

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA :
UMA AVALIAÇÃO NO MORRO DO BOREL**

Mestranda: Lêda Suely Barboza Cezar

**Dissertação de mestrado apresentada como
requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde Coletiva, Curso de Pós-
graduação em Saúde Coletiva - área de
concentração em Política, Planejamento e
Administração em Saúde do Instituto de
Medicina Social da Universidade do Estado
do Rio de Janeiro**

Orientador: Professora Dr^a Célia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro, 2003.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Cezar e Gilza, que me ensinaram a nunca desistir, e aos meus irmãos Luiz Sergio e

Leila Simone que de mãos dadas vêm
caminhando comigo.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não seria possível sem o apoio, e o afeto dos meus amigos e companheiros da vida e do trabalho.

Um agradecimento especial à Ângela, que manteve a “infra” necessária para que durante as noites e os fins de semana, eu pudesse me ausentar, e viajar pelos textos e trabalhos, a procura de uma melhor construção de idéias.

Especialmente, também, agradeço a D. Walkyria, que literalmente me alimentou, pois se manteve sempre alerta, e preocupada com o meu “estado nutricional”.

Um super e grande “Muito Obrigada!” as amigas de muito, e queira Deus para sempre, Teresinha Aquino, Narciza Tavares, Maria Nazaré Teixeira, e Beth Santos.

Por fim, alguns agradecimentos especiais se fazem, extremamente, necessários:

A Dr^a Maria do Carmo Esteves da Costa, que me ajudou a redefinir um novo caminho profissional;

A Dr^a Aneliese Fiad, que me marcou como um modelo de profissional, que eu ainda me esforço para alcançar;

Ao Professor Cid Manso, que me adotou lá no início, e que gentilmente aceitou a tarefa de ler e criticar este trabalho;

A Professora Célia Regina Pierantoni, que foi uma paciente, generosa e talentosa orientadora.

EPÍGRAFE

“Ensina a teu filho que o Brasil tem jeito e que ele deve crescer feliz por ser brasileiro, (...) que a felicidade não se compra nem é um troféu que se ganha vencendo concorrência, (..) que a uma pessoa bastam o pão, o vinho e um grande amor. Cultiva nele os desejos do espírito. Saiba o teu filho escutar o silêncio, reverenciar as expressões de vida e deixar-se amar por Deus que o habita.”

Frei Betto

RESUMO

A questão básica que informa este trabalho é a emergência do modelo de atenção à saúde que valoriza a Atenção Primária, e reformula a prática assistencial, ao reorganizar a rede de saúde e se aproximar dos cidadãos em seus locais de moradia, o Programa de Saúde da Família (PSF).

A estratégia do PSF, em grandes centros urbanos, tem apresentado dificuldades na implantação, no desenvolvimento das ações, e na adesão da clientela, uma vez que, áreas urbanas, grandes e empobrecidas possuem características próprias; e muitas vezes fluxos e serviços de saúde, há muito tempo utilizados.

O estudo dos limites e possibilidades desta estratégia em grandes áreas urbanas aponta para necessárias adequações, integrações, e reformulações da rede de saúde já estabelecida, grande sensibilidade do gestor, e um melhor controle social.

Palavras-chave: Saúde da Família, grandes centros urbanos, comunidades de risco social, sensibilidade.

ABSTRACT

The basic issue focused in this work is the emergency of a health care model that highlights Primary Care and reformulates the attending practice through the reorganization of the health care services network and its approximation to the citizens in their dwelling places, the Family Health Program (FHP).

The FHP strategy in big urban centers has faced difficulties in the implantation, in the development of actions and the clientele adhesion, since big impoverished urban areas have particular characteristics and, in many cases, health care services and fluxes are used for a long time.

The study of the limits and the possibilities of this strategy in big urban areas, points out the necessities adequacies, integrations and reformulation in the already established health care services network, the administrator great sensibility and a better social control.

Key words: family health, big urban centers, social risk communities, sensibility.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde.

AIS: Ações Integradas de Saúde.

AP: Área Programática.

APS: Atenção Primária à Saúde.

CAP: Coordenação de Saúde.

CIEP: Centro Integrado de Educação Pública.

CMS: Centro Municipal de Saúde.

ESB: Equipe de Saúde Bucal.

ESF: Equipe Saúde da Família.

FENSPTEC: Fundação, Ensino, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico
e Cooperação à Escola Nacional de Saúde Pública.

IBASE: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas.

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

MS: Ministério da Saúde.

NOB: Norma Operacional Básica do SUS.

OCDE: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

OMS: Organização Mundial da Saúde.

PAB: Piso Assistencial Básico.

