeitura se envolveram, resultando na construção de um prédio para o trabalho interdisciplinar do PSF e do núcleo de manutenção da urbanização do projeto Bairrinho. Enquanto esse projeto de obra corria os trâmites das Secretarias, a ONG e a Associação de Moradores local reformaram um antigo espaço onde funcionou de modo que provisório as equipes de ambas as Secretarias.

A comunidade C tinha uma construção anexa ao prédio da Associação de Moradores, realizada pelo Projeto Favela Bairro, a pedido da comunidade, sem, no entanto uma articulação mais adequada com a Secretaria de Saúde. Nesta unidade as obras de manutenção foram as que mais deixavam a desejar, apesar de estar recebendo material permanente, não podia instalá-lo, pois necessita de obras, inclusive da parte eletroeletrônica.

A comunidade B tinha uma antiga reivindicação de atuação da saúde na comunidade, quando os seus primeiros trabalhos organizados com o Estado datavam da época do Convênio entre a UNICEF e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Próximo a esta comunidade, na rua principal, existia um CIEP que fora construído com um setor ambulatorial, como era o projeto inicial, no qual a SMS pode realizar algumas obras e adaptar para as ESF.

A comunidade E já tinha um Posto de Saúde, onde se optou devido à dificuldade extrema de fixação dos médicos, por experimentar uma inversão de modelo.

A comunidade D foi a única que já tinha um trabalho estruturado, com a criação de uma ONG própria (Associação de Educadoras Comunitárias de Saúde), que dispunha de estrutura física própria e se assemelhava na ação a uma ONG que poderia exercer um contrato de Gestão, com compromissos bilaterais dos contratantes, de forma a beneficiar os usuários, interagindo profundamente neste sentido. Nesta localidade também houve auxílio da SMS na reforma da estrutura para a utilização das ESF.

Segundo a Coordenação da Saúde da Comunidade (CSC), até a época da pesquisa, não estava prevista a construção de prédios específicos para o PSF. O recurso para a estrutura física seria para alugar e adequar espaços para a ESF.

O Guia Prático do Programa de Saúde da Família (MS, 2002) preconizava que se a SMS não fossem construir um prédio adequado às funções do Módulo do PSF, deveriam ter um cuidado especial nas obras de manutenção (estrutura física, eletrônica e hidráulica). Também recomendava observar se existia boa ventilação e iluminação natural, e espaço adequado à circulação de pessoas, buscando atender o fluxo de pacientes e as normas de biossegurança, que não deveriam ser encaradas como mera formalidade.

Ainda segundo a CSC todos os módulos da implementação de 1999 ficam dentro das comunidades ou nas ruas dos acessos principais.

No momento da pesquisa os imóveis eram: de parceria com a SMH, através do Projeto Favela Bairro, Secretaria Municipal de Educação através dos CIEP, próprios da ONG Local, e próprios da SMS, antigos modelos de atenção básica. Ainda este ano haverá o processo de aluguel de espaços. A CSC afirma que são sempre realizadas obras de manutenção e adequação de espaço para o PSF.

É importante ressaltar que a relação máxima recomendada pelo Guia Prático de PSF do MS (2002) era de duas a três ESF por módulo e que se houver necessidade de mais ESF seria o melhor construir um novo módulo e não aproveitar o existente.

Quanto à estrutura, segundo o Manual de Atenção Básica do MS (2001), ela deveria dispor de um consultório para cada profissional de nível superior que faça atenção individual.

Não foi encontrada referência de padrão quanto ao espaço para atividades coletivas. O que deixa à deriva talvez o principal espaço a ser discutido numa mudança da prática sanitária. Através da pesquisa de campo observou-se que as ESF tentavam com todas as parcerias possíveis achar espaços para a ação coletiva nas comunidades. Às vezes as ESF tinham sucesso às vezes não, dependendo de poderem dispor do local quando precisavam. Na comunidade E as ESF tentavam trabalhar até com uma tenda armada no jardim externo. Na comunidade A, muitas das atividades eram feitas em praça pública. Na comunidade C quase não havia atividades coletivas.

Reputo que à medida que se vai definindo um novo modelo de atenção à saúde deva-se definir esses espaços com importância, no mínimo, igual com a dada na definição dos consultórios, pensando que além das atividades com a comunidade há necessidade de atividades de grupo intra e inter equipes de Saúde da Família, como parte fundamental do processo de trabalho.

#### **4.1.2.4 A compra e manutenção do Material Permanente.**

A compra do equipamento permanente era muito lenta, prejudicando o processo de implementação. O material solicitado para as equipes em 1999, só chegou em 2001/2002. Para superar este problema que inviabilizaria o PSF, a CSC solicitou às CAP e as unidades de principal referência (Unidades Mães) que ajudassem, deslocando o material de outras unidades, inclusive os que estavam sendo dispensados por substituição, para os Módulos do PSF.

Por este motivo foi que surgiu a idéia da absorção pelas ONG destas compras. A criação da ONG CIESZO (Conselho de Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste), em maio de 2002, para promover a operacionalidade de gestão dos Programas PACS/PSF. Essa solução foi adotada pela

prefeitura com o intuito de agilizar a operacionalização dos processos de implementação, garantindo a compra de material permanente. Foi considerada uma flexibilização da gestão, sem, no entanto ser regida ainda por contrato de Gestão. Esta ONG só iria atuar na Zona Oeste. Para o restante do Programa, a gerência afirmou que serão ampliados os convênios existentes e que deram certo até o momento da pesquisa, com algumas ONG que estabeleceram uma relação adequada ao funcionamento do Programa.

#### **4.1.2.5 A compra e manutenção do Material de Consumo.**

O material de consumo sempre foi comprado pela Superintendência de Serviços de Saúde, que fornece os insumos necessários ao funcionamento dos serviços de saúde.

Através das CAP e das unidades de referência principal (Unidades Mães) os materiais de consumo eram repassados.

O Núcleo de Saúde das Comunidades (NSC) apenas calculou uma cota inicial de material de consumo, para futuras adaptações a cada realidade de cada ESF, junto às Unidades Mães e às CAP, o que foi feito até o momento, e segundo a CSC de maneira eficaz.

### **4.1.3 O Convênio para a contratação das equipes.**

#### **4.1.3.1 Convênio com as ONG**

Em cada comunidade foram escolhidos parceiros para o desenvolvimento do programa.

Apesar dos convênios terem sido analisados pela Controladoria do Município, foram elaborados em nível central da SMS na Assessoria Jurídica da Coordenação de Recursos Humanos junto a CSC, sem a participação de outros grupos de trabalho. Nestes convênios estavam previstos os instrumentos para a contratação de pessoal. Sendo que o setor do Jurídico elaborou o convênio, e a Coordenação de Saúde da Comunidade (CSC) fez os Termo de Referência.

Na maior parte das comunidades optou-se por convênios com ONG, como foi o caso da comunidade A, com Associações de Moradores, como foi o caso das comunidades B e C, e ONG da própria

comunidade, como foi o caso da comunidade D. Apenas na comunidade E optou-se pela experiência da cooperativa de profissionais de saúde.

Esses convênios com as ONG eram frágeis juridicamente, não contemplando prestações de contas adequadas, tanto do gasto como do investimento comunitário, pressupondo inclusive ingerência técnica, quando a maioria das ONG envolvida não tinha cabedal para tanto. Na verdade, frente às lacunas do referido Convênio, eram solicitados por algumas ONG direitos de interferir no trabalho de campo, pois frente à Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), elas, por serem as contratantes de pessoal, eram as responsáveis por mantê-los empregados e, portanto também pela demissão e a escolha de novos empregados que fizessem em campo ou em instâncias de trabalhos determinados pelas ONG e não seguir determinação técnica da SMS. Algumas Associações de Moradores não conseguiram prestar contas do gasto adequadamente, e não efetuaram o pagamento dos salários para as ESF, estando em processo administrativo na prefeitura, até o momento da pesquisa.

A atuação de algumas organizações como as Associações de Moradores (AM) foi muito ruim, prejudicando o processo de implementação do PSF em algumas comunidades, e no caso das implementadas em 1999, as mais prejudicadas foram as ESF das comunidades B e C. Os profissionais destas comunidades tiveram enormes atrasos salariais, com dívidas pendentes até hoje junto às Associações de Moradores. Esses processos obrigaram a troca de Gestor Local e a interrupções do trabalho por meses, configurando uma grande dificuldade na implementação do PSF.

A CSC acredita que, por receberem o dinheiro do pagamento dos profissionais e realizarem a contratação em regime CLT, algumas dessas organizações se sintam chefes das equipes, querendo dirigir o trabalho, segundo regras próprias, não técnicas e às vezes pouco lícitas, interferindo muito no processo de trabalho do PSF. Como exemplo temos a interferência de algumas Associações na seleção tanto dos ACS quanto da Equipe técnica, com critérios de indicação pessoal, sem uma linha ética profissional. Ainda segundo a CSC esta situação frustrou muito a expectativa no que tange os princípios organizativos do PSF, a construção e o resgate da cidadania, alicerçado na participação comunitária tanto à gestão local, quanto geral do programa.

Os convênios eram regidos por cláusulas abertas, pouco definidas, possibilitando diversas interpretações jurídicas. Vejamos as principais:

*”Cláusula2: I O município através da SMS se compromete a: repasse de recursos financeiros para a conveniada; assumir a responsabilidade técnica do PSF na comunidade e o treinamento da ESF*

*(médicos, enfermeiros, sanitaristas, auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e eventualmente outros, que se fizer necessário; realização de acompanhamento e avaliação periódica do trabalho desenvolvido pela equipe através dos indicadores epidemiológicos e gerenciais já utilizados pela SMS; II A associação ou ONG se compromete ao recrutamento de candidatos à seleção de ACS de acordo com critérios do PSF; contratação dos profissionais de nível superior e médio para compor a ESF, previamente selecionados pela CSC; responsabilidade administrativa do PSF nas comunidades; envio de relatórios periódicos dos recursos financeiros utilizados....; e na cláusula III: caberá aos convenientes em conjunto o acompanhamento técnico-gerencial no PSF na comunidade". (ANEXO 6 - convênio com a Associação de Moradores do Borel).*

Os convênios estabelecidos com validade inicial de um ano previam a possibilidade de renovação caso fosse interesse dos convenientes.

Além desses convênios, cheios de brechas jurídicas que possibilitaram o desvio do trabalho, houve a experiência com cooperativa na comunidade E. Este contrato foi realizado apenas pelo Departamento Jurídico da Coordenação de Recursos Humanos da SMS e a cooperativa escolhida, sem a participação do Núcleo de Saúde das Comunidades. Esta cooperativa já prestava serviços ao Posto de Saúde (PS) municipal local, contratando profissionais, mais especificamente administrativos para o funcionamento desta unidade. Com o PSF, esta cooperativa fez o acordo de contratação por CLT dos ACS e os demais da equipe foram “contratados” por serviços prestados. Todos esses profissionais ganhavam menos que o previsto no convênio com as ONG.

A cooperativa foi uma escolha do Secretário de Saúde da época (1999), que queria testar todas as possibilidades de parcerias. A CSC relata ter sido contra a essa idéia, pois o PSF exigia contratos mais estáveis para a equipe ficar por 40h de jornada de trabalho, sendo isso impossível sem vínculo empregatício, levando a um fatal incremento na rotatividade das equipes. As cooperativas de saúde funcionam mais como empregadoras por prestação de serviços, sem vínculo empregatício, por isso elas não são um modelo de parceria adequada para ser Gestor local do PSF.

Exceto a Cooperativa, todas as outras instituições parceiras foram escolhidas pelo Núcleo de Saúde das Comunidades.

Em suma, a má interpretação dos convênios por algumas ONG e o contrato com a Cooperativa, na Zona Oeste, foram fortes indutores da alta rotatividade dos Profissionais envolvidos no PSF, fragilizando o processo de implementação do PSF.



Na época da pesquisa existia uma equipe no setor jurídico da Coordenação de Recursos Humanos da SMS, que continuava a produzir os convênios. Não obstante, esses convênios ainda continham deficiências, apesar de melhor que os convênios anteriores com as antigas ONG, pois foram revisados pelo Auditor e pelo Controlador Geral do Município.

Destaca-se a fala da Coordenação de Saúde das Comunidades que enfatizava as grandes e enriquecedoras experiências com ONG comunitárias como a CAMPO e a Associação de Educadoras Comunitárias de Saúde, fortalecendo a crença nessas organizações.

A CSC afirmava que apesar da precariedade dos convênios, eles foram fundamentais para a implementação do PSF, pois sem eles não haveria a possibilidade de contratação de pessoal.

#### **4.1.3.2 Contratação dos Profissionais da Equipe de Saúde da Família**

A contratação dos profissionais das equipes dos PACS/PSF para 1999 foi realizada mediante o estabelecimento de convênios com ONG ou Associação de moradores, sendo os recursos repassados pela SMS, que ficava responsável pela gerência técnica. Os profissionais eram contratados pelo regime CLT, a exceção da cooperativa que só contratava no regime CLT os ACS, como já relatado. A relação das equipes de PSF com a SMS se estabelecia via equipe das CAP e da CSC (MUNICÍPIO, 1999). Na época da pesquisa estas equipes estavam mais vinculadas às CAP.

Houve também exceção na comunidade E, onde alguns profissionais eram estatutários, principalmente devido à proposta de inversão do modelo. Como neste Posto de Saúde já havia lotado alguns funcionários do município, os chefes e os administrativos se mantiveram.

Para 2003, houve um processo de seleção de profissionais da rede, através do remanejamento e entrevistas, que para participar do PSF receberiam uma gratificação Saúde da Família, adequando assim os salários às 40h semanais necessárias, de maneira diferente para cada categoria. Os médicos tiveram seu nível salarial da rede, aumentado em até 4 vezes do que recebiam por 24 h, variando de R\$ 3.900,00 a R\$ 4.700,00, mesmo assim foi a categoria mais difícil de lotação. A CSC acreditava que isso foi devido ao mercado privado do médico, que possibilitava o recebimento de até mais que este rendimento. As demais profissões receberam gratificações inferiores, elevando o salário em até 2 vezes em comparação ao da rede. No entanto, não foi difícil cobrir as necessidades do PSF, pois estas categorias têm salários inferiores no mercado privado. Devido ao exposto a CSC previa a manutenção

de médicos contratados por regime CLT em muitas ESF. Todos os ACS também seriam mantidos em regime de contratação por CLT. Isso por si só fez com as novas equipes fossem mistas, de profissionais estatutários e de regime CLT.

A carga horária era 40h para a maioria dos profissionais. Exceção feita ao médico da comunidade A que na época da implementação foi contratado por 30h, pois a CSC achava que por ser uma comunidade pequena não precisava de uma equipe inteira. Isso também serviu de justificativa para a contratação de apenas três ACS. Outra exceção foi a contratação para a Comunidade B de os dois odontólogos por 20h cada e não apenas um por 40h. E por fim os profissionais estatutários que também faziam até o momento da pesquisa, a carga horária da rede, que era menor, e variava conforme a categoria.

A carga horária de todos os profissionais contratados por regime CLT no momento da pesquisa era de 40h semanais, e as futuras lotações de estatutários também seriam de 40h semanais.

As estimativas populacionais das comunidades da época induziram a formação das ESF para essas contratações.

Segundo o Guia Prático do PSF (2202), a relação de uma ESF para a população deveria oscilar entre 600 a 1000 famílias, não ultrapassando 4.500 pessoas. Não obstante onde houvesse maior risco, recomendava-se que a relação população e ESF fosse menor, para um atendimento adequado.

Em 1999 o município do Rio de Janeiro seguiu a relação máxima para alguns locais, como o PSF da comunidade B, com cadastro inicial de 9.000 moradores.

Por considerar todas as comunidades de “Baixa Renda” e portanto de grande risco social, a partir de 2002 a CSC passou a trabalhar com uma relação máxima de 3.500 habitantes por ESF.

#### **4.1.4 A seleção e contratação das equipes.**

A seleção do pessoal técnico (médicos, enfermeiros, sanitaristas, assistentes sociais e odontólogos) foi realizada por um comitê formado na Superintendência de Saúde Coletiva e pela Coordenação de Recursos Humanos, que publicou a convocação para a seleção em Jornais Correntes e avaliou posteriormente, os candidatos por meio de análise de currículos seguida de entrevista, classificando-

os e chamando a ocupar as vagas segundo esta classificação. Formou-se um banco de currículos que foi sendo progressivamente aproveitado, quando havia necessidade de repor pessoal ou de expansão dos Programas PACS/PSF (MUNICÍPIO, 1999).

Os ACS foram convocados pelas Associações de Moradores Locais junto com a equipe técnica já contratada, através de cartazes e meios de comunicações locais, e com a análise de currículo e as entrevistas efetuadas pelas CAP. Somente a equipe da comunidade D não sofreu este processo, pois já haviam passado por um curso de Educadoras Comunitárias de Saúde, e também já trabalhavam voluntariamente na comunidade. Como o convênio diz que a responsabilidade de seleção dos agentes é principalmente da associação de Moradores, esta ONG local solicitou executar sua função, considerando os trabalhos comunitários anteriores. O problema é que alguns ACS desse grupo não tinham sequer o curso primário realizado (até a 4<sup>a</sup>. Série). Isso dificultou o treinamento *in loco* dessa equipe (MUNICÍPIO, 1999).

Neste aspecto segundo a CSC o que mais dificultava era o desconhecimento por parte do grupo de pessoas que estavam lidando com o processo de seleção, de saber qual era o perfil mais adequado do profissional para trabalhar no PSF.

Outro problema detectado foi à falta de estrutura do grupo de seleção, para estabelecer critérios, não sendo este processo institucional naquela época. Com o passar do tempo o grupo teve adesão de parceiros internos e externos, inclusive o pessoal do Pólo da UERJ e da ENSP.

Na época da pesquisa o processo de seleção era bem fortalecido de forma institucional e contando com a experiência prévia. A última seleção foi a de mais de 500 profissionais da rede dentre mais de 1000 inscrições, quando foi criada uma comissão de seleção, na qual fez parte vários profissionais de diversos setores da SMS (SSS, SSC, CRH) e das universidades parceiras, dentre outros. Esta comissão estabeleceu escores de perfis para a análise dos profissionais, com maior amadurecimento para realizar o processo de seleção, que até aquele momento foi muito mais complexo e transparente.

As CAP, que em 1999 só fizeram parte da seleção de alguns ACS, naquele momento compunham o grupo de seleção.

Os Conselhos Comunitários que não participavam da seleção, na época da pesquisa eram figuras ativas na seleção dos ACS. Esta seleção passou a ter um grande número de inscrições e devido a isso

o processo de seleção já envolve prova escrita, com apuração do conhecimento básico de português e matemático, antes da análise de currículo e entrevista.

Segundo a CSC, atualmente é previsto para a seleção dos profissionais técnicos, o aproveitamento de profissionais que fizeram outros concursos para a SMS, não específicos para o PSF, submetendo-os a entrevistas, sem a previsão de nenhum concurso público específico para o Programa de Saúde da Família. Infelizmente, o remanejamento onde ocorreu a seleção de 2003 não conseguiu selecionar o número de médicos necessários para cobrir a expansão prevista.

No momento da pesquisa a CSC investia maciçamente na ONG Conselho das Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste (CIESZO), na qual sete instituições de ensino superior se uniram em maio de 2002, por sugestão do prefeito, e aprovação pelos Auditores e Controladores gerais do Município. Essa solução encontrada pela prefeitura teve como intuito agilizar a operacionalização dos processos de implementação dos PACS/PSF, garantindo a contratação de pessoal, a compra de material permanente, o aluguel dos espaços físicos, entre outras funções. Foi considerada uma flexibilização da gestão, no entanto, sem ser ainda, regida por contrato de Gestão. Como relatou na época da pesquisa, a CSC: *“hoje estamos assumindo com esta ONG um convênio de 84 milhões de reais para a realização da infraestrutura de suporte para as ampliações previstas ainda para esse ano”*. Esta ONG só atuaria na Zona Oeste. Para o resto do Programa, a CSC afirmava que seriam ampliados os convênios já existentes e que deram certo até então, como algumas ONG que estabeleceram uma relação adequada ao funcionamento do Programa.

#### **4.1.5 Treinamento:**

O primeiro treinamento foi desenvolvido junto ao Pólo de Capacitação de Pessoal para o Programa de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro, composto pela UERJ e UFF.

Os treinamentos para PSF foram realizados no Pólo da UERJ, e o primeiro foi para as equipes das Coordenações das Áreas Programáticas e algumas pessoas dos Programas de Saúde.

Segundo a CSC, este treinamento foi o verdadeiro início do processo de implementação do PSF do Rio de Janeiro, onde ela começava a ter interlocutores na Rede de Saúde.

Devido a uma discordância entre a Gerência municipal com a equipe da UERJ, no que tangia ao treinamento dos auxiliares de enfermagem, os quais ficaram muito perdidos nesta etapa inicial, o Núcleo e posteriormente a Coordenação de Saúde das Comunidades, experimentou várias

experiências de treinamento em parceria com a Cooperativa e com o Centro de Saúde Escola da ENSP.

A Estratégia de treinamento poderia ser resumida por este trecho de relatório interno: *“O primeiro treinamento voltado para os integrantes do núcleo de saúde da comunidade e profissionais das Coordenações de Saúde das 10 áreas de planejamento foi realizado pela UERJ. Então, inicialmente realizou-se no pólo de Capacitação da UERJ um treinamento em PSF para os gerentes regionais (1 assistente de cada uma das 10 áreas de planejamento) em conjunto com profissionais do nível central (Integrantes do Núcleo de Saúde da Comunidade) que se tornaram replicadores para treinamentos posteriores de novas equipes. O segundo grupo a ser treinado composto por profissionais das equipes das comunidades A, B, C e D também foi realizado pela UERJ em julho de 1999, em conjunto com a SMS. O terceiro grupo composto pelos profissionais das 3 equipes da comunidade E foi assumido pela SMS com o apoio da Cooperativa – Cooperar, parceria local escolhida e treinado em novembro de 1999.”* (MUNICÍPIO, 2001).

Até o momento da pesquisa o treinamento Introdutório tinha voltado a ser feito pelo Pólo da UERJ, só que em parceria com a SMS. A participação da SMS era importante enquanto apresentadora da Rede do município do Rio de Janeiro, pois a parte teórica do Treinamento Introdutório por si só é padrão e não auxiliava o profissional a se situar na realidade que iria enfrentar.

#### **4.1.6 Sistema de Referência e Contra-referência:**

Segundo a Coordenação de Saúde das Comunidades a referência era um grande “nó” do PSF, aqui e em todo o Brasil, na verdade um “nó” da atenção básica brasileira.