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PAM: Posto de Assistência Médica.

PCRJ: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.

PIB: Produto Interno Bruto.

PMF: Programa Médico de Família.

PSF: Programa de Saúde da Família.

SESP: Serviço Especial de Saúde Pública.

SIA/SUS: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS.

SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica.

SIGAB: Sistema de Informação e Gerenciamento Ambulatorial.

SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

SSC: Superintendência de Saúde Coletiva.

SSS: Superintendência de Serviços de Saúde.

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS: Sistema Único de Saúde.

VD: Visita Domiciliar.

ABSTRACT

The basic issue focused in this work is the emergency of a health care model that highlights Primary Care and reformulates the attending practice through the reorganization of the health care services network and its approximation to the citizens in their dwelling places, the Family Health Program (FHP).

The FHP strategy in big urban centers has faced difficulties in the implantation, in the development of actions and the clientele adhesion, since big impoverished urban areas have particular characteristics and, in many cases, health care services and fluxes are used for a long time.

The study of the limits and the possibilities of this strategy in big urban areas, points out the necessities adequacies, integrations and reformulation in the already established health care services network, the administrator great sensibility and a better social control.

Key words: family health, big urban centers, social risk communities, sensibility.

Introdução

A percepção da ineficiência de um modelo de Atenção à Saúde centrado na assistência individual e curativa, tem levado os governos a procurarem novos modelos de trabalho no setor que otimizem a saúde, e minimizem as desigualdades entre as pessoas, garantindo equidade no acesso e na atenção prestada.

Nações de várias partes do mundo reunidas declararam-se preocupadas em alcançar a equidade em relação à qualidade e distribuição dos serviços de saúde, tendo como eixo de orientação a Atenção Primária, como forma de se alcançar à meta de “Saúde para Todos no Ano 2000.”

Em 1978, foi realizada a Conferência de Alma-Ata e publicada a Declaração de mesmo nome, que reafirma que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

A Declaração de Alma-Ata, enuncia, em seu bojo, ao tecer considerações sobre os cuidados primários em saúde, que estes constituem a chave que permitirá que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. (Brasil, As Cartas da Promoção da Saúde, 2002, p.33)

Após a Conferência de Alma-Ata seguiram-se alguns eventos, entre os quais podem ser citadas cinco Conferências Internacionais e três Conferências sub-regionais, sobre a Promoção da Saúde. Foram publicados documentos, tais como, a Carta de Ottawa, 1986; a Declaração de Adelaide, 1988; a Declaração de Sundsvall, 1991; a Declaração de Jacarta, 1997; a Declaração do México, 2000; a Declaração de Santa Fé de Bogotá, 1992; e, a Declaração de Port of Spain, 1993.

As Conferências apontaram na direção da nova concepção de promoção da saúde – a valorização da saúde como componente central do desenvolvimento humano, ressaltando os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida, e o bem estar social com ênfase em ambientes saudáveis; a abordagem intersectorial; e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde.

Como consequência, o setor saúde tem passado a investir em reformas para alcançar a equidade através da implantação dos novos modelos que valorizam a Atenção Primária, e faz dela a porta de entrada de um sistema hierarquicamente organizado, onde os diferentes níveis de atenção são qualificados e referenciados segundo sua complexidade. É consensual que o grande mote da Atenção Primária é a “proximidade com as pessoas.”

Este trabalho aborda o tema “O Programa de Saúde da Família no Morro do Borel, Município do Rio de Janeiro”. Observaremos algumas experiências internacionais nos cuidados com a atenção à saúde das famílias; as experiências exitosas do modelo de atenção da valorização da saúde das famílias no Brasil; e a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Município do Rio de Janeiro, com enfoque no trabalho desenvolvido pelas duas Equipes de Saúde da Família (ESF), com a população residente no Morro do Borel.

O que motivou a realização do trabalho foi à necessidade de trazer instrumentos para reflexão a respeito da estratégia do PSF em grandes centros urbanos. Seria esta estratégia a mais adequada para solucionar as questões tão complexas de saúde das famílias residentes em grandes áreas urbanas? Em áreas onde já existe oferta de serviços, não seria suficiente implementá-los, reorganizá-los, fortalecer as ações de promoção e prevenção, promovendo desta forma a melhoria do acesso, da equidade, e conseqüentemente um melhor nível de saúde?

O **objetivo geral** do trabalho é analisar os limites e possibilidades da estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos, através da

observação do trabalho das Equipes do Programa de Saúde da Família no Morro
do Borel. (PSF Borel)

Como **objetivos específicos**, o trabalho pretende:

- Analisar o entendimento dos moradores do Morro do Borel, a respeito das ações do Programa;

- Identificar o compromisso dos profissionais das ESF com o trabalho desempenhado;

- Identificar a ocorrência de fatores intrínsecos à comunidade, que possam influenciar no trabalho do Programa;

- Observar a percepção dos gerentes das Unidades convencionais de saúde da área, sobre a ocorrência de mudança no atendimento das Unidades sob sua gerência;

- Analisar a participação dos técnicos envolvidos no gerenciamento do Programa, no nível local (CMS Heitor Beltrão), no nível intermediário (Coordenação de Saúde da AP 2.2, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro) e no nível central (Coordenação de Saúde da Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro).

A **metodologia** desenvolvida foi composta por:

- Pesquisa documental: através do levantamento, seleção e análise de documentos que permitam: conhecer a área de implantação do PSF Borel e sua rede de prestação de serviços de saúde; traçar uma análise do processo de implantação do PSF no Morro do Borel; apreciar os documentos que celebram o Convênio entre a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e os gestores locais;

- Pesquisa bibliográfica: leitura de textos que abordam o tema Atenção Primária, e Saúde da Família;

- Análise dos indicadores de desempenho do Programa – apreciação da base de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/DATASUS) para análise do trabalho executado pelas equipes do PSF Borel;

-Trabalho de Campo: pesquisa realizada em quatro etapas, através de questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas. Foram entrevistados os gerentes das unidades de saúde convencionais da Secretaria Municipal de Saúde, que estão localizadas próximas ao Morro do Borel; profissionais que integram as equipes do PSF Borel; usuários do Programa (moradores na comunidade do Borel); técnicos das equipes de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde (no nível intermediário, e no nível central de gestão).

O **capítulo 1** aborda as experiências internacionais em Atenção Primária com ênfase na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá. O **capítulo 2** situa o PSF no Brasil (1994 a 2002), e o **capítulo 3** as experiências em áreas urbanas do país, como Niterói (RJ), Camaragibe (PE), e Natal (RN). O **capítulo 4** apresenta questões relativas ao PSF no Município do Rio de Janeiro. No **capítulo 5** são apresentados os resultados do estudo de caso no Morro do Borel e no **capítulo 6** são apontadas algumas considerações finais.

Assim, este trabalho, busca contribuir para futuras tomadas de decisão, a respeito dos desafios enfrentados para a reorganização da atenção à saúde das populações que vivem em grandes áreas urbanas, através da estratégia do Programa de Saúde da Família, pois, de acordo com Sérgio Arouca:

“Implantar a estratégia de Saúde da Família em uma grande cidade é um desafio que envolve governo e sociedade, num processo compartilhado.” (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, SMS, 2001, p.02)

CAPÍTULO 1

As Experiências Internacionais da Atenção Primária em Saúde.

A organização e implementação de sistemas de saúde de caráter nacional generalizaram-se após a Segunda Guerra Mundial. O empreendimento fez parte do envolvimento progressivo dos Estados Nacionais na proteção social de seus povos, configurando-se no mundo ocidental diversas versões do Estado de Bem-Estar que tipologias de matizes variados têm tentado capturar. (Buss& Labra, 1995, p.10)

A opção de reorientação do modelo assistencial em saúde voltada para Atenção Primária enfoca a qualidade e o custo-efetividade baseando-se em finanças sustentáveis, a fim de que possa oferecer cobertura universal e acesso eqüitativo, fortalecendo a atenção básica e a medicina de família.

Essa nova opção orienta-se de forma a centrar-se nas pessoas, permitindo aos cidadãos participar nas decisões compartilhando responsabilidades, e a conceber uma atenção integral direcionando ações para a proteção e promoção da saúde, baseando-se no conhecimento integral das necessidades da população. Segundo Starfield, os principais atributos da APS seriam, então, a acessibilidade, a coordenação e a continuidade das ações, a responsabilidade compartilhada, e, a integralidade (definida como a capacidade dos profissionais de lidarem com os problemas emergentes na comunidade). (Starfield, 2001, p.47)

Mattos aponta que:

“[...] as necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro (...) o princípio da integralidade implica superar reducionismos.” (Mattos, 2001, p.62)

No plano internacional, a designação medicina de família, compreende concepções mais restritas, centradas na clínica, ou ampliadas, envolvendo o trabalho do médico ou de equipes, que propõem o desenvolvimento do trabalho integrado entre a promoção, a prevenção, e a cura dos agravos; atendendo no ambulatório, em clínicas ou nos domicílios.