O problema de referência estava sendo contornado com o apoio local das CAP e das Unidades de Referência Principal (Unidades Mães). Nessas unidades, foram estabelecidos os melhores relacionamentos com os Módulos, onde a Direção era menos tradicional e entendia melhor o PSF. Segundo a Gerência do PSF, com essas unidades o trabalho fluía melhor, com uma concreta abertura das portas para as demandas das ESF.

Como o PSF passou a fazer parte da política das CAP isso obrigou o envolvimento direto, resultando na melhoria das referências internas.

No entanto, conforme demonstrou as entrevistas com os profissionais, as referências mais especializadas ou para emergências, sofriam dificuldades importantes e diferentes, de acordo com as Áreas Programáticas.

Na época da pesquisa, as preocupações da Coordenação de Saúde das Comunidades (CSC) estavam voltadas para a expansão prevista para a Zona Oeste, onde o problema de referência era ainda pior.

Uma das soluções apontadas pela Gerência seria a utilização do PROESF (Projeto para Expansão do Programa de Saúde da Família), que sendo um projeto de seis anos, liberaria verba específica para a adequação da rede de referência. A CSC planejava na época da pesquisa, concentrar a verba dos primeiros dois anos do PROESF na rede de referência para serviços de saúde municipal.

#### **4.1.7 Supervisão: Gerencial e Técnica.**

Ate o momento da pesquisa e por dois anos, o programa ficou sem supervisão gerencial nas ESF e nunca houve um grupo de supervisão técnica para cobrir as diferentes comunidades. Isso se deveu por não haver estrutura, principalmente financeira, para organizar tais esses grupos.

Na época da pesquisa, com a implantação da gratificação de Saúde da Família, tornou-se possível à criação de grupos de supervisão parecidos com o programa de Médicos de Família de Niterói. Nesta época, cada CAP já tinha 1 ou 2 supervisores que representam a extensão da CSC. A partir do ano de 2003, segundo CSC, estes supervisores estariam em ação.

Com o processo de expansão do PSF, ainda no ano de 2003, seriam criados Grupos de Atividade Técnica (GAT) compostos por cerca de 13 profissionais, dentre eles Médicos gineco-obstetras, pediatras e clínicos, um responsável pela saúde mental, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, dentre outros. Cada GAT atenderia entre 10 e 15 ESF. A tentativa seria de dar suporte para aumentar a resolutividade na comunidade e diminuir, assim, a necessidade de referência.

#### **4.1.8 Educação Continuada**

Desde 1999 a Educação Continuada vinha ocorrendo com as coordenações de programas da SMS, em cursos na maioria, não específicos para PSF, sem a ligação holística necessária para a aplicação na prática do PSF. Desta maneira se ofereciam cursos pontuais que não satisfazem à prática do PSF.

Segundo a CSC, a partir de agosto de 2003 estava previsto o início de um curso de Especialização em PSF em convênio com a Universidade Estácio de Sá, o qual seria obrigatório para todos os profissionais do Programa de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. A partir daí a Coordenadora de Saúde das Comunidades afirmou que estaria lançado um grande programa de educação continuada, inserindo inclusive as entidades de ensino superior da Zona Oeste.

No ano de 2002 houve uma primeira oficina de processo de trabalho no Saúde da Família na Universidade Estácio de Sá, e a partir de 2003 a intenção era realizar mais oficinas similares.

A CSC acreditava que só através da educação continuada poderia ser rompida a cultura de verticalização de Programas herdada da história da Saúde Pública brasileira. Na verdade as equipes refletem a visão programática vertical da própria SMS, que por sua vez reflete a lógica do próprio MS.

#### **4.1.9 Pontos que facilitaram e dificultaram a implementação do PSF no município do Rio de Janeiro.**

##### **4.1.9.1 Fatores que facilitaram a implementação desses PSF, segundo a CSC.**

A Coordenação da Saúde das Comunidades (CSC) acreditava que na época da pesquisa os gestores da SMS e prefeitura passariam a perceber a importância Nacional do PSF, o que a CSC considerava um Movimento Nacional irreversível: *“Agora tudo facilita a implementação do PSF, a começar pelos gestores municipais, tais como: o Secretário de Saúde e o Prefeito, incluindo sua assessoria, que estão muito envolvidos no Programa de Saúde da Família”*.

A CSC acreditava que estávamos vivendo um grande momento histórico: *“É como se estivéssemos entre o início e meados do século XX para outros países como o Reino Unido, Canadá e mesmo*

*Cuba, que, no entanto, são modelos muito médicos. O modelo adotado no Brasil que também é seco e centrado no médico, no entanto diferente e mais avançado, pois introduzimos a representação da população no trabalho de saúde, ao inserirmos os ACS, investindo assim na participação comunitária, no resgate da cidadania e no empoderamento do cidadão. O modelo da estratégia do PSF é bem mais ampliado que os outros modelos dos outros países”.*

Como já citado a operacionalização era outro entrave do PSF, a criação da ONG Conselho das Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste (CIESZO), em maio de 2002, foi a solução dada para a flexibilização da gestão, promovendo a operacionalidade de gestão dos Programas PACS/PSF, sem, no entanto, ser regida por contrato de Gestão.

Ainda segundo a CSC no nível central da SMS os outros setores e serviços já conheciam o PSF. No início a Coordenação de Saúde das Comunidades era muito pouco procurada pelos outros Programas da Secretaria, e isso dificultava a implementação do PSF. Na época da pesquisa era grande a procura, surpreendendo esta Coordenação: *“Está fácil fazer parceria com os outros programas”*. A CSC percebia que estariam começando a ser rompidas as resistências internas e se no início os outros Programas pensavam que o PSF era mais um programa vertical similar aos já existentes, naquele momento esses coordenadores tinham certeza que os programas verticais tradicionais da SMS eram os que deveriam ser inseridos no PSF.

Outro aspecto facilitador, segundo a CSC, foi a oportunidade de estabelecer novas parcerias internas, sendo considerado enquanto marco inicial da implementação do PSF o treinamento com todas as equipes das Coordenações das Áreas Programáticas, e dos outros Programas de Saúde, iniciando-se a partir daí um processo de diálogo com as outras instâncias da SMS.

No momento da pesquisa a CSC atribuiu o melhor relacionamento com as CAP devido ao maior envolvimento, como uma relação de confiança instituída.

Um aspecto que facilitou a implementação foi o Treinamento Introdutório realizado com representações das CAP, do CRH e do Núcleo de Saúde das Comunidades (NSC), e segundo a CSC se naquele momento isso não tivesse ocorrido, seria impossível a implementação do PSF.

O grande medo da CSC era que o Programa de Saúde da Família fosse apenas mais uma estrutura da SMS para a rede de saúde. O que a CSC desejava era que o PSF fosse a grande Porta de Entrada da



Rede, e no momento da pesquisa, a CSC já estava observando que esta percepção era a do restante da rede também.

Quanto as ESF um aspecto facilitador mencionado pela CSC era que a maioria das ESF estava realmente criando um vínculo com a comunidade, sendo as ESF que tiveram maior rotatividade, as que estariam com pior vínculo em área.

#### **4.1.9.2 Fatores que dificultaram a implementação desses PSF, segundo a CSC.**

A burocracia do setor público dificultava a operação, como o retardo da compra de material permanente. Isso foi considerado pela CSC como uma grande dificuldade na implementação do PSF. Outro aspecto foi à falta real de prestígio do Programa de Saúde da Família entre os Gestores de cume da SMS (Secretário de Saúde), e até mesmo do Prefeito.

Também, como já citado no início deste tópico, a CSC era muito pouco procurada pelos outros Programas da Secretaria, e isso dificultava a implementação do PSF.

No início, o relacionamento com as CAP era amigável, porém sem envolvimento, com uma certa disputa de espaços, provavelmente por desconhecimento da proposta do PSF, dificultando o início da implementação do PSF.

A CSC acreditava que a atuação de algumas Associações de Moradores (AM) foi muito ruim, e, como já citado anteriormente, prejudicou o processo de implementação de algumas ESF. Como exemplo temos a interferência de algumas Associações na seleção, tanto dos ACS quanto da Equipe técnica, com critérios de indicação próprio, sem uma linha ética profissional.

Outro aspecto que dificultou a implementação do PSF foi perceber que ainda não havia um trabalho em equipe, com a formação de verdadeiros guetos internos nas ESF. Isso refletiu no trabalho coletivo/grupos que ainda se mostrava incipiente.

A dificuldade em trabalho de equipe também foi justificada pela CSC devido ao despreparo dos profissionais, que ou procuravam o emprego como um incremento salarial, ou iam para as equipes por gostarem apenas de trabalho comunitário. Segundo a CSC: *“Esses profissionais só sabem trabalhar através da pedagogia da transmissão, realizando no máximo palestras com a comunidade. É*

*necessário ter uma nova construção cultural para a mudança do trabalho comunitário, e isso ainda está em processo. Esta situação não é geral e existem ESF inovadoras, com práticas extremamente alternativas, no entanto isso vem dependendo da ação individual de alguns membros da equipe”.*

A não criação dos Conselhos Locais de Saúde também demonstrava a dificuldade de implementação, pois segundo a CSC o Programa e as ESF deveriam ainda amadurecer muito para daí então decorrer tal desdobramento.

Finalmente, um aspecto delicado foi a violência e o processo de implementação do PSF. A Coordenação de Saúde das Comunidades achava que o “fantasma” da violência atrapalhava mais do que ela própria. A CSC explicou que a história de violência dificultava a contratação de pessoal, principalmente o profissional médico: *”O medo da violência potencializa a realidade!”*.

Já na comunidade a CSC avaliava que a violência era mais difícil para as equipes que tiveram um pior vínculo com os moradores, pois são eles geralmente, quem as protegem.

No entanto, a CSC afirma que a violência atrapalhava sempre, pois dificultava as visitas domiciliares, o planejamento de outras atividades e até o acesso ao módulo, pois às vezes os módulos do PSF eram obrigados a ser fechados. Porém a CSC ressaltou ser esta a nossa realidade e a ser necessário a adaptação pelas ESF a violência.

## **4.2 Perfil de Saúde das Comunidades e Caracterização do momento inicial da Implementação do PSF**

O perfil de Saúde das Comunidades foi analisado segundo o cadastramento realizado entre outubro de 1999 e maio de 2000, utilizando a Ficha A específica do município do Rio de Janeiro que difere do SIAB Nacional por já conter, na época, os seguintes dados: procedência da família e tempo de moradia na comunidade, frequência e grau de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, participação em grupos de saúde, condições de saúde bucal, com algumas adaptações das outras informações, tais como, nome do plano de saúde, procura de atenção médica na rede privada, jornal e revista como meios de comunicação, conselhos comunitários como participação em grupos locais e trem, metro e bicicleta nos meios de transporte. (Anexos 1 e 2).

Para esta avaliação foram dispostos os dados da Ficha A do Município do Rio de Janeiro, contidos nos relatórios de atividade de implementação de cada PSF estudado, da Coordenação de Saúde das Comunidades, e optou-se pelas seguintes variáveis: grau de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar e participação em grupos de algumas comunidades.

Para complementar os dados contidos nos relatórios supracitados, foram utilizados a observação de campo, no momento das entrevistas, e os questionários individuais (Anexos 4 e 5). Como citado no início do capítulo, durante o processo de entrevistas, foram anotadas as falas espontâneas dos entrevistados. Quanto aos profissionais das ESF, além destas anotações, promoveu-se discussões coletivas sobre os principais pontos abordados no inquérito estruturado, que nortearam a análise, onde foi percebido a idéia central possibilitando o entendimento do conteúdo discursivo, explicitados pelos sujeitos em seus depoimentos, estabelecendo diferentes nós críticos por ESF estudadas.

As visitas e entrevistas nas comunidades foram realizadas em respectivamente: comunidade A em 04/10/2002, comunidade D em 11/10/2002, comunidade B em 22/11/2002, comunidade C em 17/01/2003 e comunidade E em 31/01/2003.

Cabe ressaltar que o trabalho de campo se estendeu até fevereiro de 2003, devido à violência local que impediu a circulação nestas comunidades ainda em dezembro de 2002. Não foram alterados os meses de estudo do SIAB, pois este atraso foi considerado pequeno, sem grande potencial de interferência na avaliação global comparada com aos indicadores e marcadores do SIAB no semestre estudado de 2002.

<b>Quadro 4.3 - Perfil Estrutural das Comunidades pesquisadas</b>					
<b>Comunidades</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Unidades de referência Principal - Unidades “Mães”	CMS	CMS	CMS	UIS	PS
Tipo de terreno	Inclinado	Inclinado	Plano	Plano	Plano
Presença de Rios ou Córregos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim*
Lixo nos Rios/ Córregos	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Prédio do Módulo	Provisório**	CIEP	Ass. Moradores	Próprio	PS/ SMS
Manutenção Prédio	Boa	Regular	Ruim	Muito Boa	Boa
Disposição de Consultórios	2 cons: 2 ME	4 cons : 4 ME	4 cons: 4 ME	4 cons : 4 ME	3 cons : 6 ME***
Sala para Trabalhos					
Coletivos*****	Atual/ sim	Não	Não	Sim	Não
Gestor Conveniente	ONG externa	AM e Ong Externa	AM e ONG externa	ONG Local	Cooperativa/ ONG externa
Presença de Equipe. Odontológica ****	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Presença de Outros tipos de PNS	Não	Sim	Sim	Sim*****	Sim

\*Rio canalizado, subterrâneo, \*\* Modulo até agosto de 2002, \*\*\*Relação das ESF estudadas,

\*\*\*\*\*Comunidades: A= 1 odontólogo provisório; B= 1 odontólogo 20h; E= 2 equipamentos odontológicos para atuais 5 ESF

\*\*\*\*\* 1 Assistente Social 20h.

#### **4.2.1 Comunidade A**

Era uma comunidade íngreme que nasce na parte superior e ao longo da mata e da estrada, mergulhando ao redor da cachoeira, em direção à praia e ao deságüe da cachoeira. A comunidade era estreita cheia de Becos, Vieiras e Travessas que não se comunicavam, necessitando sempre de um vai e vem para andar por toda ela.

Segundo a ESF, a comunidade A era pequena, acompanhada dos contornos da Estrada arborizada e crescia no subterrâneo, ao longo da margem de uma cachoeira. A comunidade era cortada por um córrego, onde os despejos de esgoto sem tratamento e lixo urbano eram freqüentes. Ao mesmo tempo em que apresentava uma população que se aglomera num pequeno território, crescendo para baixo, possuía serviços básicos, como exemplo: ausência de valas abertas, calcamento, luz elétrica, transporte e comércio local. Neste pequeno território, viviam famílias que, em sua pobreza, possuíam características que a distinguiam: existência de moradias que foram construídas ao longo da estrada, e, portanto, conseguiam ter acesso a área arborizada, ensolarada e com boa ventilação, contrastando com a grande maioria das famílias, aglomeradas em moradias que foram construídas ao longo da margem da cachoeira, que se adaptaram em seu modo de viver ao subterrâneo: sem sol, onde o

concreto substitui a vegetação, não havendo ventilação e com odor fétido que era uma das conseqüências do lixo e dejetos depositados na cachoeira, apesar da coleta do lixo ser realizada de casa em casa regularmente.

Segundo informações locais, a população desta na comunidade era basicamente de origem mineira e nordestina.

A ESF relatou: *“Nos chamou atenção, um número considerável de homens sem ocupação ou atuando no diversificado comércio local, constituído em sua maioria de bares.”* Essa ociosidade e seu potencial de risco social fomentava uma grande preocupação, por parte dos líderes comunitários, pois essa comunidade era considerada sem violência por seus moradores.

Ainda segundo a ESF as mulheres eram atuantes, procurando as reuniões de auto-ajuda em grupos. Foram elas que informaram da existência de uma micro-área crítica, onde se concentra o foco das doenças e dos problemas sociais na comunidade.

Também segundo a equipe na época da implementação havia uma questão de conflito entre os moradores de um condomínio de classe média alta, que temiam perder suas áreas para a população empobrecida que sempre cresce a margem da cachoeira, entremeando por entre as matas.

Segundo informações, a comunidade possuía como símbolo duas canoas, pois sua origem estava associada ao trajeto que a população indígena realizava, sendo também o caminho de uma cachoeira, que era um dos obstáculos, e por este motivo, os índios e depois os moradores faziam o percurso a pé, transportando as canoas em suas cabeças. Aos poucos essa população foi fixando moradia ao longo da cachoeira, criando-se assim a comunidade.

Existia ainda na época da pesquisa uma tentativa de divisão política territorial na comunidade, entretanto, as famílias consideravam que historicamente a Comunidade A era uma única comunidade.

O módulo do PSF ficava localizado na Estrada, principal via de acesso à comunidade, na praça principal, num prédio construído em parceria com a ONG externa com trabalho antigo no local e a Secretaria Municipal de Habitação.

O módulo compreendia 2 andares, onde o primeiro era composto por 2 consultórios, uma sala pequena para dispensar medicação e guardar material de consumo, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala de esterilização, uma ante sala de recepção e uma recepção, além de um banheiro

para a comunidade.

No segundo, andar além dos banheiros para os funcionários, funcionava uma pequena copa e uma sala para reuniões comunitárias.

Segundo a equipe, em contraste com o módulo anterior que funcionava no penúltimo subsolo do prédio onde funciona a ONG local propriamente dita, responsável por atividades educacionais e profissionalizantes na comunidade. O andar era dividido com madeira fina, onde se distribuía um pequeno almoxarifado que tudo guardava, de remédio a comida, uma sala de recepção e um consultório, com banheiro. Também havia a possibilidade de usar uma sala no segundo subsolo, onde funcionavam outras atividades comunitárias. O local ficava a beira da cachoeira, poluída por esgoto e lixo, e permeava as águas das chuvas. Eram abundantes os insetos e ratos, o mau cheiro, além da umidade e da baixa luminosidade, enfim muito insalubre.

A equipe era ainda é composta por um médico, que na época do início da implementação fazia 30h semanais e no momento da entrevista, 40h semanais, como os outros membros da equipe, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e apenas três ACS.

Ao visitar esta comunidade percebeu-se a dificuldade que a ESF havia passado, devido à falta, até agosto de 2002, de local apropriado para o exercício das atividades, quando a unidade planejada pela equipe e pela SMH, através do Projeto Bairrinho foi finalmente inaugurada. A falta de sede levou esta ESF a se submeter a uma situação de instalação muito precária por 2 anos, atrapalhando muito o processo de implementação. Após uma inundação a equipe se recusou a retornar ao local, passando a trabalhar na creche comunitária local nos primeiros 6 meses de 2002.

Portanto, ressalta-se que o problema causado pela falta de espaço físico prejudicou bastante a implementação, mas não a interrompeu, o que faz pensar que o Programa de Saúde da Família em geral, é realmente muito mais que um serviço de Saúde.

Ao realizar a entrevista coletiva com essa equipe o assunto do local de trabalho dominou grande parte da dinâmica. Relembrando a história, na época que foram conhecer a comunidade ao ser revelado que havia um espaço ambulatorial da Igreja, e que nele funcionou um trabalho comunitário gerido por uma ONG não local, a equipe técnica imaginou ser um espaço possível para a implementação do PSF na comunidade, com um consultório, uma sala de curativos, e uma sala de espera. Ao conhecerem o local, foi uma decepção. Este estava em atividade e mantinha trabalhos comunitários com um

consultório odontológico, grupo de Mulheres, horta e biblioteca comunitária. Sobrava apenas o consultório médico e em alguns dias da semana, a sala de espera para organizar todo o trabalho do PSF e localizar a equipe. Apesar disso, os profissionais diziam que se fosse emprestado o espaço possível do ambulatório, seria melhor do que ficar sem nada. Quando foram pela segunda vez na comunidade ouviram que: *”O local que nós teríamos, apesar de horroroso, a gente não teria mais!. Não ter sede foi um processo frustrante e angustiante, e espero que nenhuma ESF passe mais por esta experiência. É ficar sem perspectiva de trabalho. O pior é que a sede provisória era muito ruim, num porão colado à cachoeira, extremamente úmida, sem ventilação e insalubre. Nós só fomos pra lá porque pensávamos que seria por 6 meses. Esses 6 meses de obras se tornaram 2 anos. No final fizemos um movimento trabalhista, dispostos a sair do PSF se tivéssemos que retornar para aquele buraco”*. O paradoxal foi que a chegada do PSF havia sido fruto da luta do grupo de saúde que trabalhava no ambulatório da Igreja, o que resultou em uma profunda tristeza naquele grupo também. Foi a partir deste momento que a ESF e o grupo da Igreja pediram ajuda a ONG externa e que o processo do abrigo provisório e da sede permanente foram deflagrados.

#### **4.2.2 Comunidade B**

O módulo do PSF localizava-se na rua, principal via de acesso da comunidade, no prédio do ambulatório do CIEP.

Na entrevista a equipe relatou que o módulo fora reformado pela SMS em 1999. Ele dispunha de 4 consultórios, um com banheiro interno, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala para dois equipamentos odontológicos, um banheiro público, um salão que servia como almoxarifado, dispensário de medicações e setor administrativo, com um banheiro para os profissionais e uma pequena copa. O módulo também apresentava uma varanda descoberta para espera e um corredor interno, também usado para espera. Não havia recepção como área específica. Para atividades coletivas o grupo tinha que negociar com o CIEP salas vazias, ou a biblioteca, que ficava próxima ao Módulo. O escovário para as atividades de prevenção bucal do CIEP ficava no pátio interno, que era aberto e quando este não funcionava os cavalos invadiam para pastar.

No entanto, apesar da boa manutenção do módulo, ele estava sendo pintado durante a época das entrevistas, este módulo ainda deixava a desejar para a disposição de uma equipe tão extensa. Nele

não existiam salas separadas para a dispensa de medicamento, almoxarifado e sala da administração. Segundo a ESF, isso confunde e provoca muito desvio de material, principalmente de medicação.

Para atender a comunidade B foram implantadas duas ESF com 1 equipe odontológica e uma Coordenação local, num total de 25 profissionais: 12 ACS, 2 Enfermeiros, 2 Médicos, 2 Auxiliares de enfermagem, 1 Assistente Social – sanitaria para a coordenação, 2 Dentistas, 1 THD (Técnico de Higiene Dental), 1 ACD (Atendente de Consultório Dentário) e 2 Agentes administrativos.

Era uma das equipes mais completas de 1999, envolvendo uma experiência de ampliação da equipe mínima do Ministério da Saúde (1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 ACS).

Segundo a equipe, a comunidade B era formada por três comunidades distintas, sendo que uma era rival das outras, não permitindo livre acesso simultâneo nem de ACS, muito menos dos enfermeiros e dos médicos. Este problema foi detectado logo no início, o que inviabilizou o trabalho nesta terceira comunidade.

A comunidade B foi fruto da ocupação das antigas fazendas de café da região, sendo sua população basicamente oriunda de negros e brancos portugueses, sendo construída na ascensão do morro, chegando a curvar o seu topo. Na base começa a expansão de ocupação mais recente, datando de uns 20 anos, ao largo do canal local. Portanto, esta parte era plana, com uma tendência a verticalização no seu crescimento apartamentos e casas sobrepostas.

O grande problema destas ESF foi à descontinuidade do pagamento realizada pelo Gestor Local (Associação de Moradores), deflagrando um rompimento do contrato de trabalho, com perdas salariais que ainda não foram repostas. Em virtude disso houve uma interrupção dos trabalhos que durou cerca de 7 meses, que só começou a ser sanada em 2002 com a concretização da mudança do Gestor Local para uma ONG externa.

Em 2002 o trabalho recomeçou com a contratação de novos profissionais, tais como a coordenação local, os médicos, um dentista, um THD e um ACD, e vários ACS, bem como a nova divisão de micro-áreas de trabalho, ambos os movimentos incrementando grandes mudanças nas ESF.

Segundo as ESF os moradores ainda estavam em processo de criação de vínculo com os ACS novos e os que mudaram de micro-área, bem como os novos médicos e a equipe odontológica.



Segundo esta ESF, por ter havido muita rotatividade de profissionais, esse se tornou o foco dos problemas deste PSF. Antes mesmo da interrupção de pagamento essas ESF já rodavam, principalmente pelo desentendimento com a direção da Associação de Moradores no final do primeiro ano de trabalho. Aquela direção, que se achava chefe das ESF, provocou a demissão de alguns integrantes com o intuito de colocar pessoas de “confiança” no lugar. Este movimento provocou a demissão voluntária de outra parte das equipes. A insegurança com esse Gestor incentivou por si só a rotatividade antes mesmo da ruptura salarial.

Outro problema apontado por essas ESF foi o volume e o ritmo de trabalho que demanda a comunidade. Alguns profissionais apontam a banalização dos princípios de humanização e vínculo, com a admissão de um atendimento quase igual ao pronto atendimento, tão mal fadado na atenção à saúde, em frontal discordância com os já citados princípios básicos que regem o PSF: *“a população é muito empobrecida e doente necessitando de atendimento. O CMS reforça essa demanda para o módulo. O módulo está, no momento, mal dimensionado para essa demanda”*.

Segundo as ESF, outro problema foi que os médicos chamados para cobrir as necessidades tiveram muita dificuldade de largarem os seus outros vínculos empregatícios para uma dedicação quase que exclusiva para ao PSF.

As enfermeiras das ESF se sentiam respeitadas pela comunidade que sabia distingui-las das auxiliares de enfermagem, entendendo que elas podiam prestar consultas.

Esse aspecto foi também percebido nas entrevistas com os moradores, que ao serem indagados sobre o nome do médico que os atendia, muitas vezes falam o do enfermeiro, relatando que quase nunca iam ao médico e era sempre o enfermeiro que o atendia.

Ao entrevistar os moradores percebeu-se que eles reconheciam muito bem o módulo do PSF, apesar da parada do programa por 7 meses.

A ESF falava: *“agente passou fome, pediu carona nos ônibus, fizemos mutirão para ajudar quem mais precisava, mas não desistimos do trabalho e isso possibilitou este PSF estar se recuperando tão rapidamente”*.

Outro “nó” crítico era o fluxo de referência. As ESF encaminhavam pouco para fora, pela dificuldade enfrentada pelo morador de ser atendido em algumas referências. Na época da pesquisa o fluxo das referências estava mais fácil, mas melhorou pouco. As ESF ainda não se sentiam acolhidas pela CAP

e pela Unidade Mãe, pois estas se envolviam pouco com os problemas do Módulo no que tangia a operacionalização da referência, supervisão e acompanhamento técnico/operacional.

As ESF relatavam muitas dificuldades de trabalho em equipe, por conta da diversidade de formação dos profissionais e de elevada rotatividade, gerando divergências e contradições no processo de trabalho.

As ESF achavam que a relação com a comunidade ainda estava muito distante e que as ESF conheciam pouco o que ocorre nela: “*nós somos isolados no nosso trabalho*”. Alguns profissionais apontavam que já estavam reiniciando o caminho do contato coletivo com a comunidade, mais ainda de modo incipiente.

As ESF se sentiam reféns da violência local, que intervia tanto no trabalho de campo quanto no trabalho do módulo.

O cadastramento foi uma aventura, pois ninguém sabia ao certo a estimativa da população da comunidade B, uma comunidade íngreme, formada por vários becos, vielas e travessa.

### **4.2.3 Comunidade C**

A comunidade C foi fundada por cariocas da periferia e migrantes nordestinos, com ocupação precária de um manguezal, desde os anos 70, aterrado inicialmente por lixo e entulho, seguido de aterro com material de terraplanagem, com ampliação da ocupação pela orla de baía de Guanabara. Esta comunidade era plana, marginada por um córrego que desaguava na baía, porém localizada próximo a um grande centro de atividades econômicas.

Nesta comunidade ocorreu o Projeto Favela Bairro, quando derrubaram casas fixadas sobre palafitas com a relocação dos moradores das áreas de risco. Este projeto construiu uma ciclovia próxima à margem da baía, a fim de limitar a expansão da comunidade para a área de manguezal, integrando ao acesso viário da estrada. Naquele momento (de 1995 a 1997), houve a implantação de redes de água pública, esgoto e drenagem, sistema de limpeza urbana e coleta de lixo, iluminação pública e reflorestamento. Foram criados programas educativos, esportivos e recreativos, de geração de renda e de educação sanitária.

Essas melhorias propiciaram um aumento do comércio na região, que possuía na época da pesquisa, serviços bem variados. A Secretaria Municipal de Habitação também fazia um trabalho de manutenção das obras. O Rotary Clube colaborava com a implantação de cursos e ajuda financeira. Apesar dessas melhorias implantadas pelo projeto Favela Bairro e parcerias, a comunidade continuava a jogar o lixo na baía, com descuido do ambiente, agregado a um alto índice de desemprego representando um alto grau de risco social.

O Módulo do PSF foi construído pelo Projeto Favela Bairro, contíguo ao Prédio da Associação de Moradores (AM), na praça central da Comunidade.

Este Módulo dispunha de 4 consultórios, um deles com banheiro interno para ginecologia, uma sala de curativo, uma sala para vacinas, uma sala grande que servia de almoxarifado e dispensário de medicamentos, um banheiro para a população e uma copa em conjunto com a Associação de Moradores, que permitia a comunicação direta desta com a parte interna no módulo. A recepção ficava numa reentrância do corredor. Na parte externa, havia banco de concreto com cobertura, tipo marquise. Os pacientes esperavam no corredor do módulo e na parte externa, pois similar ao módulo do PSF da comunidade B, alguns consultórios tinham abertura para a varanda externa. Não havia sala própria para reunião, sendo necessário pedir emprestado à AM.

Na época do início da implementação do PSF este prédio sofreu reforma de adequação e entrega material permanente. A equipe também referiu que a CAP sempre mantinha material de consumo em dia. No entanto, na época da pesquisa faltava material para curativo e preservativos masculinos para a população. Também nesse momento, o prédio encontrava-se mal conservado, com ventilação precária, sendo muito quente, o que tornava o trabalho muito difícil. Alguns materiais permanentes, como ares condicionados e geladeira estavam no local, porém sem uso, esperando obra para adaptação da rede elétrica. Segundo a ESF, após a inauguração, os materiais permanentes vêm chegando, porém foi impossível por em funcionamento a sala destinada à vacinação. A ESF achava que era muito importante ter vacina no módulo, pois a passagem de ônibus era cara e dificultava o deslocamento dos comunitários acentuando o atrasando nas vacinações.

A ESF inicial era composta por 1 sanitarista para a coordenação, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 6 ACS. No entanto, essa equipe mostrou-se pequena para o tamanho da comunidade. Em 2002 este PSF foi aumentado em uma ESF, com a contratação de mais 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 6 ACS e 1 auxiliar de serviços gerais.

Estas ESF também sofriam com de alta rotatividade. Desde 2000, antes das dificuldades de receber pagamento, este PSF nunca funcionou com equipes completas. Ou não tinha enfermeiro, ou não tinha médico. Esse parecia ser, naquele momento, o principal problema, tanto para as ESF como para os moradores da comunidade C.

Essa equipe também tinha muitos problemas com o Gestor Local. Antes da pesquisa haviam ficado meses sem receber salário, sendo necessário a troca de gestor local, para manter o contrato de trabalho. No entanto, o novo gestor autoriza o anterior a continuar mandando, enquanto chefe do PSF. Em função disso a equipe se mostrou muito amedrontada com a possibilidade de demissões e apesar de todas as explicações dadas, encarou as entrevistas desta pesquisa como prenuncio disso. O que mais amedrontava essas ESF foram às visitas domiciliares. Felizmente este sentimento não atrapalhou as entrevistas com os moradores. No entanto, as entrevistas individuais e coletivas com os profissionais ficaram sensíveis a variável “medo de perder o emprego”. Durante essas entrevistas percebeu-se que existe uma cisão interna entre as ESF: nova e a antiga. A nova não se sentia igualmente favorecida, no que tangia alguns benefícios, tais como a participação em cursos.

As ESF também se sentiam pouco amparadas pela Unidade Mãe, se sentindo excluídas da rede da SMS.

As ESF reclamavam muito, principalmente os auxiliares de enfermagem, da falta de treinamento, tanto o introdutório quanto os de educação continuada. Quanto à supervisão a atual administração da CAP faz mais a supervisão gerencial.

Um dos problemas mais difíceis de referência citados pelas ESF foi a dificuldade da referência formal ser aceita pelo Hospital Municipal local. As ESF relatavam ser preciso ir um ACS uniformizado para que alguém no H Municipal local atendesse o paciente.

#### **4.2.4 Comunidade D**

A comunidade apresentava-se plana cortada por um canal, onde eram jogados os dejetos sanitários de parte de todo o bairro, ou seja, das outras comunidades ribeirinhas. Também neste canal transitavam quantidades enormes de lixo, que desciam do bairro e também eram jogados pela própria Comunidade estudada, mesmo após terem sofrido várias enchentes com muitas mortes.

Segundo as ESF, na época da implementação do PSF, o esgoto ficava parcialmente a céu aberto em pequena parte da comunidade, sendo que o sistema de esgoto existente era precário e jogado “in natura” dentro do canal, que beirava toda a Comunidade, comportando-se assim como um “valão”.

Ainda, segundo as ESF, em toda a Comunidade se via muito lixo espalhado no chão, tanto nas ruas como no Canal, o que era paradoxal pelo fato de possuírem, fazia anos, coleta de lixo regular e diária com presença de garis comunitários.

Toda a comunidade possuía água encanada, que cai na caixa d’água, porém, com baixa pressão, induzindo, em épocas de seca, ao uso de reservatórios inadequados, fonte de inúmeras doenças, a exemplo da Dengue.

Esta comunidade atribuía o problema da água a chegada das fábricas de guaraná, cerveja e cimento, que consumiam muita água para as suas produções. Essas fábricas também eram as principais fontes de poluentes da comunidade: com despejo do lixo industrial, jogado “in natura” no canal, presença de gases tóxicos, e da poeira do cimento, entre outros.

As ESF consideravam a comunidade pacata, onde a grande maioria dos moradores nasceu. Nos últimos anos a comunidade cresceu de maneira alarmante, o que começava a descaracterizá-la, e isso era preocupante para os antigos moradores.

Em 1996, a comunidade D sofreu uma grande enchente de verão. Então, um grupo de mulheres estava sendo treinado como agente educador de saúde, começaram a ajudar a comunidade, com aplicação de injeções, vacinas e realização de curativos, pois a comunidade precisava muito ser protegida contra o tétano. Esse grupo conseguiu levar adiante o trabalho, fundando a Associação de Educadoras Comunitárias de Saúde. Essa associação conseguiu um local para atendimento à comunidade e em parceria com laboratórios e através de doações, compraram um “espaço” para melhorar o atendimento ambulatorial que já vinha sendo realizado. A CAP e a Unidade de Saúde de referência já conheciam o curso de formação de ACS e, após a enchente lotaram 1 médica na Associação de Educadoras. Posteriormente a associação foi visitada por engenheiros da SMS que indicaram uma série de obras no local para que a SMS pudesse assumir qualquer trabalho no local. Estas obras foram realizadas.

Por causa desta organização, a SMS escolheu a Associação de Educadoras Comunitárias de Saúde para parceira na implementação do PSF nesta comunidade.

O módulo ficava localizado na comunidade e pertence à Associação de Educadoras. Na época da pesquisa, após várias obras de expansão, o módulo estava composto de 5 consultórios médicos/enfermagem, 1 consultório odontológico, 1 sala de fisioterapia, 1 dispensário para medicamentos, 1 sala de administração, 1 sala para recepção, 1 almoxarifado, 1 sala de curativos, 1 sala de triagem, 1 sala de puericultura, copa e cozinha e banheiros para os funcionários e para o público e 1 salão grande para reuniões de grupo. Os pacientes esperam acomodados internamente, sem tumulto.

As consultas conseguiam ser como na comunidade A, melhor programadas. Sem acúmulo de demanda esperando por números ou vagas.

Neste módulo funcionavam as duas ESF e outras atividades que a Associação de Educadoras eram consideradas fundamentais para a comunidade.

Este módulo também sofreu manutenção da SMS e está em excelente estado de conservação, sendo o mais bem equacionado às necessidades da comunidade e do trabalho do PSF.

No momento da pesquisa, funcionava com 21 profissionais: duas equipes compostas cada qual com: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 6 ACS; além de 1 auxiliar administrativo, 1 auxiliar de serviços Gerais e uma Assistente Social (AS). A coordenação é feita por esta AS, que trabalha simultaneamente na Comunidade D e em outro PSF da região. Não havia equipe odontológica pelo PSF, e a que funcionava era ligada diretamente à Associação de Educadoras.

O grande problema da do PSF da Comunidade D foi o desconhecimento da proposta do PSF por parte daquelas educadoras que iniciaram o movimento comunitário, reivindicando consultórios de atendimento médico para o local. Elas receberam o PSF como um pacote, sem maiores explicações. Segundo depoimento do Gestor desta Associação de Educadoras: *“ a SMS, através da CAP e da SSS, nos prometeu consultórios simplificados em janeiro de 1999 e só depois falou no PSF. Eu achei bom por valorizar o ACS, que representava um objeto de trabalho e investimento de quase 30 anos que eu fazia no Brasil, mas não entendia como seria o trabalho na comunidade”*.

As ESF, principalmente as ACS, reclamavam que já existir um trabalho de Saúde no local e isso foi pouco respeitado: *“até para a seleção dos ACS queriam abrir para quem não havia feito o treinamento das Educadoras, a associação não permitiu isso e ela mesma foi quem selecionava a equipe dos ACS e as auxiliares de enfermagem”*.

Pelo trabalho que já existente as Educadoras Comunitárias queriam mais os consultórios simplificados do que o PSF estava sendo oferecido. Elas queriam, além do atendimento médico, qualificar a assistência prestada com o trabalho da odontologia, da fisioterapia e da assistência social: *“tivemos que negar a seleção da SMS de dentistas, em 2001, pois consideramos que esta dentista que trabalha conosco há anos era mais capaz de desenvolver as atividades que necessitamos e queremos! Essa opinião não foi levada em consideração no processo seletivo e por isso preferimos manter o trabalho odontológico do jeito que implantamos desde o início, como é o da fisioterapia, sem auxílio da SMS.”*

A implementação do PSF na comunidade D não teve consulta prévia à comunidade, isso já foi declarado pela Coordenadora de Saúde das Comunidades e na fase de entrevistas pela equipe de ACS.

A característica desta ESF foi a baixa rotatividade. Até as entrevistas houve troca de 1 médico, por incompatibilidade com a equipe de trabalho, 1 ACS por doença e 1 auxiliar de enfermagem a pedido.

Como já descrito, as ACS e as Auxiliares de Enfermagem foram contratadas segundo critérios da associação de educadoras, que não levavam em conta o grau de escolaridade das ACS. Esta foi a única comunidade da época que tinha ACS sem o ensino fundamental completo. Esse foi considerado um fator complicador na implementação do PSF, pois além de não terem sido treinadas em PSF, nem selecionadas pelas afinidades supostas na época, elas tinham dificuldade de escrita e leitura, o que dificultava a operacionalidade do trabalho de campo, como cadastramento, preenchimento das fichas B do SIAB, bem como os treinamentos.

Ressalta-se que, mesmo para quem tem o ensino fundamental completo, o preenchimento dos relatórios do SIAB não eram simples, necessitando de contínua supervisão das enfermeiras para a diminuição dos erros.

Na época da implementação essas equipes tiveram muitos problemas com os materiais de consumo e permanente, pois tanto o gerência central quanto a CAP consideravam a unidade “bem aparelhada”, o que era um engano. O módulo não possuía material específico como aparelhos de pressão suficientes, balanças adequadas, otoscópio, entre outros. O material de consumo também foi pouco, com problemas desde a reprodução da Ficha A até o quantitativo de medicação. Ressalta-se que aquela comunidade já tinha uma demanda instalada por atendimento com profissionais da própria SMS, e que isso não foi considerado nos cálculos dos materiais necessários. O caso desse PSF assemelhava-se a uma inversão de modelo em um equipamento que pertencia a uma ONG, sem toda a

infraestrutura necessária. Na época, segundo declaração das ESF, a CAP providenciou obras de manutenção no prédio. O problema era quanto aos insumos.

No momento da pesquisa a ampliação e adequação do prédio foram realizadas através de um projeto da Associação de Educadoras, que conseguiu financiamento de outras parcerias que não a SMS.

Aponta-se que estas ESF tiveram muitas dificuldades em ter que desconstruir conceitos, para fazê-los principalmente no que tangia o entendimento do PSF. No entanto, durante a pesquisa já se percebia que o módulo não era mais um postinho, e sim um trabalho de Saúde da Família.

#### **4.2.5 Comunidade E**

Para essa comunidade a unidade de referência principal era um PS. Aí, denota-se uma dificuldade intrínseca. As Unidades Mães têm que ser de uma Hierarquia organizacional superior para serem referências das necessidades do Módulo do PSF. Uma unidade com o nível de hierarquia organizacional muito próxima ao Módulo não consegue realizar este papel. O PS de referência principal realizava mais a função de receber e distribuir materiais de consumo e permanente, sendo mais um almoxarifado que uma Unidade Mãe, tão necessária a esse processo de implementação.

A comunidade E era de terreno plano e de ocupação com provável situação de grilagem. Na sua história existia sempre uma área aberta com constante invasão e, portanto, crescimento. No momento do início da implementação possuía em torno de 120 ruas e contava com escolas e intenso comércio local. Também possuía um rio, que foi canalizado tornando-se subterrâneo, por onde escoam o esgotamento sanitário da comunidade.

O treinamento e seleção das ESF deste PSF iniciaram em novembro de 1999, mas o trabalho de campo só começou em Janeiro de 2000.

Ao ser implementado o PSF na comunidade E, o módulo já contava com 31 funcionários municipais, estatutários, sendo selecionados 34 profissionais para o PSF. A equipe local se distribuía da seguinte maneira: 7 médicos, 2 dentistas, 6 enfermeiros, 14 auxiliares de enfermagem, 17 auxiliares administrativos e 18 ACS, o que representava três ESF, funcionando na estrutura física da atenção básica tradicional, junto aos funcionários restantes do município.



Ilustra-se esta descrição lembrando que as outras ESF mal conseguiam dispor de um a dois auxiliares para a administração, representando sempre uma grande dificuldade nos Módulo de PSF.

Ressalta-se que nessa época a comunidade E já se apresentava urbanizada, com ruas asfaltadas, água da rede pública encanada, rede de esgoto, coleta de lixo, rede elétrica, além de escolas e comércio abundante.

Durante a visita para a pesquisa as ESF relataram que o prédio sempre estava em manutenção, pois existia uma equipe para isso localizada no posto. Esse módulo era composto de 5 consultórios médicos, 2 consultórios odontológicos, 1 sala para curativos, 1 sala para vacinação, 1 sala de esterilização, 1 sala para direção, 1 sala para o registro do SIAB e SIGAB, 1 sala para a Administração, 1 sala para a documentação médica, , uma sala para a coordenação de programas, um dispensário de medicamentos, 1 sala de almoxarifados, 1 refeitório grande com copa e cozinha e vários banheiros para a população e para os profissionais, dentre outros espaços. Enfim, é um espaço amplo com o formato dos PS dos anos 80, feitos em tijolinhos e abertos externamente para o atendimento à população, com varanda coberta para a espera. No entanto, sem sala para reuniões ou trabalhos coletivos. Esses eram improvisados na varanda coberta e no jardim descoberto, numa barraca armada de plástico.

Esse módulo era bastante amplo, mas, à época das entrevistas, já comportava 5 ESF, além dos quase 30 funcionários municipais. O atendimento seguia o modelo do PSF, sendo que as 5 ESF, com duas equipes odontológicas, trabalhavam em conjunto com 1 Assistente Social, 1 Psicóloga, 1 Chefe de Enfermagem, 1 Coordenação de Programas, 1 Administrador do MS e 1 Diretora, interpretados, segundo o observado, como facilitadores e qualificadores do serviço de saúde prestado.

Para a entrevista tanto de campo, foi selecionado os profissionais integrantes das 3 ESF e suas respectivas micro-áreas originais de 1999, que iniciaram este trabalho na comunidade E. Isso foi porque a ampliação das equipes se deu entre 2001 e 2002, com a finalidade de aumentar o atendimento do PSF para as comunidades vizinhas. Em função além das 3 ESF, recrutou-se também os profissionais pertencentes à estrutura desde 1999, perfazendo um total de 36 profissionais selecionados e 33 entrevistados.

O grande problema deste PSF foi ter sido um modelo de inversão de atenção básica, convivendo ainda na época da pesquisa, simultaneamente a atenção básica tradicional com o PSF.

Estas ESF também foram inicialmente mal contratadas por uma Cooperativa que mantinha contrato CLT apenas com os ACS, pagando ao restante da equipe técnica por serviços prestados e menos que as outras ESF do PSF, conveniadas com gestores locais. Frente a uma crise financeira da Cooperativa com a prefeitura as ESF ficaram com uma descontinuidade do pagamento, deflagrando um rompimento do trabalho por 6 meses, de janeiro à junho de 2001: *“esta descontinuidade abalou muito a relação das ESF com a comunidade, mas achamos que estamos conseguindo retomar esta confiança.”*

Em julho de 2001, iniciou-se novo processo de seleção e a partir de agosto começaram novos contratos de trabalho como uma ONG com experiência comunitária na Zona Oeste. Nessa mesma época mudou a direção do PS, o que ajudou bastante a definição do modelo PSF. a partir desse momento foi iniciado o fim da fase híbrida entre Modelo tradicional e PSF, considerado pelas ESF a verdadeira implementação do PSF da comunidade E.

As ESF ainda achavam que o quantitativo das equipes nesse módulo era pequeno frente à demanda, principalmente a de odontologia, que sempre atende muito abaixo das necessidades comunitárias.

O treinamento das equipes, mereceu destaque, uma vez que boa parte dos profissionais de Nível Superior fez o curso de especialização em Gestão de Saúde da Família da UERJ, o que não ocorreu nas outras ESF.

Na fala destas ESF ficou claro o dilema enfrentado pelo PSF na rede: *“as outras unidades da área até nos conhecem ou já ouviram falar de nós. Mas não sabem como nós funcionamos e que não somos a atenção básica da rede e que o PSF é diferente!”*.

Outro assunto que não se pode deixar de mencionar foi o problema da referência. Além das dificuldades nos encaminhamentos para as especialidades era um verdadeiro suplício entrar nas emergências da área programática. O próprio PSF às vezes levava para Hospital Municipal de outra área.

O fluxo de referência era considerado de uma maneira geral nas ESF, entre médio e ruim, funcionando melhor os de cunho pessoal (conhecidos), que os estabelecidos pela CAP. A contra-referência quase nunca era preenchida: *“achamos que a contra-referência é chave para o bom andamento do fluxo do sistema de saúde, pois permite o retorno do paciente à origem, com qualificação do atendimento”*.

Existem problemas nas ESF, em particular, a relação entre os profissionais que na época da pesquisa mostrava-se muito complicada. As dificuldades apareciam tanto nas entrevistas individuais, quanto nas entrevistas coletivas. A questão ficava mais acirrada quando as equipes mais antigas deflagravam trabalhos diferenciados, como reuniões na comunidade, sem incluir as demais equipes.

Este PSF recebia bem o material permanente. No entanto, na época das entrevistas, os materiais administrativos de consumo estavam muito escassos.

### **4.3 Análise do Cadastramento pela ficha A do SIAB realizados entre outubro de 1999 e maio de 2000, município do Rio de Janeiro, nas Comunidades estudadas, (Quadro 4.4).**

#### **Perfil Etário**

O perfil etário da comunidade A era bem diferente do da Área Programática (AP) onde ela se inseria, com o dobro de crianças menores de 5 anos (4,5%) e um quarto da população acima de 60 anos (19,4%) em comparação à referida área. A comunidade A apresentava-se com: 10,9% da população na faixa abaixo de 5 anos de idade, 58,6% da população na faixa entre 29 e 59 anos e 5% na população maior de 60 anos. No entanto, se considerasse para comparação uma comunidade de baixa renda, próxima, com um perfil sócio-econômico parecido com a comunidade A, havia similaridade, com a população desta outra comunidade, que apresentava 10,1% da sua população entre os menores de 5 anos, 56,4%, entre 29 e 59 anos e 4,2% entre os maiores de 60 anos (Quadro 4.4 e ESTIMATIVA POPULACIONAL DA SMS EM 1999 – Anexo 7).

Na comunidade B, a população a baixo de 5 anos representava 11,7% da total, correspondendo a mais de duas vezes a da população da mesma faixa etária estimada na AP (5,2%). A população idosa (acima de 60 anos) representava 7,17% da população total, cerca da metade da proporção de tal população na AP (18,4%) (Quadro 4.4 e ESTIMATIVA POPULACIONAL DA SMS EM 1999 – Anexo 7).

A população da comunidade C mostrava-se muito jovem, sendo a comunidade com maior percentual de crianças menores de 5 anos, 15,8% , quase o dobro da população da mesma faixa etária na AP local (8,1%). A população idosa (acima de 60 anos) que representava somente 3,5% , proporção equivalente a aproximadamente um terço daquela observada na AP (10,7%) (Quadro 4.4 e

ESTIMATIVA POPULACIONAL DA SMS EM 1999 – Anexo 7). Ao se tentar utilizar a comparação com um bairro popular local e um complexo ocupacional de baixa renda também local, respectivamente, estes tinham um comportamento etário mais similar à comunidade C que o da AP local, cujas populações menores de 5 anos correspondiam a 10, 8% e 10,9%, respectivamente. Já a população acima de 60 anos, que representava 5,5% e 6%, respectivamente naquelas localidades, com proporções superiores a da comunidade C, mas ainda bem inferiores a da AP (10,7%) (Quadro 4.4 e ESTIMATIVA POPULACIONAL DA SMS, 1999 – Anexo 7). Essa proporção da população acima de 60 anos da comunidade C foi a menor apresentada dentre as comunidades estudadas.

Na comunidade D a população a baixo de 5 anos representava 12,8% da total , proporção superior a da população da mesma faixa etária da AP local (7,4%). Na faixa etária entre 20 e 59 anos representava 49,6% do total, uma taxa bem inferior àquela da AP (57,6%). A população idosa (acima de 60 anos) representa 6,6 % da população total, abaixo da proporção apresentada pela AP (9,3%) (Quadro 4.4 e ESTIMATIVA POPULACIONAL DA SMS EM 1999– Anexo 7).

Na comunidade E a população abaixo de 5 anos representava 11,96% da total , proporção pouco maior que a da população da mesma faixa etária estimada na AP (8,83%). Os adultos entre 20 e 59 anos representavam 58,8% do total, uma taxa similar a da mesma faixa etária da AP (54,5%). A população idosa (acima de 60 anos) representava 7,7 % da população total, proporção pouco abaixo da observada na AP (8,13%), sendo o perfil etário mais próximo ao da AP local (Quadro 4.4 e ESTIMATIVA POPULACIONAL DA SMS EM 1999– Anexo 7).

Em suma, o perfil etário das comunidades estudadas, com exceção da comunidade E, apresenta-se bem distinto das AP onde estavam inseridas. As comunidades apresentaram diferenças importantes quanto a distribuição de menores de 5 anos e maiores de 60 anos, correspondendo a um perfil de população jovem com a base alargada e estreitamento de ápice, mais próximo às pirâmides populacionais dos aos países periféricos.

### **Escolaridade**

As comunidades D e C apresentaram, em 1999, taxas expressivas de criança entre 7 e 14 anos fora da escola (10,2% e 10,6%), indicando a necessidade de intervenção. Para os maiores de 15 anos, com exceção da comunidade B, todas as comunidades apresentavam taxas similares a 10% de analfabetismo e com uma escolaridade até o Ensino Fundamental, entre completo e incompleto,

oscilando entre 62 a 74%. Adicionando a média de 10% de analfabetismo, o quadro demonstrava uma situação de escolaridade muito precária em todas as comunidades.

### **Situação de Trabalho**

Quanto à situação de trabalho, a proporção de empregados era similar a todas (cerca de 40%) com exceção da comunidade E. A proporção de desempregados mostrava-se pior nas comunidades B e E (35 e 47%, respectivamente), enquanto que nas demais comunidades observam-se mais indivíduos vivendo como autônomos ou com trabalhos provisórios. Na comunidade E quase 60% da população economicamente ativa ou estava desempregada ou mal empregada, o que representava um grande potencial gerador de dificuldades e riscos sociais.

### **Renda Familiar**

As rendas familiares piores (menores que dois salários mínimos) foram predominantes nas comunidades C, D e E, indicando também, maior risco social.

### **Condição de Saúde referida**

Entre as doenças referidas a prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes era muito expressiva, oscilando entre 53,4% a 86% e entre 9,2 a 13,6%, respectivamente.

A proporção de Gestantes entre as mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) era maior nas comunidades D, B e C, apontando a necessidade de atuação nessa população alvo.

### **Situação Ambiental**

Quanto à situação ambiental, predominavam as casas de alvenaria, a existência de coleta de lixo regular, bem como o fornecimento de água da rede pública.

A presença de esgotamento sanitário variava de 74,5% nas comunidades D e em 100% em C. O esgotamento sanitário apresentava maiores problemas quanto ao destino final, muitas vezes sendo desaguado, sempre *in natura*, nos rios ou bacias próximos às Comunidades.

## Meios de comunicação e transporte.

Os meios de comunicação mais usados em todas as comunidades foram a TV e o Rádio. O transporte mais usado era o ônibus, sendo a bicicleta a segunda alternativa nas comunidades D e E. Ambas com o sistema de transporte coletivo local precário.

**Quadro 4.4 - Distribuição dos principais dados dos Cadastramentos entre 1999 e 2000, dos PSF implementados em 1999.**

<b>Dados do Cadastramento.</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
No. de famílias cadastradas	426	1964	1170	1656	2551
Pop cadastrada	1506	7446	4368	6339	9099
Concentração média de moradores/família	3,53	3,8	3,7	3,8	3,6
% Pop < 5 anos	10,9	11,7	15,8	12,8	11,96
% Pop entre 20 e 59 anos	58,6	50,6	50,1	49,6	58,8
% Pop acima de 60 anos	5	7,17	3,5	6,6	7,7
% fora da escola entre 7 e 14 anos	0	1,8	10,4	10,6	0
% Pop analfabetos acima de 15 anos	11	5,1	11,1	10	9
% Pop com estudo até o 8a. Série	62,5	73,38	72,7	74	70
% Empregados	43,6	40	42	41	32
% Desempregados	10,2	35	20	17	47
% Autônomos e trabalhos esporádicos, sem vínculo	38	17	30,6	34	12
% Pensionista	8,2	8	6,8	7,5	9
% Renda até 2 SM	23,7	38	46	49	48
% Renda entre 2 e 5 SM	42,7	38	43,5	36	30
% Renda acima de 5 SM	20,9	7	.*	6	7
% Proporção de HA das Doenças referidas	54,3	77,6	79,3	75,7	86
% Proporção de diabetes das doenças referidas	9,2	12,5	27	13,6	13,4
% Proporção de Gestantes entre as mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	2,5	2,04	3,2	1,73	1,57
% Casas de Tijolo	99	93,6	95,2	92	100
% Coleta de lixo	100	96	99,7	98,6	100
% Água da rede pública	93,9	96	100	98,2	100
% Rede de esgotamento	95,8	86,9	100	73,5	87,3
% Procura de serviço público para atendimento de saúde.	84	96	87	78	92

Fonte: Relatórios de Implementação dos PSF Implementados em 1999 \* Sem Informação.

#### **4.4 Análise das entrevistas realizadas com os profissionais das ESF estudadas:**

Os questionários para os profissionais foram uma forma de ouvir deles as dificuldades e facilidades encontradas no processo de implementação. Ao realizar as entrevistas percebeu-se a dificuldade de comunicação que eles tinham com a SMS no que tangia a falta dos insumos, da supervisão técnica e da supervisão gerencial; e sobre vários aspectos e circunstâncias que envolviam os atores ligados ao PSF, desde a base, com os gestores locais, passando pelas unidades mães e CAP, até o nível central da SMS. Estes profissionais não se sentiam inseridos no processo do PSF, nem ouvidos quanto às dificuldades locais. Optou-se pela entrevista fechada, pois foi considerada muito difícil a categorização de tantas falas.

Nas entrevistas coletivas com os profissionais as mesmas questões foram colocadas de maneira aberta. Na aplicação destas entrevistas não importava se uma parte deles já havia sido entrevistada individualmente.

A entrevista individual foi também para promover privacidade para livre expressão dos profissionais.

Cada entrevista coletiva de cada PSF nas comunidades refletiu dificuldades próprias das ESF que somente nos questionários fechados não seriam apontadas.

As entrevistas coletivas serviram também para trabalhar questões mais gerais. Não foi possível fazer por categoria, visto que alguns grupos de profissionais eram bastante escassos por PSF, portanto optou-se por fazer com todos e coordenar de forma que aqueles mais introvertidos também vocalizassem. Neste aspecto, as entrevistas coletivas foram um sucesso, pois em todas elas os ACS falaram bastante, explicitando a visão desta categoria e em conjunto refletindo o que diversamente predominava em cada equipe.

Ao analisar o discurso coletivo de cada PSF por cada comunidade pode-se decodificar cada um deles e com isso perceber aspectos primordiais específicos dos PSF por Comunidade e distintos, apesar de muitos problemas em comum.

A ESF da comunidade A teve como principal discurso o problema de espaço físico, como ficou claro na análise dos resultados. O discurso dos sujeitos que faziam parte desta equipe estava ligado permanentemente ao problema de espaço físico e que na hora da pesquisa já se desdobrava num outro problema, a construção da operacionalização.

As ESF da comunidade B tiveram como foco primordial à desconfiança do gestor local. Secundariamente a desconfiança existia a insegurança quanto ao contrato de trabalho. Estas ESF enfrentaram este gestor, não se submetendo a “leis” ou negócios próprios das Associações de Moradores.

Já as ESF da comunidade C tiveram como foco primordial o medo do gestor local, que ultrapassa o sentimento de insegurança. As ESF viviam para responder as demandas do chefe da Associação de Moradores em suas “leis” e negócios. Todas as atividades dessas ESF giravam em torno disso. Diferente da equipe da comunidade B apresentava-se subserviente, com muito medo de perder o emprego e até outras “coisas”.

As ESF da comunidade D tiveram como foco primordial à independência da SMS. A maioria das pessoas desse grupo se organizaram e formaram uma associação de educadoras na comunidade, que já sabiam o que queriam. Elas se sentiam altamente desrespeitadas pela SMS por não serem ouvidas quanto às suas reivindicações, tais como alguns graus de especialização descentralizados na comunidade. O PSF soou como uma proposta reducionista.

As ESF da comunidade E tiveram como foco primordial à inversão do modelo. Por questões de organização, estas equipes conviveram muito na versão híbrida do modelo, tendo acumulado tantos problemas que quando de posse de uma estrutura administrativa, que era uma característica boa do modelo de atenção básica tradicional, estas ESF não se sentiam bem: *“A estrutura do PSF tanto física como administrativa tem que ser diferente da tradicional do município. Tínhamos que estar independentes, sem misturar as coisas”*.

<b>Quadro 4.5 Discurso Coletivo das ESF, por Comunidade.</b>	
A	Espaço Físico
B	Desconfiança do Gestor, insegurança quanto a estabilidade de trabalho e não submissão ao Gestor
C	Medo e submissão ao Gestor, e insegurança quanto a estabilidade de trabalho
D	Independência da SMS
E	Inversão e problemas em conviver com um modelo híbrido

Ao fazer os testes pilotos do questionário em outros PSF percebeu-se que os profissionais estavam ávidos de espaço para desabafar, conversar sobre os trabalhos e poder falar da suas próprias opiniões.

Neste inquérito não foram incluídas questões específicas da odontologia, pois nas equipes iniciais esta proposta era incipiente. No entanto, todos os profissionais foram ouvidos, pois o questionário falava mais sobre o processo de trabalho geral, adaptando-se a qualquer profissão ligado ao PSF. Isso



explicou a diversidade de interpretações para um mesmo fato. Os outros profissionais de nível médio e elementar eram as categorias de THD/ACD, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais, foram analisados sob o prisma de uma só categoria de estudo. O mesmo se aplicou aos outros profissionais de nível superior, que eram compostos de psicólogos, assistentes sociais, sanitaristas e administradores.

As entrevistas foram registradas em questionários com respostas fechadas. O Programa utilizado de Banco de Dados e Análise Estatística foi o EPI INFO do CDC, versão 2002.

**Perfil dos profissionais:** segundo as categorias, faixa etária e sexo.

Dos profissionais entrevistados 79,4 % tinham entre 30 e 59 anos, indicando um perfil etário maduro. A distribuição por categorias profissionais foi similar, contrapondo-se ao panorama nacional, onde os profissionais parecem ser um pouco mais jovens, não somente às custas da equipe de enfermagem, mas de todas as categorias (Tabelas 4.1 e 4.2).

**Tabela 4.1 - Distribuição dos entrevistados nas ESF pesquisadas, por categoria profissional, por faixa etária.**

Faixa Etária	29 anos ou -		De 30 a 59 anos		Mais de 60 anos		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Profissionais</b>								
<b>ACS</b>	15	27,3%	39	70,9%	1	1,8%	55	100%
<b>Aux. Enf.</b>	1	16,7%	5	83,3%	0	0	6	100%
<b>Enfermeiro</b>	1	10%	9	90%	0	0	10	100%
<b>Médico</b>	1	11,1%	8	88,9%	0	0	9	100%
<b>Odontólogo</b>	0	0	4	100%	0	0	4	100%
<b>Outros Profissionais de Nível Elementar</b>	1	12,5%	7	87,1%	0	0	8	100%
<b>Outros Profissionais de Nível Superior</b>	0	0	5	100%	0	0	5	100%
<b>TOTAL</b>	19	19,6%	77	79,6%	1	0,5%	97	100%

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.  
Segundo Table Analysis: Chi – squared 394,518; Df 12; Probability 0

**Tabela 4.2 - Distribuição dos entrevistados nas ESF pesquisadas, por categoria profissional, por sexo.**

SEXO	Masculino		Feminino		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	
<b>Profissionais</b>						
ACS	8	14,5%	47	85,2%	55	100%
Aux. Enf.	0	0%	6	100%	6	100%
Enfermeiro	1	10%	9	90%	10	100%
Médico	3	33,3%	6	66,7%	9	100%
Odontólogo	1	25%	3	75%	4	100%
Outros Profissionais de Nível Elementar	3	37,5%	5	62,5%	8	100%
Outros Profissionais de Nível Superior	1	20%	4	80%	5	100%
<b>TOTAL</b>	17	17,0%	80	82,5	97	100%

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003  
Segundo Means Analysis: Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square = 5,8834; Df (grau de liberdade) 6; Pvalue= 0,4364

Dentre os profissionais em cada comunidade pesquisada, esperava-se entrevistar 7 na comunidade A, 24 na comunidade B, 19 na comunidade C, 21 na comunidade D e 37 na comunidade E, totalizando 108 profissionais ligados diretamente às 10 ESF. Ressalta-se que o PSF da comunidade C foi acrescido de mais uma ESF no 2º. Semestre de 2001, devido ao quantitativo de moradores ser maior que 3.500 por ESF, conforme estimativa máxima do MS, até o ano de 2001. Neste ano o MS, bem como a cidade do Rio de Janeiro optaram por uma estimativa máxima de 3.500 hab/ESF.

Durante as visitas às comunidades foram entrevistados 97 profissionais, perfazendo 90,8% dos profissionais esperados (108).

Ressalta-se ainda que foi adequados a expectativa com os profissionais que estavam fazendo parte das ESF, no momento da pesquisa. Por exemplo, a comunidade A estava provisoriamente com uma odontóloga. As comunidades B e E tinham equipes odontológicas. Além das outras profissões, tanto de nível médio, elementar como superior, distribuídas nos PSF das comunidades B, C, D, e E: THD, ACD, Auxiliar de administração, Auxiliar de Serviços Gerais, Psicólogos, Assistentes Sociais, Sanitaristas e Administrador (Tabela 4. 3).

**Tabela 4.3 - Distribuição dos entrevistados nas ESF pesquisadas, por categoria profissional, segundo comunidade.**

Comunidades	A		B		C		D		E		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Profissionais</b>												
<b>ACS</b>	3	5,5%	13	23,6%	11	20%	13	23,6%	15	27,3%	55	100%
<b>Aux. Enf.</b>	1	16,7%	1	16,7%	2	33,3%	0	0%	2	33,3%	6	100%
<b>Enfermeiro</b>	1	10%	2	20%	1	10%	2	20%	4	40%	10	100%
<b>Médico</b>	1	11,1%	2	22,2%	1	11,1%	2	22,2%	3	33,3%	9	100%
<b>Odontólogo</b>	1	25%	1	25%	0	0%	0	0%	2	50%	4	100%
<b>Outros Profissionais de Nível Elementar</b>	0	0%	3	37,5%	1	12,5%	1	12,5%	3	37,5%	8	100%
<b>Outros Profissionais de Nível Superior</b>	0	0%	1	20%	0	0%	0	0,0%	4	80%	5	100%
<b>TOTAL</b>	7	7,2%	23	23,7%	16	16,5%	18	18,6%	33	34%	97	100%

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Segundo Table Analysis: Chi – squared 404,311; DF (Garu de Liberdade) 24; Probability 0

Como comentado na análise contratual dos profissionais, a maioria era contratada no Regime CLT (96,9%).

Ao analisar a distribuição por ano de contrato verificou-se que 42,3% ainda dos contratos eram do ano do início da implementação, 1999, e que nos anos de 2000, 2001 e 2002, ocorreu renovação regular, variando de 12,6 a 17,9% dos profissionais. Nessas ESF foram contratados em 4 anos, cerca de 60% dos profissionais, lembrando que houve a contratação de uma ESF inteira.

A distribuição da realização do treinamento introdutório, em média por categoria profissional foi de 69,1% , mas os ACS e Auxiliares de enfermagem, dentre outros de nível médio e elementar, completaram com o esclarecimento de que foi o treinamento que os enfermeiros e sanitaristas fizeram na comunidade em meio ao cadastramento e ao atendimento, e não o Introdutório que os profissionais de Nível superior tiveram (antes de iniciar o trabalho e fora da comunidade). Para os profissionais níveis médio e elementar não houve paralisações formais para o treinamento introdutório.

Mesmo assim observou-se que havia um crescimento gradativo das respostas positivas dos ACS para os Profissionais de Nível Superior, cujos treinamentos foram prioridade nas épocas das grandes contratações. Porém ainda até o momento da pesquisa 30,9% dos profissionais das ESF não haviam realizado o treinamento introdutório, essencial para as atividades de campo.

Verificou-se que 79,4% dos profissionais relataram já ter feito algum curso de educação continuada. No entanto, apenas 14,3% realizaram acima de 7 cursos em 4 anos, sendo que 76,92% eram de contratados em 1999, não chegando a perfazer dois cursos por ano (Tabela 4.5). Isso representou uma frequência bem abaixo do necessário, visto que a maioria dos profissionais entrevistada não tinha nem formação nem experiência em PSF (72,2%).

**Tabela 4.4 - Distribuição dos profissionais entrevistados segundo a ocorrência de cursos de educação continuada, por comunidade.**

Curso/Treinamento de Educação continuada	A		B		C		D		E		TOTAL N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sim	7	100%	16	69,6%	12	75%	17	94,4%	25	76%	77	79,4%
Não	0	0%	7	30,4%	4	25%	1	6%	8	24%	20	20,6%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 6,0569; Degrees of freedom = 4; P value=0,1949

**Tabela 4.5 - Distribuição dos entrevistados por categoria profissional, segundo a quantidade de cursos realizados na SMS.**

Cursos Realizados Profissionais	Não realizaram		Menos de 5		Entre 5 e 7		Mais de 7		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACS	4	7,7%	24	46,2%	17	33%	7	14%	52	100%
Aux. Enf.	3	50%	2	33,3%	1	17%	0	0%	6	100%
Enfermeiro	1	10%	3	30%	4	40%	2	20%	10	100%
Médico	0	0%	5	55,6%	2	22%	2	22%	9	100%
Odontólogo	1	25%	2	50%	1	25%	0	0%	4	100%
Outros Profissionais de Nível Elementar	2	40%	0	0%	2	40%	1	20%	5	100%
Outros Profissionais de Nível Superior	3	60%	1	20%	0	0%	1	20%	5	100%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>15,4%</b>	<b>37</b>	<b>40,6%</b>	<b>27</b>	<b>30%</b>	<b>13</b>	<b>14%</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) =9,2666; Degrees of freedom = 6; P value = 0,1591

Encadeada com a questão do treinamento vinha à discussão da supervisão técnica, que ou faltava completamente em algumas categoriais, como a médica, ou era boa como para outras, como os ACS e os Auxiliares de enfermagem. Cabe ressaltar que todas essas supervisões eram feitas no próprio módulo ou no campo, em visita domiciliar, mesmo para profissionais de nível superior, como ocorria nas ESF da comunidade E, que ao manter a estrutura de chefe de enfermagem da hierarquia dos serviços de atenção básica tradicionais, facilitava esta supervisão (Tabela 4.6).

**Tabela 4.6 - Distribuição dos entrevistados por categoria profissional, segundo a ocorrência de Supervisão Técnica.**

Supervisão Técnica	Sim		Não		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	
<b>Profissionais</b>						
ACS	53	96,4%	2	3,6%	55	100%
Aux. Enf.	5	83,3%	1	16,7%	6	100%
Enfermeiro	2	20%	8	80%	10	100%
Médico	0	0%	9	100%	9	100%
Odontólogo	2	50%	2	50%	4	100%
Outros Profissionais	8	88,9%	0	0%	8	100%
<b>de Nível Elementar</b>						
Outros Profissionais	1	20%	4	80%	5	100%
<b>de Nível Superior</b>						
<b>TOTAL</b>	71	73,2%	26	26,8%	97	100%

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 60,692; Degrees of freedom= 6; P value = 0

No que tangia à supervisão gerencial realizada também pela SMS, 80,5% dos profissionais consideravam às supervisões realizadas pelas CAP, entre regular e boa. No entanto, quanto ao apoio das CAP na divulgação do PSF, 58,8 %, os profissionais achavam que ocorria de forma regular a ruim, com piores resultados nas comunidades B e D, respectivamente 78,5% e 83,3% (Tabela 4.7). Durante as entrevistas e alguns grupos focais os profissionais relataram que as outras unidades de saúde sabiam da existência do PSF, no entanto não sabiam como funcionava a proposta de trabalho. Isso se repetia com as CAP, que confundiam o PSF com o trabalho de um “postinho” comunitário.

**Tabela 4.7 Distribuição das opiniões dos profissionais entrevistados sobre o apoio das CAP, por comunidade.**

Apoio da CAP na divulgação do PSF	A		B		C		D		E		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
<b>Ruim</b>	2	28,6%	8	34,8%	0	0%	6	33,3%	3	9,1%	19	19,6%
<b>Regular</b>	0	0%	10	43,5%	4	25%	9	50%	15	45,5%	38	39,2%
<b>Bom</b>	4	57,1%	3	13%	9	56,2%	3	16,7%	13	39,4%	32	33%
<b>Muito Bom</b>	1	14,3%	0	0%	3	18,8%	0	0%	1	3%	5	5,2%
<b>Não Sabe</b>	0	0%	2	8,7%	0	0%	0	0%	1	3%	3	3,1%
<b>TOTAL</b>	7	100%	23	100%	16	100%	18	100%	33	100%	97	100%

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 18,7863; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0009

Quanto à referência para atendimento, 59,8% dos profissionais disseram ser fácil encaminhar para as Unidades Mães, sendo que a resposta menos positiva foi nas ESF da comunidade B. Quanto ao tempo de espera que o usuário levava para ser atendido este era considerado pelas ESF de acordo com a seguinte distribuição: 26,8% menos de uma semana; 36,1 % entre 1 a 4 semanas; 18,6% para mais de 4 semanas; e 17,5% dos profissionais não sabiam o tempo de espera, sendo que nas ESF das comunidades B e E relataram o maior tempo de espera (Tabela 4.8 e 4.9).

**Tabela 4.8 - Distribuição de opinião dos profissionais entrevistados quanto à facilidade de encaminhar para a Unidade de saúde Mãe, por comunidade.**

É fácil encaminhar para a Unidade de Referência principal (Mãe)?	A		B		C		D		E		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	5	71,4%	11	47,8%	12	75%	12	66,7%	18	54%	58	59,8%
Não	1	14,3%	10	43,5%	4	25%	6	33,3%	13	39%	34	35,1%
Não Sabe	1	14,3%	2	8,7%	0	0	0	0	2	6%	5	5,2%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>		<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) =4,2982; Degrees of freedom = 4; Pvalue=0,3671

**Tabela 4.9 - Distribuição entre os profissionais entrevistados sobre o tempo de espera para o atendimento, por comunidade.**

Quanto tempo leva para ser atendido?	A		B		C		D		E		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 1 semana	4	57,1%	7	30,4%	6	37,5%	3	16,7%	6	18,2%	26	26,8%
De 1 a 4 semanas	1	14,3%	6	26,1%	7	43,8%	12	66,7%	9	27,3%	35	36,1%
Mais de 4 semanas	0	0%	6	26,1%	2	12,5%	2	11%	8	24,2%	18	18,6%
Não Sabe	2	28,6%	4	17,4%	1	6,2%	1	5,6%	9	27,3%	17	17,5%
Não é atendido	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	3%	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) =7,8988; Degrees of freedom = 4; Pvalue=0,0954

Já no âmbito das outras unidades de saúde da área programática, 49,5 % das ESF referiam ser fácil encaminhar, sendo que a comunidade A apresentou maior negatividade (Tabela 4.10). Quanto ao tempo que levam para o usuário ser atendido era menos de 1 semana para 12,4% dos profissionais, de 1 a 4 semanas para 24,7% dos profissionais e mais de 4 semanas para 54,6% dos profissionais, para uma distribuição normal dos dados. Observa-se que nas comunidades D e E essas predomina o tempo

de espera de mais de 4 semanas (Tabela 4.11), sendo que 60,9% do total dos profissionais entrevistados consideraram o fluxo de referência entre ruim e regular.

**Tabela 4. 10 - Distribuição da opinião dos entrevistados quanto à facilidade de encaminhar para outras Unidades de saúde da Área, por comunidade.**

É fácil encaminhar para as outras unidades da CAP?	A		B		C		D		E		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
	<b>Sim</b>	2	28,6%	9	39,1%	12	75%	3	16,7%	22	66,7%
<b>Não</b>	5	71,4%	13	56,6%	4	25%	15	83,3%	10	30,3%	47
<b>Não Sabe</b>	0	0%	1	4,3%	0	0%	0	0%	1	3%	2
<b>TOTAL</b>	7	100%	23	100%	16	100%	18	100%	33	100%	97

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) =16,5481; Degrees of freedom = 4; Pvalue=0,0024.

**Tabela 4.11 - Distribuição entre os profissionais entrevistados sobre o tempo de espera para o atendimento nas outras Unidades de Saúde, por comunidade.**

Quanto tempo leva para ser atendido nas outras Unidades de Saúde?	A		B		C		D		E		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
	<b>Menos de 1 semana</b>	2	28,6%	4	17,4%	2	12,5%	0	0%	4	12,1%	12
<b>De 1 a 4 semanas</b>	2	28,6%	4	17,4%	5	31,2%	5	27,8%	8	24,2%	24	24,7%
<b>Mais de 4 semanas</b>	2	28,6%	11	47,8%	9	56,2%	12	66,7%	19	57,6%	53	54,6%
<b>Não Sabe</b>	0	0%	4	17,4%	0	0%	1	5,6%	2	6,1%	7	7,2%
<b>Não é atendido</b>	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1,0%
<b>TOTAL</b>	7	85,8%	23	100%	16	100%	18	100%	33	100%	97	100%

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) =2,3293; Degrees of freedom = 4; Pvalue= 0,6754

Quanto a infraestrutura 57% dos profissionais achavam que o material fornecido pela SMS para o início do PSF foi entre ruim e regular. Interessante foi que no momento da entrevista, ainda 57% dos profissionais continuavam achando a compra e a manutenção do material permanente e do material de consumo por parte da SMS, continuavam a ser executados de forma entre regular e ruim.

No que tangia o processo de trabalho nas ESF, entre 70% e 80% dos profissionais, consideraram entre bom e muito bom o relacionamento dentro das equipes, bem como o relacionamento com os moradores. Observou-se que havia muita dificuldade na realização de autocrítica por parte da maioria dos entrevistados. Estes profissionais (80,7%), chegaram a considerar que o trabalho com

grupos educativos nas comunidades, apesar de visivelmente incipiente na maioria das ESF, estava entre regular e bom. Por conseguinte considerou-se que o tema trabalho em equipe necessitava de um investimento maior em todas as ESF.

Na análise das entrevistas com as ESF verificou-se que:

- A posição do médico era muito central, recebendo as atenções e foco do restante das ESF.
- As enfermeiras administravam o caos, ou seja, supervisionavam todo o trabalho dos ACS e dos Auxiliares de Enfermagem e ainda eram acionadas pelos médicos para ajudá-los, sendo que nas ESF das comunidades A e C, elas organizavam e executam todo o serviço administrativo, sobrando pouco tempo para realizar o trabalho de enfermeira de atenção básica.
- Os auxiliares de enfermagem pouco visitavam os domicílios, realizando seu trabalho quase todo no Módulo, sendo as enfermeiras as responsáveis pelas atividades de campo. Só em caso de alguns curativos crônicos em pessoas com difícil locomoção observou-se a ida dos auxiliares a campo.
- Já os ACS, que deveriam estar praticamente o tempo todo no campo, apresentavam-se cobrindo funções administrativas do módulo, tais como: triagem, recepção e dispensa de medicação. Mesmo quando não estão nestas funções os ACS ficavam muito tempo nos módulos realizando o registro dos dados das visitas. Somente nos PSF das comunidades D e B, que no momento da pesquisa encontrou-se ACS fazendo visitas domiciliares.
- Nenhuma ESF trabalhava com conselhos de Saúde local (CLS), e 82% dos entrevistados consideravam esse processo de estimulação à criação dos CLS entre ruim e regular.

Esta análise reflete a necessidade das ESF de efetuar uma “deshierarquização” ou horizontalização das relações internas a partir dos papéis exercidos por cada categoria e a experiência de troca de funções, com um trabalho coletivo, realizado na área da vivência, para desfazer os papéis cristalizados e então poder se perceber enquanto equipe. Essa seria a base para o bom desenvolvimento tanto das atividades educativas em grupo como das reuniões de organização junto às comunidades.

E por fim analisou-se a percepção das ESF da violência enquanto uma dificuldade no processo de trabalho.



Estas respostas foram diferentes em cada comunidade, pois nem todas tinham a violência explícita do tráfico de Entorpecentes. Observou-se que 63,9% dos entrevistados referiam que a violência local dificultava as atividades de campo, no entanto, duas comunidades praticamente negaram essa violência, comunidade A (100%) e D (83,3%) variando a média pra demais comunidades estudadas entre 76% e 88%(Tabela 4.12).

**Tabela 4. 12 - Distribuição da opinião dos profissionais entrevistados quanto a Violência para a execução dos trabalhos de Campo.**

Considera a área violenta para exercer as atividades de campo	A		B		C		D		E		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	0	0%	20	87%	14	88%	3	16,7%	25	75,8%	62	63,9%
<b>Não</b>	7	100%	3	13%	2	12,5%	15	83,3%	8	24,2%	35	36,1%
<b>TOTAL</b>	7	100%	23	100%	16	100%	18	100%	33	100%	97	100%

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.  
Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) =40,5601; Degrees of freedom = 4; Pvalue= 0,0000

No entanto, apenas 50,5% dos profissionais consideravam a violência um empecilho à ida ao módulo, com variação de resposta entre nula nas comunidades A e D, de 63% a 70% de positividade nas demais comunidades (Tabela 4.13).

**Tabela 4.13 - Distribuição da opinião dos profissionais entrevistados quanto a Violência interferindo na ida dos moradores aos Módulos do PSF, por comunidade.**

Considera a área violenta para os usuários irem ao Posto do PSF	A		B		C		D		E		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	0	0%	15	65,2%	10	63%	0	0%	23	70%	48	49,5%
<b>Não</b>	7	100%	8	34,8%	6	37,5%	18	100%	10	30%	49	50,5%
<b>TOTAL</b>	7	100%	23	100%	16	100%	18	100%	33	100%	97	100%

Fonte: questionário aplicado aos profissionais entrevistados das ESF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.  
Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) =32,9021; Degrees of freedom = 4; Pvalue= 0,0000

Nas entrevistas observou-se que alguns profissionais, principalmente os moradores das comunidades, achavam que os usuários podiam perceber de maneira melhor a chega o momento da violência e com isso evitavam o módulo nas horas mais perigosas. Segundo os demais profissionais os moradores iam ao módulo nas horas que precisavam, e quando era necessário fechar a unidade,

geralmente reclamavam, como se não percebessem e concordassem com mesmo nível de violência, e, portanto de perigo, avaliado pelas ESF.

Ainda segundo as ESF, os moradores apresentavam um limiar de tolerância à violência mais alto que os profissionais, provavelmente pela convivência.

#### 4.5 Análise das entrevistas realizadas com os Moradores:

Estas entrevistas foram registradas em questionários com respostas fechadas. O Programa utilizado de Banco de Dados e Análise Estatística foi o EPI INFO do CDC, versão 2002.

Iniciarei tentando traçar um perfil do morador entrevistado, segundo faixa etária, sexo e grau de escolaridade, e sua distribuição nas comunidades.

No período de outubro de 2002 a fevereiro de 2003 foram entrevistados 406 moradores das comunidades assistidas pelos PSF estudados nesta pesquisa. Dos entrevistados 87,7% eram mulheres e apenas 12,3% homens (Tabela 4.14).

**Tabela 4.14 - Distribuição dos moradores entrevistados por Sexo e por Faixa Etária.**

Sexo	Masculino		Feminino		TOTAL		%
	N	%	N	%	N	Média	
<b>Faixa Etária</b>							
<b>13 – 19</b>	2	4%	25	7%	27	6,7%	
<b>20 – 39</b>	22	44%	163	45,8%	185	45,6%	
<b>40 – 49</b>	10	20%	61	17,1%	71	17,5%	
<b>50 – 59</b>	4	8%	51	14,3%	55	13,5%	
<b>60 anos ou mais</b>	12	24%	56	15,7%	68	16,7%	
<b>TOTAL</b>	50	100%	356	100%	406	100%	

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Segundo Table Analysis: Chi – squared 1627,924; DF (Grau de Liberdade): 4; Probability: 0

A maior parte dos entrevistados, independente de sexo, tinha entre 20 e 39 anos (45,6%) seguida da faixa etária entre 40 e 49 anos (17,5%), cuja proporção se mantinha também nas comunidades estudadas. As mulheres apresentavam uma queda proporcional nas faixas etárias subseqüentes, e os homens apresentam uma grande redução entre a faixa de 50 e 59 anos com um novo pico para os entrevistados acima de 60 anos, quando teoricamente estão na fase da aposentadoria (Tabela

4.14). De acordo com a explicação metodológica já realizada, como critério de inclusão para a entrevista foi utilizado o fato de ser moradores das casas e maiores de 15 anos, exceção feita a três moradoras que eram as responsáveis pelo lar na ausência ou da mãe ou do marido. Mesmo assim, só foram entrevistados 12 menores de 18 anos, distribuídos da seguinte maneira: 1 de 13 anos, 2 de 14 anos, 2 de 15 anos, 3 de 16 anos e 5 de 17 anos.

Um limite das entrevistas era o fato de que não foi possível falar com os que trabalhavam fora. Então o perfil dos entrevistados não reflete o perfil da comunidade, e sim o perfil dos que ficavam mais tempo nela e, por conseguinte, dos que mais utilizavam o PSF.

Em média a relação de entrevistadas entre mulheres e homens foi de 7:1. E esta relação variou e atingiu o máximo na comunidade E (13: 1), e o mínimo nas Comunidades D essa atingiu (5:1).

Observou-se que 50,2% da população entrevistada era com pouca ou sem escolaridade e ao adicionar os que fizeram até a 8ª Série do Ensino Fundamental (34,2%) totalizando 84,4% dos entrevistados que tinham baixa escolaridade, tal como o perfil das comunidades estudado na ficha de cadastramento em 1999 (Tabela 4.15).

**Tabela 4.15- Distribuição dos Moradores entrevistados por Grau de Escolaridade, segundo a Comunidade.**

Comunidades	A		B		C		D		E		TOTAL		Média
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
<b>Grau de Escolaridade</b>													
Sem Escolaridade	5	8,20%	12	19,7%	11	18,0%	21	34,4%	12	19,70%	61	100,0%	15,0%
Até a 4a. Série do E. F.	8	5,50%	34	23,4%	28	19,3%	26	17,9%	49	33,80%	145	100,0%	35,7%
Até a 8a. Série do E. F.	6	4,30%	47	33,6%	20	14,3%	28	20,0%	39	27,90%	140	100,0%	34,5%
Até a 3a. Série do E. M.	3	5,40%	7	12,5%	8	14,3%	10	17,9%	28	50,00%	56	100,0%	13,8%
E. Superior	0	0,00%	2	50,0%	0	0,0%	1	25,0%	1	25,0%	4	100,0%	1,0%
<b>TOTAL</b>	22	5,40%	102	25,1%	67	16,5%	86	21,2%	129	32%	406	100,0%	100,0%

Fonte:questionário aplicado aos moradores entrevistados das comunidades com PSF estudadas, de outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 7,7864; Degrees of freedom = 4 ; P value = 0,0997

Dos moradores entrevistados, 80% declararam conhecer o PSF, sendo que a comunidade A apresentou o menor percentual de conhecimento (68,2%) e a comunidade C apresentaram o maior conhecimento do PSF (89,6%). Durante as entrevistas verificou-se que era o Posto de Saúde que a população conhecia e não o Programa de Saúde da Família, enquanto uma nova definição de atenção à saúde (Tabela 4.16).

**Tabela 4.16 - Distribuição do conhecimento do PSF por Comunidade.**

Comunidades	A		B		C		D		E		TOTAL		Média
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
<b>Conhece o PSF da Sua Comunidade</b>													
Sim	15	4,6%	86	26,5%	60	18,5%	60	18,5%	104	32%	325	100%	80%
Não	7	8,6%	16	19,8%	7	8,6%	26	32,1%	25	30,9%	81	100%	20%
<b>TOTAL</b>	22	5,4%	102	25,1%	67	16,5%	86	21,2%	129	32%	406	100%	100%

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.

Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 12,5782 ; Degrees of freedom = 4 ; P value = 0,0135

Dos 325 moradores que disseram conhecer o PSF, 87,2% sabiam o nome do ACS responsável por suas visitas e 86,7% relataram ter sido visitados ao menos 1 vez, pelo ACS nos últimos três meses.

Quando essas variáveis foram analisadas simultaneamente nos 406 entrevistados, 67,1% dos que conheciam o PSF sabiam do nome do ACS responsável pelas visitas, e 76% dos que também conheciam o PSF receberam ao menos 1 visita nos últimos três meses, ressaltando-se a importância do vínculo criado entre o ACS e o morador (Tabela 4.17).

**Tabela 4.17 - Distribuição dos entrevistados, segundo conhecimento do nome do ACS e ter sido visitado nos últimos três meses pelo ACS.**

Conhece o PSF da Sua Comunidade	SABE O NOME DO ACS*					RECEBEU VISITA DO ACS NOS TRÊS MESES ANTERIORES**						
	Sim		Não			Não sabe		Sim		Não		
	N	%	N	%	TOTAL	N	%	N	%	N	%	TOTAL
<b>Sim</b>	218	67,1%	107	32,9%	325	7	2,2%	247	76%	71	21,8%	325
<b>Não</b>	32	39,5%	49	60,5%	81	4	4,9%	38	46,9%	39	48,1%	81
<b>TOTAL</b>	250	61,6%	156	38,4%	406	11	2,7%	285	27,1%	110	70,2%	406

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.

\*Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 20,7805 ; Degrees of freedom = 1 ; P value = 0,000

\*\*Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 26,161 ; Degrees of freedom = 2 ; P value = 0,000

Ao analisar-se o total de entrevistados (406), apenas 61,6% referiram conhecer o nome do ACS responsáveis pela visita. Na Comunidade C essa resposta foi somente de 40,3%, indicando a distância e o pouco vínculo desse PSF com a comunidade (Tabela 4.18). Ressalta-se que nesta

comunidade houve pesada interferência negativa do Gestor Local, que atrapalhava muito o processo de organização do trabalho.

Também foi preocupante o conhecimento do nome do ACS por parte da comunidade E, apenas de 51,2% dos entrevistados. Não obstante, nesta comunidade, em duas micro-áreas, foram entrevistadas casas que estavam recebendo ACS novos, o que pode ter influenciado no resultado encontrado (Tabela 4.18).

**Tabela 4. 18 - Distribuição dos entrevistados segundo o conhecimento do nome do ACS, por comunidade.**

Sabe o nome do ACS?	A		B		C		D		E		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Sim</b>	16	73%	76	74,5%	27	40%	65	75,6%	66	51,2%	250	61,6%
<b>Não</b>	6	27%	26	25,5%	40	59,7%	21	24%	63	48,8%	156	38,4%
<b>TOTAL</b>	22	100%	102	100%	67	100%	86	100%	129	100%	406	100%

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 34,1461; Degrees of freedom = 4; P value = 0,000

Quanto às visitas domiciliares, a maioria dos moradores entrevistados nas diversas comunidades (70,2%) reportou ter recebido pelo menos uma visita. A comunidade A foi a única comunidade que se diferenciou, pois somente 40,9% dos entrevistados revelaram ter recebido visitas domiciliares nos últimos três meses. Supôs-se que isso se deveu aos problemas que a equipe vinha passando para organizar-se no novo prédio do módulo. Na comunidade E, o registro positivo de visitas domiciliares (VD) por apenas 66,7% dos entrevistados, foi, provavelmente, por causa do início do trabalho dos novos ACS e pelo fato que uma ACS estava em licença gestacional há três meses na época da pesquisa (Tabela 4.19).

**Tabela 4. 19 - Distribuição das Visitas Domiciliares dos ACS nos últimos três meses, por comunidade.**

Recebeu visita do ACS nos últimos 3 meses?	A		B		C		D		E		TOTAL	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Sim</b>	9	41%	77	75,5%	49	73%	64	74,4%	86	66,7%	285	70,2%
<b>Não</b>	11	50%	22	21,6%	15	22%	20	23,3%	42	32,6%	110	27,1%
<b>Não Sabe</b>	2	9%	3	2,9%	3	4,5%	2	2%	1	0,8%	11	2,7%
<b>TOTAL</b>	22	100%	102	100%	67	100%	86	100%	129	100%	406	100%

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 12,227; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0157

A comunidade B, com todos os problemas que enfrentou na descontinuidade do trabalho, e apresentou a melhor proporção de visitação pelos ACS, e, durante a realização das pesquisas, pode-se observar os ACS andando por toda a comunidade. Quanto à baixa positividade das VD comunidade C, isto podia ser um indicador do domínio negativo do gestor local, e sua consequência que era o medo das ESF, dificultando a implementação do PSF local.

Quanto aos números de visitas domiciliares dos ACS, na análise da distribuição, 61% dos entrevistados declararam ter sido inferior a três visitas domiciliares/três meses, o que perfaz menos de uma visita domiciliar mensal, mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde para o PSF.

Dos 282 entrevistados que responderam sobre os motivos das visitas domiciliares do ACS, 50% relataram ser convidados para atividades em grupos, com variação entre 65,6%, na comunidade D, a 39,5%, na comunidade C. Nesta análise, os dados da comunidade A não foram considerados, pelo pequeno número de pessoas que responderam a essa questão (Tabela 4.20).

Os ACS também representavam importante papel na busca e na lembrança das consultas agendadas (68,8%), sendo este papel muito forte na comunidade B (80%) e menos importante na comunidade E (56,5%). Pode-se interpretar esse fato no âmbito da responsabilidade com relação ao cuidar da saúde no módulo do PSF. Os entrevistados referiam muito a importância do ACS no lembrar a consulta agendada (Tabela 4.20).

Entre os entrevistados, 91% referiram que os ACS iam as casa para acompanhar problemas prévios de saúde, variando entre quase 100% na comunidade E, e 77%, na comunidade C (Tabela 4.20). Acompanhar questões de Saúde significava tanto o acompanhamento das doenças com aferição de pressão arterial e medição de glicemia capilar e da temperatura, como o acompanhamento da saúde na gravidez e da criança.

As ações de educação em saúde foram referidas apenas por 65,2% dos entrevistados, indicando que poderia estar representando uma dificuldade dos ACS de falar sobre ações preventivas quando não havia um agravo concreto à saúde na família (Tabela 4.20).

Levar remédios para as famílias era o motivo menos referido pelos entrevistados (29,4%) (Tabela 4.20).

Marcar consulta nos módulos, no entanto depois de cuidados com a saúde foi o motivo mais freqüente das visitas. Esse fato foi relatado com bastante eloqüência pelos entrevistados que relatavam, em algumas comunidades, que praticamente só conseguiam marcar consultas através dos ACS. Os ACS detinham o poder do acesso às consultas nos módulos. Isso foi importante na comunidade B (87%) e na comunidade C (79,2%). Na comunidade B isso parecia estar refletindo a necessidade de ampliação da ESF, pois a população era grande demais para apenas duas ESF. Na comunidade C poderia estar refletindo tanto a falta de contratação do médico da segunda ESF, como a maneira negativa da ingerência do gestor local (Tabela 4.20).

Tabela 4. 20 - Distribuição dos Motivos de Visitas Domiciliares dos ACS, por Comunidade.

	A		B		C		D		E		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>*Convidar para Grupo</b>												
Sim	8	100%	35	45,5%	19	39,6%	42	65,6%	37	43,5%	141	50%
Não	0	0%	39	50,6%	27	56,2%	18	28,1%	45	52,9%	129	45,7%
Não Sabe	0	0%	3	3,9%	2	4,2%	4	6,2%	3	3,5%	12	4,3%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>
<b>** Buscae Lembra consulta</b>												
Sim	5	62,5%	62	80,5%	34	70,8%	45	70,3%	48	56,%	194	68,8%
Não	3	37,5%	12	15,6%	14	29,20%	15	23,4%	34	40%	78	27,7%
Não Sabe	0	0%	3	3,9%	0	0%	4	6%	3	3,5%	10	3,5%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>
<b>*** Cuidados com a saúde</b>												
Sim	8	100%	72	93,5%	37	77%	56	87,6%	84	98,8%	257	91,1%
Não	0	0%	4	5,2%	11	22,9%	5	8%	0	0%	20	7,1%
Não Sabe	0	0%	1	1,3%	0	0%	3	5%	1	1,2%	5	1,8%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>
<b>**** Educação em saúde</b>												
Sim	7	87,5%	58	75,3%	34	70,8%	39	60,9%	46	54,1%	184	65,2%
Não	1	13%	18	23,4%	14	29,2%	21	33%	36	42,4%	90	31,9%
Não Sabe	0	0%	1	1,3%	0	0%	4	6%	3	3,5%	8	2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>
<b>***** Trazer e levar remédio</b>												
Sim	5	62,5%	33	42,9%	5	10%	18	28,1%	22	25,9%	83	29,4%
Não	3	38%	42	54,5%	43	89,6%	43	67,2%	60	70,6%	191	67,7%
Não Sabe	0	0%	2	2,6%	0	0%	3	4,7%	3	3,5%	8	2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>
<b>***** Marcar consulta no Posto</b>												
Sim	6	75,0%	67	87,0%	38	79,2%	48	75%	61	71,8%	220	78%
Não	2	25%	8	10,4%	10	20,8%	13	20%	21	24,7%	54	19,1%
Não Sabe	0	0%	2	2,6%	0	0,0%	3	5%	3	3,5%	8	2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>85</b>	<b>100%</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.

OBS: três moradores referiram ter sido visitados apenas para cadastramento.

\*Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 15,8988; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0032

\*\*Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 10,2208; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0369

\*\*\*Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 19,5259; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0006

\*\*\*\*Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 11,4899; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0216

\*\*\*\*\*Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 16,9032; Degrees of freedom = 4; P value = 0,002

\*\*\*\*\*Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 5,8567; Degrees of freedom = 4; P value = 0,2101



Mais de 96% dos entrevistados acharam importante a visita domiciliar dos ACS.

Quando foi questionado de maneira excludente, o motivo mais importante para a visita do ACS, foi o de acompanhar e cuidar de alguém da família (50,4%).

No entanto, a resposta falar sobre Educação em Saúde ficou próximo à resposta Marcar consultas no Módulo, que surgiu enquanto variável espontaneamente durante a aplicação dos questionários. A esse fato supõe-se uma importância fatal, reforçando a preocupação que os ACS estejam agindo como os porteiros do PSF. Nas comunidades B e E esta resposta superou a realizar Educação em Saúde, talvez também indicando que existiam fluxos nas ESF que estabeleciam a entrada no módulo através dos ACS (Tabela 4.21).

**Tabela 4.21 - Distribuição dos moradores entrevistados segundo o motivo mais importante da VD do ACS, por comunidade**

	A		B		C		D		E		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Acompanhar / Cuidar de alguém da Família.</b>	14	66,7%	38	38%	31	50%	51	61,4%	64	56,6%	198
<b>Falar sobre Educação em Saúde.</b>	7	33%	17	17,0%	14	22,6%	23	28%	15	13,3%	100
<b>Marcar consultas no Módulo</b>	0	0	29	29%	9	14,5%	7	8,4%	21	18,6%	66
<b>Trazer Remédios</b>	0	0	2	2%	0	0	0	0	0	0	2
<b>Lembrar da consulta no Módulo</b>	0	0	8	8%	3	4,8%	2	2,4%	5	4,4%	18
<b>Não Sabe</b>	0	0	6	6%	5	8%	0	0	8	7%	19
<b>TOTAL</b>	21	100%	100	100%	62	100%	83	100%	113	100%	403

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.

\*Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 22,3019; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0002

obs: três registros não foram realizados.

Quanto à utilização do Módulo, observou-se que 87,6% dos entrevistados, em algum momento do PSF usaram os serviços do Módulo. Alguns dos entrevistados relataram que não estavam procurando mais o módulo pelas dificuldades de serem atendidos: *“as consultas são marcadas para outro dia e eu não posso! Eles nunca atendem na hora que precisamos! Se for para as revisões regulares eles atendem bem, mas se nós precisamos de atendimento naquele dia ou muito perto, eles nunca podem, aí nós vamos para a emergência”*.

Dentre os motivos de procura do módulo, a consulta médica foi referida por 95,2% dos entrevistados. No entanto, a consulta de enfermagem além de ter sido bem identificada pelo usuário, foi também

referida por 70,3% dos entrevistados, tendo sido pouco mencionada apenas na comunidade D, onde a figura dos médicos era bastante forte. Na comunidade E, ao contrário, a figura do enfermeiro era bem definida, sendo procurado pela comunidade quase tanto que pelo médico. A comunidade C também apresentou uma grande procura do enfermeiro, pois na época da entrevista só havia contratado um médico, chegado havia pouco tempo na comunidade (Tabela 4.22).

Quanto às atividades de grupo, só eram procuradas por 21% dos entrevistados. Nas comunidades A e D apresentaram-se acima dessa média, evidenciando talvez um trabalho mais focado para este fim (Tabela 4.22).

Quase 70% dos entrevistados procuraram o módulo também para as atividades de enfermagem como curativos, injeções, nebulizações, dentre outras; com menor procura nas comunidades A e B. A primeira por problemas de instalação do módulo, que persistiam até agosto de 2002; a segunda, provavelmente, porque o módulo ficou praticamente parado por mais de sete meses entre 2001 e 2002, depois, com alternância de funcionamento devido à violência local. As comunidades E e C sofreram problemas parecidos, tanto de pagamento dos profissionais quanto da violência. Mas o não afastamento dos usuários foi explicado, no primeiro caso, pela existência de equipe estatutária que não deixou o posto parar, e o outro, pela ingerência do gestor local (Tabela 4.22).

Marcar consulta tinha seu fluxo também no Módulo (65,7%), sendo que na comunidade B foi de apenas 41,6%, revelando alguma obstrução a esse fluxo (Tabela 4.22), lembrando que foi a comunidade que revelou com muita intensidade ser o motivo da VD do ACS marcar consulta no Módulo.

Pegar remédio era um grande motivo de ida ao módulo em todas as comunidades, sendo referido por 83,9% dos entrevistados (Tabela 4.22).

Na época da pesquisa, a vacinação não era rotina nos Módulos do PSF das comunidades A, B C e D, já tendo sido rotina no PSF da comunidade B e estando presente apenas na comunidade E, cujo módulo ainda apresentava parte da organização do tipo da atenção básica tradicional (Tabela 4.22).

**Tabela 4. 22 - Distribuição dos Motivos da Procura ao Módulo do PSF, por Comunidade.**

	A		B		C		D		E		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>1- Consulta de Enfermagem</b>												
<b>Sim</b>	12	66,7%	60	67,4%	43	74,1%	34	47,9%	99	84,6%	248	70,3%
<b>Não</b>	6	33%	25	28,1%	12	20,7%	30	42,3%	16	13,7%	89	25,2%
<b>Não Sabe</b>	0	0%	4	4,5%	3	5,2%	7	9,9%	2	1,7%	16	4,5%
<b>TOTAL</b>	18	100%	89	100%	58	100%	71	100%	117	100%	353	100%
<b>2- Consulta médica</b>												
<b>Sim</b>	17	94,4%	81	91%	55	94,8%	70	98,6%	113	96,6%	336	95,2%
<b>Não</b>	1	5,6%	8	9%	3	5,2%	1	1,4%	4	3,4%	17	4,8%
<b>Não Sabe</b>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	18	100%	89	100%	58	100%	71	100%	117	100%	353	100%
<b>3 - Atividade de Grupo</b>												
<b>Sim</b>	6	33,3%	14	15,7%	9	15,5%	21	29,6%	24	20,5%	74	21,0%
<b>Não</b>	12	66,7%	72	80,9%	48	82,8%	46	64,8%	92	78,6%	270	76,5%
<b>Não Sabe</b>	0	0%	3	3,4%	1	1,7%	4	5,6%	1	0,9%	9	2,5%
<b>TOTAL</b>	18	100%	89	100%	58	100%	71	100%	117	100%	353	100%
<b>4- Curativo /injeção/nebulização /Pressão Arterial</b>												
<b>Sim</b>	8	44,4%	53	59,6%	43	74,1%	53	74,6%	86	73,5%	243	68,8%
<b>Não</b>	10	56%	35	39,3%	14	24,1%	17	24%	31	26,5%	107	30,3%
<b>Não Sabe</b>	0	0%	1	1,1%	1	1,7%	1	1,4%	0	0%	3	0,9%
<b>TOTAL</b>	18	100%	89	100%	58	100%	71	100%	117	100%	353	100%
<b>5- Marcar consulta</b>												
<b>Sim</b>	16	88,9%	37	41,6%	37	64%	53	74,6%	89	76,1%	232	65,7%
<b>Não</b>	2	11%	51	57,3%	20	34,5%	17	23,9%	28	23,9%	118	33,4%
<b>Não Sabe</b>	0	0%	1	1,1%	1	1,7%	1	1,4%	0	0%	3	0,8%
<b>TOTAL</b>	18	100%	89	100%	58	100%	71	100%	117	100%	353	100%
<b>6 - Pegar remédio</b>												
<b>Sim</b>	15	83,3%	68	76,4%	51	87,9%	55	77,5%	107	91,5%	296	83,9%
<b>Não</b>	3	16,7%	20	22,5%	7	12,1%	15	21%	10	8,5%	55	15,6%
<b>Não Sabe</b>	0	0%	1	1,1%	0	0%	1	1%	0	0%	2	0,6%
<b>TOTAL</b>	18	100%	89	100%	58	100%	71	100%	117	100%	353	100%
<b>7- Vacina de Rotina</b>												
<b>Sim</b>	0	0,0%	29	42,7%	1	1,7%	1	1,4%	91	77,80%	131	37,1%
<b>Não</b>	18	100%	50	56,2%	55	94,8%	69	97,2%	25	21,4%	217	61,5%
<b>Não Sabe</b>	0	0%	1	1,1%	2	3,4%	1	1%	1	0,9%	5	1,4%
<b>TOTAL</b>	18	100%	80	100%	58	100%	71	100%	117	100%	353	100%

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.

1. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 29,8473; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0000
2. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 5,6987; Degrees of freedom = 4; P value = 0,2228
3. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 5,7129; Degrees of freedom = 4; P value = 0,2219
4. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 11,3163; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0232
5. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 35,1669; Degrees of freedom = 4; P value = 0,000
6. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 11,6493; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0202
7. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 159,0454; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0000

Quando se fez o cruzamento dos dados das visitas dos ACS com presença das atividades de Grupo observou-se que os moradores que mais iam as atividades de grupo eram os que recebiam visitas domiciliares dos ACS, representando 23,2% nos visitados contra 15% nos não visitados. Ao cruzar-se essa variável com a variável saber o nome do ACS, valorado como dado significativo para avaliar o vínculo, essa relação fica mais intensa, representando a ida às atividades de grupo 25,9% nos que sabem o nome do ACS contra 11,6% nos que não sabem o nome do ACS (Tabela 4.23).

**Tabela 4.23 – Distribuição dos entrevistados segundo a procura pela atividade de grupo, relacionando as visitas dos ACS e o conhecimento do nome do ACS.**

ATIVIDADES DE GRUPO	RECEBEU VISITA DO ACS NOS TRÊS MESES ANTERIORES <sup>a</sup>						SABE O NOME DO ACS <sup>b</sup>				
	Sim		Não		Não sabe		Sim		Não		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Sim</b>	62	23,2%	12	15%	0	0%	60	25,9%	14	11,6%	74
<b>Não</b>	199	74,5%	66	82,5%	5	83,3%	170	73,3%	100	82,6%	270
<b>Não sabe</b>	6	2,2%	2	2,5%	1	16,7%	2	0,9%	7	5,8%	9
<b>TOTAL</b>	267	100%	80	100%	6	100%	232	100%	121	100%	353

<sup>a</sup> Kruskal-Wallis H (equivalente ao chi-quadrado)=5,6384; graus de liberdade=2; p=0,0597

<sup>b</sup> Kruskal-Wallis H (equivalente ao chi-quadrado)=13,9024; graus de liberdade=1; p=0,0002

Quanto ao vínculo com o médico, que foi o profissional escolhido para representar o vínculo com a equipe técnica, verificou-se que os entrevistados conheciam pouco o nome do seu médico, apenas 41,9% em média, e que isso era mais grave nas comunidades B e C, talvez pelos problemas de maior rotatividade desse profissional nas equipes. A comunidade A como ficou com o mesmo médico até a época da entrevista, ou seja, desde o início, apresentou o melhor percentual de identificação positiva, seguida da comunidade E que apesar das paralisações, teve parte de sua equipe de médicos retornando ao local (Tabela 4.24).

**Tabela 4.24 - Distribuição do conhecimento do nome do médico, por Comunidade.**

Sabe o nome do seu médico?	A		B		C		D		E		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	18	81,8%	27	26,5%	7	10,4%	41	47,7%	77	59,7%	170	41,9%
<b>Não</b>	4	18,2%	75	73,5%	60	89,6%	45	52,3%	52	40,3%	236	58,1%
<b>TOTAL</b>	22	100%	102	100%	67	100%	86	100%	129	100%	406	100%

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.  
1. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 69,3916; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0000

Outro enfoque de implementação foi à aceitação do médico de família ou generalista. Apesar da boa aceitação aparente com 77,8% de respostas classificando-se entre bom e muito bom, durante as entrevistas esses moradores relataram que a boa aceitação relacionava-se ao acesso a um médico, qualquer médico, o que era difícil para a população normalmente. Os que referiam ser regular e ruim (21,9%) reclamavam de ser o mesmo médico atendendo adulto e criança principalmente, para as mães que se sentiam inseguras quanto condutas a seguir (Tabela 4.25).

**Tabela 4.25 – Distribuição da opinião sobre o médico de família por comunidade.**

OPINIÃO SOBRE MÉDICO DE FAMÍLIA	A		B		C		D		E		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Ruim</b>	6	27,3%	6	5,9%	4	6%	5	5,8%	14	10,9%	35	8,6%
<b>Regular</b>	4	18,2%	11	10,8%	13	19,4%	15	17,4%	11	8,5%	54	13,3%
<b>Bom</b>	11	50%	62	60,8%	27	40,3%	40	46,5%	65	50,4%	205	50,5%
<b>Muito bom</b>	1	4,5%	23	22,5%	23	34,3%	26	30,2%	38	29,5%	111	27,3%
<b>Sem resposta</b>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,8%	1	0,2%
<b>TOTAL</b>	22	100%	102	100%	67	100%	86	100%	129	100%	406	100%

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.  
Kruskal-Wallis H (equivalente ao chi-quadrado)=11,59; graus de liberdade=4; p=0,0207.

Sobre o fluxo de referência, foi questionado ao entrevistado se nos últimos três meses alguém de sua família teria sido encaminhado para algum tipo de atenção, independente de qual, em outro Serviço de Saúde. Do total de entrevistados, 36,9% responderam que sim, haviam recebido algum tipo de encaminhamento para ir a outros serviços de saúde pelo PSF. Isso foi mais intenso nas comunidades C e E, com respostas positivas de 53,7% e 40,3% respectivamente. Pode-se inferir que o grau de

resolutividade local está muito baixo. Na verdade nenhum dos PSF teve uma positividade até 20%, que pudesse revelar uma resolutividade de 80% no Módulo (Tabela 4.26).

Esse nó da referência mostrou-se não ser somente de falta ou demora dos locais para onde a população era referenciada. Parece que o motivo de tanta referência também estava ligado a ineficiência do sistema implantado, que referia a maioria das coletas dos exames laboratoriais, como a necessidade de exames simples, porém distantes a exemplo do RX de tórax, ou ainda da necessidade da opinião de especialistas ou do atendimento das urgências, mesmo que banais.

**Tabela 4.26 - Distribuição dos encaminhamentos recebidos pelo PSF nos últimos três meses, por Comunidade.**

Nos últimos três meses você recebeu do PSF algum encaminhamento?	A		B		C		D		E		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	8	36,4%	30	29,4%	36	53,7%	24	27,9%	52	40,3%	150	36,9%
<b>Não</b>	12	54,5%	70	68,6%	29	43,3%	57	66,3%	76	58,9%	244	60,1%
<b>Não Sabe</b>	2	9,1%	2	2%	2	3%	5	5,8%	1	0,8%	12	3%
<b>TOTAL</b>	22	100%	102	100%	67	100%	86	100%	129	100%	406	100%

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.

1. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 11,59; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0207

Há que se pensar esta estrutura de serviços de apoio, antes de expandi-la, pois esses tipos de nós continuarão.

A Unidade Mãe apresentou-se fundamental no que âmbito da realização, mesmo que em dias marcados, da coleta de exames, vacinação, dentre outras atividades simples, no próprio módulo, pois o transporte para essa população era muito dispendioso e o PSF deve resolver as questões de saúde o mais próximo possível do usuário, estabelecendo um encurtamento do acesso.

O tempo que leva para ser atendido na referência era em média menor que 1 semana para 40% dos moradores entrevistados, revelando que parte destes atendimentos poderiam ser realizados no próprio módulo, ou com marcações prévias ou com interconsultas locais.

O tempo para atendimentos que levam de 1 a 4 semanas e mais de 4 semanas revelados pelos moradores foram de 24,2%, que revelava ser o tempo médio, entorno de 1 mês, para o atendimento

especializado. O que impressionava nessa questão era que 28,4% dos entrevistados ainda não tinham conseguido ser atendidos, na época da pesquisa, denotando uma qualidade ruim e importante no atendimento às questões de saúde, não só para o PSF, mas no município do Rio de Janeiro.

Quanto à Violência, foi perguntado aos moradores se eles achavam que a violência atrapalhava o trabalho dos ACS, no que tangia a visita às residências, e apenas 29,6% dos entrevistados consideraram que sim. Nas comunidades A e D que eram mais tranquilas quanto esta aspecto, pois quase não existe tráfico de drogas, as respostas foram quase todas negativas. Nas comunidades E, C e B no curso das entrevistas conviveu-se diretamente com a violência, o que provavelmente refletiu no resultado, com quase 40% dos entrevistados referindo positividade nesta questão (Tabela 4.27).

Sabendo que esta questão seria bastante delicada optou-se por observar as reações dos moradores quando entrevistados, e assim pode-se perceber o medo de revelar a uma pessoa estranha o como realmente se sentiam e a imensa vergonha de admitir que realmente que moram num lugar violento: *“os ACS são da comunidade e sendo assim sabem se virar quando o bicho pega, para eles não têm desculpa. Já para quem não é daqui fica difícil caminhar na comunidade, as pessoas de fora estranham. Com a gente, que é daqui, eles não fazem nada”*.

**Tabela 4.27 – Distribuição da opinião dos moradores sobre a influência da violência sobre as vistas dos ACS, por Comunidade.**

Área violenta que atrapalha a VD do ACS	A		B		C		D		E		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sim</b>	0	0%	35	34,3%	24	35,8%	2	2,3%	59	45,7%	120	29,6%
<b>Não</b>	22	100%	66	64,7%	43	64,2%	83	96,5%	69	53,5%	283	69,7%
<b>Não Sabe</b>	0	0%	1	0%	0	0%	1	1,2	1	0,8%	3	0,7%
<b>TOTAL</b>	22	100%	102	100%	57	100%	86	100%	129	100%	406	100%

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.

1. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 56,8825; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0000

Outra postura foi a de assumir o medo e até mostrar o telhado usado para vigília do ponto de venda do tóxico e onde as balas ricochetavam dentro das casas: *“Isso não é humano Dona, é vida de animal! As vielas, travessas e ruas são muito estreitas, não há para onde fugir. Quando é invasão do outro comando também fica muito perigoso, mas quando a polícia vem fica mais perigoso. As armas*

*deles são mais poderosas que as da polícia. A polícia não nos respeita, nem mulheres nem crianças, atiram sem pensar, podendo nos atingir. Sabe Dona pobre não é ninguém mesmo.”*

Como na questão posterior, a maioria relata não ter problemas por pertencer e ser conhecido na comunidade. Esses moradores relatavam saber circular na hora certa. No entanto, os que revelavam problemas com a violência, principalmente na comunidade E, descreviam que era muito perigoso ir ainda de madrugada para o Módulo a fim de colher material para exames, pois era uma hora perigosa para andar na comunidade. Lembrando que esta era a comunidade com boas vias de trânsito interno, bastante urbanizadas, sem muitas vielas, que aumentam o perigo numa hora de violência (Tabela 4.28).

**Tabela 4.28 Distribuição da opinião sobre a influência da Violência sobre as idas ao Módulo do PSF por comunidade.**

Comunidades	A		B		C		D		E		TOTAL		Média
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Área Violenta a ponto de atrapalhar a ida ao Módulo</b>													
<b>Sim</b>	1	4,5%	23	22,5%	19	28,4%	0	0,0%	49	53,3%	92	100%	22,7%
<b>Não</b>	21	95,5%	79	77,5%	48	71,6%	86	100,0%	80	62%	314	100%	77,3%
<b>TOTAL</b>	22	5,4%	102	25,1%	67	16,5%	86	21,2%	129	32%	406	100%	100%

Fonte: questionário aplicado aos usuários entrevistados das comunidades com PSF pesquisadas, entre outubro de 2002 e fevereiro de 2003.

1. Kruskal-Wallis H (equivalent to Chi square) = 47,7267; Degrees of freedom = 4; P value = 0,0000



#### **4.6 Análise do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).**

Os relatórios do SIAB permitiram conhecer a realidade social e sanitária da população acompanhada, possibilitando a avaliação dos serviços de saúde oferecidos indicando caminhos para reorganiza-los, sempre que necessário, com fim de melhorar a qualidade do serviço prestado. Além do cadastramento apresentado anteriormente nesta dissertação, o SIAB tinha relatórios que possibilitavam o registro de atividades e procedimentos; e o acompanhamento dos grupos de risco, como gestantes, hipertensos e diabéticos, dentre outros. Ambos os relatórios, de produção e o de marcadores, foram analisados nas ESF estudadas, no período de janeiro a junho de 2001 e comparados ao período de julho a dezembro de 2002.

Nesta análise destacaram-se alguns indicadores de produção e marcadores de saúde.

Para que as questões éticas quanto a estes mantidas a um bom termo, as Comunidades e ESF serão tratadas por letras e números respectivamente.

##### **4.6.1 Análise de Produção do SIAB:**

A análise de produção foi fruto da pesquisa realizada no setor de informação da Secretaria Municipal de Saúde, com o responsável pela introdução dos dados do SIAB do Município. No momento da coleta de dados observou-se que alguns meses não estavam registrados. Assim quando ao deparar-se com os problemas de registro analisou-se as épocas de problemas nos PSF, como as faltas de pagamento dos salários, levando a uma descontinuidade de ação, e a falta de médico nas ESF, entre outras causas, que explicaram apenas parte das falhas de registros. Outras partes dessas falhas, simplesmente não tinham explicação. Por isso partiu-se para o estudo de alguns dados, os melhores registrados na produção do SIAB, em blocos de 6 meses, pois períodos maiores conteriam maior números de erros de registro.

Mesmo estimando para um ano, a concentração média de consultas médicas e atividades de enfermagem estavam, em todas as ESF, bem a baixo do esperado pela consulta pública número 1 de 8 de dezembro de 2000, que passou a nortear o as ações esperadas no Manual do Atenção Básica do MS, 2001, que eram de 2 a 3 consultas médicas por morador por ano, e de 3 a 4 atividades de enfermagem por morador por ano.

Também a concentração média mensal de Visitas Domiciliares (VD) por ACS por mês, estava abaixo do esperado pelo MS (2000), acima de 1/família/mês (Quadro 4.6).

As atividades alternativas que mais caracterizavam o PSF no relatório de Produção do SIAB foram as: Atividades de Grupo de Educação em Saúde (AGES), Procedimentos Coletivos (PC) e Reuniões (R). Se fosse esperada apenas uma reunião semanal por ESF, teriam que aparecer entre 4 e 5 reuniões mensais, levando ao número de no mínimo de 28 reuniões semestrais. Quanto aos grupos e procedimentos coletivos, não havia um padrão esperado, mas é certo que quanto maior os números dessas atividades maiores serão as atuações de educação em saúde na assistência à população, propiciando promoção da saúde e a prevenção das doenças, colaborando para a mudança da prática sanitária.

**Quadro 4.6 - Distribuição da produção das ESF estudadas de Janeiro a Junho de 2001**

<b>Produção do SIAB por comunidade</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E***</b>
<b>Consultas médicas/ morador/ano</b>	0,88	0,55*	1,1	0,98	1,68****
<b>Atividades de enfermagem/ morador/ ano</b>	0,96	0,65	0,12**	1,35	1,63****
<b>VD dos ACS/ família/mês</b>	0,54	0,78	0,67	0,52	1,03****
<b>Atividades Grupos educativos</b>	57	54	13	53	13 ****
<b>Procedimentos Coletivos</b>	0	4	0	0	0****
<b>Reuniões</b>	59	42	28	75	14****

Fonte: Relatório de Produção do SIAB de Janeiro a Junho de 2001

\*estimado a partir de apenas um mês de trabalho médico na comunidade do Borel no 1º semestre de 2001

\*\* o enfermeiro trabalhou apenas um mês, no Parque Royal, neste período.

\*\*\* essas ESF do Vilar Carioca trabalharam apenas 2 meses, neste período, por falta de pagamento, por isso os dados foram estimados de 2 meses para um ano.

\*\*\*\* em dois meses de produção.

Ao analisar 2002, percebeu-se algumas pequenas melhoras, na concentração média de consultas médicas, que aumentou, e nas visitas domiciliares, que se aproximaram do esperado pelo MS (2000).

No que tangia as atividades educativas, todas tiveram um aumento significativo, mas ainda irregular. O surpreendente número de procedimentos coletivos da ESF da comunidade A, talvez tenha sido devido às atividades odontológicas que ocorreram no período da pesquisa, com a lotação temporária de uma odontóloga nessa ESF (Quadro 4.7).

**Quadro 4.7 - Distribuição da produção das ESF estudadas de Julho a dezembro de 2002'.**

<b>Produção do SIAB</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C *</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>Consultas médicas/ morador/ano</b>	1,42	0,52	0,98	1,17	1,05
<b>Atividades de enfermagem/ morador/ano</b>	0,64	0,4	0,86	1,20	1,04
<b>VD dos ACS/ família/mês</b>	0,96	0,54	1,2	0,81	0,79
<b>Atividades Grupos educativos</b>	157	18	13	161	99
<b>Procedimentos Coletivos</b>	1012	41	0	19	11
<b>Reuniões</b>	131	75	59	71	92

Fonte: Relatório de Produção do SIAB de Janeiro a Junho de 2001

\* Média da junção da produção das equipes 01 e 02.

#### **4.6.2 Análise do Relatório de Marcadores de Saúde do SIAB**

Esse relatório produz tanto marcadores que são indicadores de saúde e que foram selecionados para esta análise.

Os Marcadores e Indicadores a serem analisados foram: proporção de nascidos vivos com baixo peso; taxa de mortalidade infantil; proporção de hipertensos e de diabéticos cobertos pelas ESF; as hospitalizações totais e específicas como em: menores de 5 anos por causas satélites (Diarréia/desidratação e Infecções Respiratórias Aguda), diabéticos e uso abusivo do álcool; e óbitos totais, em menor de um ano pelas causas satélites (Diarréia e Infecção Respiratória Aguda-IRA), em mulheres de 10 a 49 anos e em adolescentes por violência.

Esses dados também foram fruto da pesquisa realizada no setor de informação da Secretaria Municipal de Saúde, com o responsável pela introdução dos dados do SIAB do Município. Da mesma forma que ocorreu com os dados de produção, no momento da coleta percebeu-se que alguns meses não estavam registrados. Uns foram cruzados com as informações sobre causas de descontinuidade do trabalho, falta de médico, entre outras causas; e outros simplesmente não tinham explicação. Por isso foram estudados alguns dados, os melhores registrados nos marcadores do SIAB, em blocos de 6 meses.

O coeficiente de natalidade estimado foi superior nos relatórios das ESF nas comunidades estudadas, que a média da cidade do Rio de Janeiro, exceto nas equipes da comunidade E, que funcionaram precariamente por falta de pagamento da Cooperativa, nesses únicos dois meses, (Quadro 4.8).

Constatai problemas nos registros desses SIAB, que podem revelar problemas no acompanhamento de nascidos vivos na comunidade: - O PSF esta sabendo de todos os que nascem na comunidade?

A proporção de recém nascidos de baixo peso é, em quase todas as ESF, maior que a média do município (Quadro 4.8).

**Quadro 4.8 - Distribuição dos Indicadores e Marcadores das ESF implementadas em 1999, nos Relatórios do SIAB de Janeiro a Junho de 2001.**

Indicadores e Marcadores	A	B	C	D	E ***
Nascidos Vivos	14	97	46	156	17
Estimativa de Coeficiente de Natalidade no ano de 2001*	18,14	21,66	22,94	24,98	11,37
NV com baixo peso	2	9	7	11	6
Proporção de Nascidos Vivos com baixo peso	14,29%	9,29%	15,22%	14,1%	35,29
Gravidez acompanhada, média mensal.	6	74	28	66	64
Gravidez em menor de 20 anos, média mensal.	2	27	11	23	28
Proporção de Gravidez em menor de 20 anos	33,3%	36,5%	39,3%	34,85%	43,75%
Média de hipertensos cadastrados	127	696	208	395	714
Proporção de hipertensos na população coberta (>20 anos)	10,6%**	12,9%**	7,1%**	10,7%**	13,34%**
Média de Diabéticos cadastrados	33	121	27	79	163
Proporção de diabéticos na população coberta (>20 anos)	2,76%**	1,35%**	0,9%**	1,27%**	1,82%**

Fonte: Relatório de Marcadores do SIAB do Município do Rio de Janeiro, de Janeiro a Junho de 2001, SMS.

\* por 1000 Nascidos Vivos

\*\*População do SIAB do Relatório de Produção de 2001.

\*\*\* Essas ESF só trabalharam os 2 primeiros meses do semestre por falta de pagamento

A proporção média de gestantes menores de 20 anos era muito grande, sendo bem maior que a média municipal.

A proporção de cadastros dos hipertensos e diabéticos da população adscrita era bem menor do que as metas esperadas dos Programas de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes da SMS, que eram mais de 20% da população com hipertensão arterial e mais que 7% da população com

diabetes. O que podia ser atribuído ao fato que na época da pesquisa essas populações serem jovens, com a pirâmide populacional de base alargada.

As internações por infecção respiratória aguda e desidratação, em menores de 5 anos; e por complicação por diabetes, foram altas para ESF.

As taxas de óbito infantil e geral não puderam ser avaliadas, pois os dados numericamente eram insignificantes para realizar uma estimativa de um ano, pois havia sérios problemas de registro, na maioria dos cadastros.

Em 2002, (Quadro 4.9), quando comparado aos marcadores de 2001, observou-se uma redução na proporção do coeficiente de natalidade estimado, com apenas duas ESF apresentando coeficientes superiores à média municipal de 2001, (D e E ). As demais ESF apresentaram esses coeficientes bem abaixo a média municipal. Como já citado isso pode ser tanto devido aos problemas nos registros como problemas no acompanhamento pelo PSF dos recém nascidos das comunidades.

Também foi observado que houve uma melhora na proporção de RN de baixo peso, com exceção da ESF A e E .

A proporção da média de gravidez acompanhada em menores de 20 anos diminuiu, mas ainda se apresentava muito alta.

A proporção de cadastros de hipertensos e diabéticos da população adscrita continua bem abaixo do que a meta dos Programas de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes da SMS preconizava. Ressalta-se a diferença mantida da base populacional, que nas comunidades estudadas mostrou-se mais jovem que a média da cidade do Rio de Janeiro.

**Quadro 4.9 - Distribuição dos Indicadores e Marcadores na ESF implementadas em 1999, nos Relatórios do SIAB de Julho a Dezembro de 2002.**

<b>Indicadores e Marcadores</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>Nascidos Vivos</b>	6	60	31	67	55
<b>NV com baixo peso</b>	2	5	3	8	7
<b>Estimativa de Coeficiente de Natalidade no ano de 2001*</b>	7,76	13,42	9,27	21,48	12,26
<b>Proporção de Nascidos Vivos com baixo peso</b>	33,33%	8,33%	9,68%	11,94%	12,73%
<b>Gravidez acompanhada, média mensal.</b>	4	56	36	65	54
<b>Gravidez em menor de 20 anos, média mensal.</b>	1	20	13	13	10
<b>Proporção de Gravidez em menor de 20 anos</b>	25%	35,71%	36,1%	20%	18,5%
<b>Média de hipertensos cadastrados</b>	169	656	279	537	568
<b>Proporção de hipertensos na população coberta (&gt;20 anos)</b>	16,9%	11,87%	5,88%	14,27%	8,28%
<b>Média de Diabéticos cadastrados</b>	34	120	49	125	136
<b>Proporção de diabéticos na população coberta (&gt;20 anos)</b>	3,2%	2,17%	0,86%	3,32%	1,98%

Fonte: Relatório de Marcadores do SIAB do Município do Rio de Janeiro, de Julho a Dezembro de 2002, SMS.

\* a população de 2002 destas ESF não foi cadastrada, por isso usei a população de 2001.

## **CAPÍTULO V : CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

Como objeto das considerações finais foram selecionados alguns indicadores de Estrutura e Processo que melhor revelassem as dificuldades e facilidades para a implementação do Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.

O processo de implementação do Programa de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, até o momento dessa pesquisa, apresentava-se ainda incipiente, principalmente em termos de cobertura da cidade, pois mesmo com as ampliações de 2000, 2001 e 2002, e incluindo o PACS, esta cobertura atingia apenas a 6,7% da população da cidade e 22,2% da população estimada pelo PROESF/Banco Mundial para o projeto de apoio a implementação do PSF em grandes Centros Urbanos. Assim, com a cobertura realizada naquele momento, a SMS recebia o mínimo do repasse da fração variável do Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA) e não se candidatava a receber o apoio financeiro do Banco Mundial.

O PSF, iniciado em 1999, teve e continuava tendo diversas dificuldades na sua implementação, que iam desde a estrutura de implementação até a cobertura da população adscrita, tanto através do atendimento no módulo quanto nas visitas domiciliares dos ACS, revelados pelos números do SIAB e pela entrevista com os moradores.

Quanto à estrutura física da instalação das ESF, pode-se observar que quase todas estavam em bom estado de conservação possibilitando, no período das visitas, o desenvolvimento do trabalho do Módulo do PSF, devendo-se apenas mencionar a falta de adequação de quase todas salas de vacinação.

No que tangia aos equipamentos, verificou-se deficiências nos de refrigeração ambiental e nos aparelhos específicos de atendimento (otoscópio, aparelhos de pressão, entre outros).

O material de consumo apresentou uma distribuição irregular devido a variações de distribuição da própria SMS.

No âmbito das ESF o processo de seleção de pessoal foi transparente e, segundo a entrevista com a gerência da Coordenação de Saúde das Comunidades, a seleção de pessoal estava em franco processo de amadurecimento e ampliação da participação de outros setores de dentro e de fora da SMS.

Quanto ao treinamento introdutório foi realizado, na época inicial da implementação, no Pólo da UERJ para os profissionais de nível superior. Os auxiliares de enfermagem e os ACS não tiveram esse tipo de treinamento realizando, os primeiros, um mês de treinamento nas Unidades Mães (em vacinação, curativos, entre outros), enquanto os ACS obtiveram no processo de seleção, ou na comunidade no decorrer do trabalho. No entanto, é importante ressaltar que cerca de 30% dos profissionais pertencentes as ESF pesquisadas ainda não haviam tido o Treinamento Introdutório na época da pesquisa, constituindo um limite para a implementação do PSF.

Quanto à educação continuada, essa se limitou a alguns cursos da SMS, onde as ESF foram chamadas a participar, porém sem fluxo contínuo com a necessidade no que tangia ao atendimento dos PSF.

Os profissionais de nível superior apontaram a falta de supervisão técnica como um grande limite para a implementação do PSF. Esse problema também vinha sendo observado pela Coordenação de Saúde das Comunidades, que estava iniciando incrementos, tanto em um novo processo de treinamento, quanto organizando uma formação de equipes de supervisão técnica e gerencial para atuar na base.

A deficiência de treinamento e a falta de supervisão técnica e gerencial constituíam, sem dúvida, um dos principais fatores limitantes do processo de implementação do PSF.

Ainda quanto aos aspectos estruturais pode-se depreender que a relação contratual com os profissionais não era problemática, pois quase todos estavam contratados no Regime CLT e os demais eram estatutários. O maior problema residia nos convênios com os gestores. Que, por vários motivos: tanto de elaboração dos contratos e como de falta de estrutura de algumas ONG para a devida prestação de contas, levando à atrasos e até ao não pagamento dos salários; impediam o bom andamento do trabalho das equipes, limitando assim o processo de implementação do PSF.

A média de consultas médicas por habitante ficava sempre aquém do preconizado pelo MS para a atenção básica. Pode ser que isso se deva ao fato de a população em risco dessas comunidades absorver mais intensamente a atenção médica, aumentando o tempo de consulta, e reduzindo o quantitativo disponível, necessitando talvez trabalhar com uma relação ESF/habitante menor que 1:3.500.



Outra causa da baixa cobertura das ESF nas comunidades adscrita pode ter sido a baixa participação das consultas de enfermagem, visto que as enfermeiras realizavam múltiplas funções, que as desviava do seu principal objeto de trabalho: o cuidado. Os atendimentos de enfermagem ficavam ainda aquém do esperado para a atenção básica em saúde, provavelmente devido à sobrecarga de funções das enfermeiras. As consultas de enfermagem não são registradas separadamente pelo SIAB, requerendo para análise um registro paralelo das ESF sobrecarregando as enfermeiras ainda mais, com os relatórios adicionais realizados para alguns Programas da SMS, como o de Controle e Prevenção de Hipertensão Arterial e Diabetes, e o planejamento familiar. Os médicos raramente realizavam ou consolidavam esses relatórios. A consulta médica era fundamental, não podendo esse se afastar para o trabalho “burocrático”. Já a consulta de enfermagem não era fundamental, sendo essa função naturalmente delegada a equipe de enfermagem, em especial aos enfermeiros. Esse panorama também era verdadeiro para as atividades de grupo, que raramente contavam com a participação dos médicos, sendo de responsabilidade direta da equipe de enfermagem.

As visitas domiciliares dos ACS dificilmente atingiam ao esperado pelo MS, ou seja, a uma visita por mês por família, devido, como já relatado, provavelmente ao desvio de função dos ACS para atenções no módulo (ex: recepção, triagem, etc.).

As atividades coletivas eram irregulares entre as ESF. Acredita-se que a irregularidade e às vezes até a falta do trabalho coletivo em algumas ESF dificultava o escoamento de grande parte das necessidades de atenção à saúde. Essas atividades criariam um *loco* importante para a educação em saúde e, portanto da mudança da prática sanitária, e a sua escassez hoje contribui para o déficit de cobertura dos PSF.

Mesmo com o panorama de dificuldades, a maioria dos moradores entrevistados relatou que alguém de sua família já tinha usado de alguma forma o módulo, principalmente para atendimento médico, mesmo que esporádico. A procura por atividades educativas era baixa, corroborando com a análise dos dados do SIAB, que revelavam baixa cobertura médica e de enfermagem/habitante.

Quanto aos marcadores e indicadores do SIAB escolhidos para a análise, os registros das ESF apresentaram-se quase sempre, piores nas comunidades estudadas do que no município do Rio de Janeiro: o coeficiente estimado de natalidade foi superior à média municipal; a proporção de recém nascidos de baixo peso, em quase todas as comunidades, foi maior que a média municipal; a proporção média de gestantes menores de 20 anos foi bem maior que a média municipal; e a

proporção dos cadastros dos hipertensos e diabéticos da população adscrita mostrou-se bem menor do que as metas dos Programas de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes da SMS. Apesar desse fato poder ser atribuído ao fato dessas populações serem jovens, com a pirâmide populacional de base alargada. Apesar desses dados terem melhorado de 2001 para 2002, ainda eram críticos e deveriam nortear ações e mudanças no processo de trabalho.

Ao entrevistar as ESF, nenhuma delas mostrou utilizar os dados do SIAB para organizar o processo de trabalho. O registro do SIAB era considerado como uma burocracia exigida pela SMS. Só alguns dos enfermeiros, que preenchiam grande parte desses relatórios, utilizavam-nos como auxílio para a supervisão dos ACS.

Quanto ao acesso ao módulo alguns dos moradores entrevistados relataram que não estavam procurando mais o módulo pelas dificuldades em serem atendidos. Em alguns PSF este acesso ficava muito ligado ao contato do morador com o ACS. Estes ACS passavam a dispor de um poder de influência junto à Unidade de Saúde que era reconhecido nas Comunidades. Isso poderia estar desvirtuando o trabalho do ACS, criando vínculos equivocados. Também para as ESF isso era algo perturbador, pois alguns ACS detinham o controle de grande parte do fluxo da Porta de Entrada do PSF.

Ressalta-se a importância da presença dos ACS nas ESF, sendo eles pessoas da comunidade com um maior poder dentro da ESF e podendo estar interferindo no modo da prática sanitária e exercendo o Controle Social de fato. No entanto, reforçar o fluxo da porta de entrada pelo ACS, pode ser um enfraquecimento para toda a ESF.

No que diz respeito ao nível de resolutividade desse programa, os PSF estudados apresentam baixa resolutividade, necessitando referenciar mais que 20% da clientela assistida. Novamente ressalta-se que esse nó da referência ocorre também em virtude da ineficiência dos próprios módulos que em sua maioria não colhem ou recebem materiais para exames regulares de bioquímica, ou da necessidade de exames, como um simples RX de tórax, ainda ser resolvida através da atenção em outro local, geralmente distante.

Quanto aos indicadores de mudança da prática sanitária, também foi observado pela existência de vínculo entre o usuário e o serviço através da visita domiciliar do ACS. Esse dado foi verificado através do saber por parte da população do nome do ACS. E apesar da maioria dos entrevistados ter referido ser visitada e conhecer o nome do ACS, os dados das entrevistas foram preocupantes,

ficando longe dos quase 100% esperados para um processo de três anos de implementação desses PSF.

Outro fator observado foi à percepção do morador do novo modelo de atenção através do sentimento com relação ao médico generalista. Quanto ao vínculo com o médico verificou-se que os entrevistados conheciam pouco o nome dos seus médicos. No entanto, ressalto que a maior parte dos relatos da procura aos módulos foi para a consulta médica. Isso fez refletir como esses profissionais estão funcionando no PSF? Será que funcionam mais como um ambulatório tradicional e não humanizado, diferente do preconizado pelos princípios do PSF?

No que tangia a aceitação dos médicos de Família ou Generalistas, apesar de ter sido boa as respostas dadas pela maior parte dos entrevistados, muitas delas eram atribuídas ao aumento do acesso a um médico, qualquer médico, o que era muito difícil para a população dessas comunidades. Nessas respostas não estavam em jogo os tipos de médico. Os entrevistados que referiam ser ruim e regular esse tipo de médico, reclamavam principalmente de ser o mesmo médico atendendo adulto e criança, se sentindo inseguros quanto às condutas. Isso pode ser um resultado do fraco processo de Educação Continuada, ou estar refletindo o acesso, mesmo que precário, a médicos especialistas na rede de atenção básica tradicional, demonstrando o conhecimento e a aceitação das pessoas sobre este tipo de médico. O novo sempre assusta, gerando alguns preconceitos.

Quanto ao aspecto da violência, a maioria dos profissionais, inclusive a Coordenação de Saúde das Comunidades acharam que ela interfere tanto no trabalho de campo quanto no funcionamento do módulo. No entanto, não era essa a visão do morador, que apesar de ser vítima da violência achava que ela atrapalhava pouco, tanto para a visita domiciliar do ACS quanto à ida ao Módulo pelos moradores. Ressaltando-se saber que esta questão era delicada, optou-se por observar as reações e assim pode-se perceber o medo por parte dos moradores de revelar a uma pessoa estranha o que realmente sentiam e a imensa vergonha de admitir que moravam num lugar violento. A outra postura observada de forma minoritária, foi a de assumir frontalmente o medo, como já citada anteriormente.

A violência faz parte da vida dessas pessoas, portanto eles precisavam ter suas necessidades básicas atendidas, independentemente dessa circunstância. O paradoxo é como se faz esse atendimento sem incorrer em riscos. É preciso uma sintonia muito fina entre comunidade e ESF, de modo que se

possa prevenir o máximo possível intercorrências indesejáveis, sabendo que quando houver um distúrbio dessa ordem, em meio ao atendimento, os profissionais das ESF podem vir a depender até de abrigo na casa dos moradores.

Deve-se prestar atenção para não viver da fantasia que a violência é perene. Não há espaço para maniqueísmos neste tipo de análise. Nem a violência ocorre tempo todo, nem a paz é eterna. Como na vida do asfalto tudo ocorre misturado. A sensação de desproteção foi o que se percebeu ser a mais intensa nas ESF, pois a entidade pública que deveria proteger, muitas vezes era a que entrava nas comunidades sem o menor escrúpulo tanto com os moradores e até como com os profissionais.

Como já relatado, o PSF da Cidade do Rio de Janeiro, foi implementado como um modelo de atenção primária que completaria os vazios assistenciais, em grande parte localizada onde moravam populações de baixa renda. No entanto, esta cidade tem características de um grande centro urbano, que precisam ser postas na balança e induzir mudanças no modelo de implementação do Programa de Saúde da Família até o momento da pesquisa.

Em resumo, a partir de algumas evidências observadas nesta pesquisa, optou-se por trabalhar com categorias de análise que ressaltassem elementos facilitadores e limitantes do processo de implementação do PSF do município do Rio de Janeiro, citados a seguir:

- A resistência de importantes atores sociais, tanto dentro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), quanto na prefeitura como um todo, dificultava a implementação do PSF da cidade do Rio de Janeiro, sendo uma das principais barreiras até o momento da pesquisa.
- A integração com os diversos níveis hierárquicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vinha resultando num maior apoio para o PSF, e acreditava-se que o crescimento de uma política interna conjunta de trabalho possibilitaria uma expansão organizada do programa.
- A irregularidade do treinamento introdutório para todas as ESF foi um fator limitante da implementação o PSF.
- O processo de Educação Continuada é fundamental para a prática do PSF, tendo sido precário até o momento da pesquisa, e um elemento limitante da implementação do programa. Ressalta-se, entretanto, a apresentação de uma proposta de mudança importante feita pela Coordenação de Saúde das Comunidades.

- A falta de Supervisão Técnica e Gerencial foi um grande empecilho na implementação do PSF, contribuindo para a tendência semelhante à atenção básica tradicional e vigente do modelo analisado nesta pesquisa. Ressalta-se que também este item está em franca mudança, com a implantação de supervisores gerenciais por CAP e ainda a criação de Grupos de Apoio Técnico (GAT) ligados às CAP, numa proporção de 1 para cerca de 15 ESF.
- As dificuldades de estabelecer um processo de Educação Continuada, junto com a falta de Supervisão, foram fatores fundamentais para o precário trabalho em conjunto nas ESF (*teams*).
- As inconstantes Atividades Educativas Coletivas com os moradores e o não desenvolvimento dos Conselhos Locais de Saúde, ferindo princípios básicos do PSF, revelaram-se como fatores de extrema limitação da implementação do mesmo.
- A falta de planejamento de trabalho nas ESF foi outra grande limitação a implementação do PSF. Não eram usados instrumentos de verificação e acompanhamento do perfil da comunidade. Os registros eram tidos como obrigação de preenchimento burocrática e não material de trabalho. Este fator limitante era consequência tanto da falta de treinamento quanto da falta de supervisão gerencial.
- Outro fator limitante, encadeado ao mau planejamento do trabalho, foi o desvio de funções de alguns profissionais das ESF, levando a uma baixa cobertura dos PSF estudados, tais como baixos níveis de Visitas Domiciliares por ACS e de baixo número de atividades ou consultas/habitante/ano.
- Como fator limitante e coadjuvante da baixa cobertura das ESF foram as irregularidades das atividades coletivas, dificultando o escoamento de grande parte das necessidades de atenção à saúde e dificultando, portanto a mudança da prática sanitária.
- O acesso limitado e a baixa resolutividade do módulo foram fatores limitantes da implementação do PSF na cidade, devendo receber especial atenção dos gestores municipais.
- O vínculo com a equipe foi um fator facilitador, mesmo que ainda não ideal com os ACS e limitado com o médico.

- A escolha dos locais que facilitou a implementação do PSF da cidade, e deveria seguir sempre critérios de risco de saúde, vazios assistenciais, riscos sócio-econômicos, bem como a solicitação das organizações e conselhos comunitários.
- A contratação de recursos humanos pelo Regime CLT foi satisfatória na Implementação do PSF da cidade. Problemas identificados relacionavam-se aos convênios com os Gestores Locais, levando a atrasos e às vezes ao não pagamento dos salários. Isso desestruturou diversas ESF ao longo desses três anos. Uma das soluções apontadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi à utilização de profissionais estatutários, através de remanejamento. Aponta-se que essa estratégia tanto pode ser facilitadora quanto limitante, pois poderá levar conflitos dentro das ESF, pois todos os ACS, e outros profissionais de nível elementar e médio, serão sempre contratados por regime CLT através dos Gestores e quase todos os profissionais técnicos serão estatutários, regidos por leis diferentes.
- O convênio com os Gestores Locais, representados por Associações de Moradores (AM), ONG externas e mesmo a Cooperativa, foi facilitador por possibilitar a contratação imediata das ESF e limitante por ser de baixa qualidade não suprimindo as reais necessidades do PSF. A relação com a cooperativa foi altamente desastrosa e jamais repetida pela Coordenação de Saúde das Comunidades. Outro fator limitante foi o convênio com algumas AM que não conseguiram gerir adequadamente os recursos para os PSF.
- A contratação com ONG que possam agilizar o PSF, flexibilizando a gestão, parece ser um futuro facilitador da operacionalidade do Programa, que atualmente tem na dificuldade de operação um elemento de importante limitação da sua implementação.
- As estruturas físicas não pertencerem a SMS se apresentaram tanto como fator limitante enquanto estrutura, como fator facilitador enquanto contexto. Apesar de não estarem adequadas refletindo nas salas para a vacinação e para o atendimento coletivo, o que se reputa altamente limitante da prática do PSF, as estruturas físicas foram facilitadoras, pois propiciaram o início do trabalho, abrigando as ESF.
- As estruturas em geral, eram dos gestores, da comunidade, ou de outras Secretarias Municipais. Apenas uma era da SMS. Até a época da pesquisa para a ampliação do programa estava previsto o aluguel de novos prédios, com respectiva obra de adequação sanitária, Tal obra ainda não

contemplava o trabalho coletivo. Segundo a Coordenação de Saúde das Comunidades nenhum prédio seria construído especialmente para a implementação do PSF.

- A compra e a manutenção do material permanente foi um forte fator limitante à implementação do PSF. A burocracia e conseqüente demora das compras foram parcialmente superadas pelo esforço das Coordenações de Saúde das Áreas Programáticas (CAP). Por causa disso foi que a prefeitura optou por iniciar um repasse de verba para ONG apropriadas, a fim de que elas executem este papel com maior agilidade e flexibilidade.
- A compra do material de consumo foi também um fator limitante perdendo na agilidade dos processos de compra da própria SMS, não sendo pior pelo esforço das Coordenações de Saúde das Áreas Programáticas (CAP).
- O processo de seleção foi facilitador na medida que se mostrou transparente desde o início. Na época da pesquisa este processo contava com uma comissão de seleção da SMS já com a participação de outros parceiros, como as Universidades e o Conselho Municipal de Saúde.
- O sistema de referência foi um fator muito limitante à implementação do PSF, mas ele já era limitador da atenção básica tradicional do município do Rio de Janeiro. No momento, a Coordenação de Saúde das Comunidades pretende investir, através de verbas de projetos específicos para o PSF, em rede de referência e implementação de grupos de apoio técnico, para diminuir a necessidade de referenciar das ESF.
- A violência limita a melhor organização dos trabalhos das ESF nas comunidades obrigando e instigando a criatividade para romper com tal barreira. No entanto, não foi um fator impeditivo e tem importâncias opostas para as ESF e para os moradores.

Termino aqui as conclusões a que me propus nessa dissertação na esperança de estar contribuindo tanto no campo da Avaliação em Saúde, quanto no campo da Pesquisa de Serviço, almejando através da ciência fornecer subsídios para a melhoria da práxis, entendendo que é na observação desta que se formulam as teorias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (CITAÇÕES).

- AGUILAR, M.J., ANDER-EGG, E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALMEIDA C.M., Competição: A essência dos Modelos de Reforma Sanitária nos anos 80, In: *As reformas sanitárias dos anos 80: Crise ou Transição?*. Tese de Doutorado em Saúde Pública – Planejamento em Saúde. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, Julho de 1995.
- ALMEIDA, C. Saúde e Equidade nas reformas contemporâneas. In: *Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)*. Rio de Janeiro, jan./abr. 2000.
- ARRETCHE M. T. S. Tendências no estudo Sobre Avaliação, RICO, E. M. (org) In: *Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate*. São Paulo: Cortez Ed, 1999.
- BANNERS, D.K., DOCTORS, S.I. & GORDON, A. C., *The Politics of Social Program Evaluation*. Cambridge, Mass: Ballinger Publishing, 1975.
- BELLONI, I., MAGALHÃES, H., SOUSA, L. C. *Metodologia da Avaliação em Políticas Públicas*. São Paulo: Cortez, 2001.
- BRAGA S. J.C., PAULA S. G., *Industrialização e Políticas de Saúde no Brasil*, In: *Saúde e Previdência : Estudos de Política Social* . São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- BRASIL, Artigos 194,196 e 198 *Constituição da república Federativa do Brasil - 1988*. Rio de Janeiro: Edições Trabalhistas, 1990.
- BUSS, P. M. *Promoção da Saúde e a Saúde Pública: Uma contribuição para o debate entre Escolas de Saúde Pública da América Latina e Caribe*. [Apostila], 1999.
- CAZELLI, C. M. & OLIVEIRA, C. & PACHECO, C., In: *Curso para Cuidadores de Idosos para Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro*: Rio de Janeiro, mimeo, 2000.
- CAZELLI C. M., BRITO J., SÁ P.K., ORMELLI, C. B., Análise das Desigualdades Regionais na Oferta de Serviços de Saúde, no Brasil: Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária, 1992 e 1999. In: *Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)*. Rio de Janeiro, Ago 2002.
- CARVALHO, A .I.& MELAMED C.& SILVA D. B.& GOULART, F. A . A . & NUNES, J. M. & RIBEIRO,J.M. et al, In: *Gestão em Saúde – Curso de aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais, Unidades I, II e III*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UnB, 1998.
- CARVALHO, A. I., Configuração Legal e Técnica do SUS, Os anos 90 e a Implementação do SUS: desafios e inovações, O SUS Atual: a NOB 96 e Conclusão, pp 15 – 44, mimeo, 1999.
- CARVALHO, A. I., Políticas de Saúde e Organização Setorial do País, In: *Curso de Especialização à Distância de Auto – Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, mimeo, 2000.



- CARVALHO, G., JAEGER, M. L., A Questão do Financiamento suficiente, definido e definitivo, para a saúde: PECs e o ano de 1998, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, mimeo, 1998.
- COHEN E, FRANCO R., Avaliação de Projetos Sociais, Petrópolis: Vozes 4ª ed, 2000.
- CONTANDRIOPOULOS A. P., CHAMPAGNE F., DENIS J.L., PENNAULT R., Avaliação na Área de Saúde: Conceito e Métodos, HARTZ Z. M. A. (org) In: *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.
- COSEMS – RJ, Construindo o SUS no Rio de Janeiro *Manual do Gestor*, Rio de Janeiro: COSEMS, 1999.
- D'AGUIAR, J.M.M., O Programa de Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Planejamento. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, fevereiro de 2001.
- DAL POZ, M. R., VIANA, A. L. D., Reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; Informe Final, *Estudos em Saúde Coletiva n° 166*, IMS UERJ, outubro, 1998.
- DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F., Análise da Implantação, HARTZ Z. M. A. (org) In: *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.
- DEPPE, H.U., Neoliberalism, Health, and Managed Care – A view from Europe. Rio de Janeiro, mimeo, FIOCRUZ, 2003.
- DEVER, A. E. G. *A Epidemiologia na administração dos Serviços de Saúde*. São Paulo: ed Pioneira, 1988.
- DINIZ, E., Em busca de um novo paradigma: A reforma do Estado no Brasil dos anos 90. In: *Crise, Reforma do Estado e Governabilidade: Brasil 1985 – 1995* (E. Diniz, org.), pp. 175-202, Rio de Janeiro: Editora FGV, 1997.
- DONABEDIAN, A. *The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. [Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. I], 1980.
- DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality *Arch Pathol Lab Med*, 114:1115-1119, 1990.
- ESCOREL S., Reviravolta na Saúde. Origem e Articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 1999.
- ESCOREL S., GIOVANELLA L. e MENDONÇA, M.H. *Avaliação da Implementação do Programa de saúde da Família em Grandes Centros Urbanos*. Versão preliminar, mimeo, 2001.
- FAO/OMS, Informe de necesidades de enrgía y de proteínas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1985.

- FLEXNER, A. *Medical Education in United States and Canada*. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- FRANCO, R. *Algunas reflexiones sobre la evaluación del desarrollo*. Santiago: ILPES, 1971.
- LALONDE, M., *A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa: Health and Welfare State, 1974.
- LEFÈVRE, F., LEFÈVRE A. M. C., TEIXEIRA, J.J.V., Orgs, *O Discurso Coletivo do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*, Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- LEGISLAÇÃO DO SUS – Sistema Único de Saúde, Brasília: MS, 1990.
- MENDES, E. V. (org), *Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, cap I, IV, 1993.
- MENDES, E. V. (org) *Uma Agenda Para A Saúde*, São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Saúde da Família : Uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Manual de Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: MS, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instrução Normativa no. 01/98, Brasília: MS, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE ,Sistema de Informação de Atenção Básica SIAB Indicadores 1999. Brasília: MS, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Cadernos de Atenção Básica, Programa de Saúde da Família, Caderno 1 - A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília: MS, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Relatório Final do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Brasília MS, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSULTA PÚBLICA N.º 01. Brasília: MS, de 08 de dezembro de 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Norma Operacional de Assistência à Saúde. Brasília: MS, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília: MS, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: MS, 2001.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE Avaliação de Implementação do Programa de saúde da Família em dez Grandes Centros Urbanos: Síntese dos principais resultados , Brasília: MS, 2002.
- MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, Documentos Internos do Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau, mimeo, 2001/2002.
- MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, Documentos Internos da Coordenação de Saúde das Comunidades, mimeo, 1999.
- MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, Documentos Internos da Coordenação de Saúde das Comunidades, mimeo, 2000.
- MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, Documentos Internos da Coordenação de Saúde das Comunidades, mimeo, 2001.
- MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, Documentos Internos da Coordenação de Saúde das Comunidades, mimeo, 2003.
- MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, Plano Operacional da Superintendência de Serviços de Saúde para o Biênio 1999/2000, Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, 2000.
- MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, Documentos Internos do Programa de Saúde da Família de Paquetá, Relatório de Atividades e Avaliação de Janeiro de 1996 a Março de 1997, mimeo, 1997.
- MUSTO, S., Análisis de eficiencia. Metodología de la evaluación de proyectos sociales de desarrollo. Madrid: Tecnos, 1975.
- NEMES, M. I. B. Avaliação em Saúde: Questão para os Programas de DST/AIDS no Brasil, *In : Fundamentos de Avaliação, no. 1*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001.
- NOVAES, H.M.D. *Mortalidade Neonatal e avaliação da qualidade de atenção ao parto e ao recém nascido no Município de São Paulo*. Tese de Livre Docência, Faculdade de Medicina da USP, Departamento de Preventiva, 1998.
- OLIVEIRA J.A., TEIXEIRA S.M.F., Implantação do modelo de privilegiamento do produto privado, (1966-1973), IN: *(IM)PREVIDÊNCIA SOCIAL 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes, pp 201-234, 1986
- OLIVEIRA, F. J. A. Por uma Perspectiva dos usuários: Avaliação de uma unidade de saúde comunitária, BORDIN, R., FACHIN, R. C., KLERING, L.R., GOLDIM, J. R. (Orgs) In: *Práticas de Gestão em Saúde: em Busca da Qualidade*. Porto Alegre: Dacasa Editora e co-edição com a PPGA, pp13 – 27, 1996.
- PEREZ, J.R.R. “Avaliação do Processo de Implementação: algumas questões metodológicas”, RICO, E. M. (org) In: *Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate*. São Paulo: Cortez, 1999.
- PORTELA, M.C., Avaliação da qualidade em saúde In: *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2000.

- RAMOS, C. A., *Programas Sociais, Trajetória Temporal do Acesso e Impacto Distributivo*. Texto para Discussão 771. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2000.
- SENNA, M. C. M., Equidade e Políticas de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família, In: *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (supl.), pp 203-211, Rio de Janeiro, 2002.
- STARFIELD, B., *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Barcelona: Ed MASSON, 2001.
- STARFIELD, B., Entrevista em PSF: avanços e desafios, In: *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, ano II, vol. 2002.
- VAUS, D.A., Finding a sample In: *Surveys in social research*. London: Unwin Hyman, 2a. ed, 1990.
- UGÁ M. A. et al. *Managed Care: A experiência Norte- Americana*, (no prelo), 2000.
- UGÁ M. A., PIOLA S. F., PORTO S. F., VIANNA S. M., *Descentralização e Alocação de Recursos no Âmbito do SUS*. Rio de Janeiro: ENSP, mimeo, 2003.
- WEISS, C., *Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción*. México: Editorial Trillas, 1982.

## ANEXOS

Anexo 1 – SIAB - Ficha A – Ministerio da Saúde

Anexo 2 – SIAB – Ficha A – Secretaria Municipal de Saúde

Anexo 3 – Questionário para os profissionais do PSF

Anexo 4 – Questionário para os Moradores

Anexo 5 – Roteiro de entrevista com os Gerentes

Anexo 6 – Convênio de Cooperação Técnico Científica do município do Rio de Janeiro com Associação de Moradores do Morro do Borel

Anexo 7 – Estimativa populacional, por AP, RA e faixa etária para o Município do Rio de Janeiro em 1999.