Cada país cuidou de reestruturar a porta de entrada do seu sistema de saúde. As denominações não são as mesmas: na Inglaterra denomina-se Clínica Geral; nos Estados Unidos Medicina de Família; no Canadá Medicina Familiar e Comunitária.

As reformas dos sistemas de saúde vivenciadas por outros países podem auxiliar-nos a entender as mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro, sem deixar de levar em conta as especificidades e características de cada país.

A seguir, descreveremos, sucintamente, como evoluiu e se consolidou a Atenção Primária à Saúde, nos países melhor estruturados.

1.1 O Modelo de Saúde na Inglaterra.

A organização da administração sanitária começou, na Inglaterra por volta de 1875, época da publicação do Ato da Saúde Pública. A figura do Médico Generalista (“General Practitioner” – GP) existe desde então, com a função de cobrir cinco cadeiras básicas: pediatria, ginecologia, obstetrícia, cirurgia e clínica. Em 1920, foi publicado o “Relatório Dawson” – proposta de reestruturação dos serviços de saúde baseada na regionalização, com integração das ações preventivas e curativas, em que o Estado deveria assumir o papel de provedor e controlador de políticas de saúde. (Starfield, 2002, p.117)

O Relatório Beveridge, na década de 40, impulsionou mudanças, entre as quais, a criação em 1948 do Serviço Nacional de Saúde (“National Health Service”, NHS), em continuação às reformas do Estado e da proteção social, postulando o acesso universal aos cuidados em saúde. O Serviço Nacional de Saúde utilizava-se de base redistributiva, universal e gratuita para todos, com predomínio do financiamento, segundo o sistema de taxação geral e de contribuição semanal especial.

O “Código do Médico Generalista” foi criado nos anos 60, e a partir deste, o médico pode agregar-se a outros profissionais (enfermeiras, dentistas, visitantes domiciliares), formando Equipes de Atenção Primária. O Serviço Nacional de Saúde, inicialmente, determinava que ele seria absolutamente universalizado, porém o paciente deveria ingressar no sistema através do Médico Generalista. Apenas os medicamentos prescritos seriam cobrados.

No final da década de 70, no governo conservador neoliberal da Primeira-Ministra, a Sr^a Thatcher, introduziram-se transformações na gestão pública, e dentre elas freqüentes privatizações, e a inclusão de sistemas diferenciados de pagamentos por serviços de saúde. (Sader, 1995, p.09)

Em 1989, foi viabilizada uma nova reforma proposta pela “Working for Patients” que institui o mercado interno e controle orçamentário. Tal lógica tinha na estratégia de competição, o meio de se alcançar à minimização dos custos, o aumento da eficiência, a redução da burocracia e maior equidade na distribuição dos recursos. No entanto, ocorreu uma intensa descentralização pela criação de companhias e entidades de saúde autônomas e aumento da competição pela destinação de verbas. Apesar do interessante ganho de autonomia houve excessiva competição, concorrência e conseqüente fragmentação com perda da qualidade e do acesso equânime aos serviços.

No final da década de 90, foi criado o “Fund Holding”, do Médico Generalista, através do qual clínicas individuais puderam receber orçamento para

cobrir despesa com pessoal administrativo, medicamentos e serviços hospitalares (excluindo-se os casos de emergência).

Nos últimos anos, o governo tem tentado modificar o modelo do “National Health Service”, aproximando-o das necessidades da população e de melhores indicadores de qualidade, substituindo o mercado interno por cuidados integrados, a partir de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, e cuidados à pacientes com doenças crônicas (apesar das reformas, o Serviço Nacional de Saúde se manteve, e foram muito defendidas as suas bases de redistribuição, universalidade, e, financiamento público). (Starfield, 2002, p.582)

1.2 O Modelo de Saúde nos Estados Unidos.

Nos Estados Unidos o setor privado sempre foi hegemônico sobre o setor público na oferta e provisão de serviços de saúde, assumindo o Estado à atenção à população que não consegue, por seus próprios meios, acessar os serviços privados de proteção social – pobres, idosos e desempregados. Os médicos recebem honorários por serviços prestados e atuam como agentes independentes exercendo a profissão de forma livre, porém respeitando as leis do Estado em que atuam.

Em 1910, a publicação do Relatório Flexner (publicado pela Fundação Carnegie, continha críticas a situação da medicina, na época, e propunha soluções para a questão) alterou os cursos de medicina de várias escolas do país. Dentre as suas propostas salientam-se: redefinição dos padrões de acesso aos cursos de medicina, expansão do ensino clínico com o envolvimento de hospitais, ensino laboratorial, vinculação das escolas médicas a universidades, estímulo a especialização médica, controle do exercício profissional pela profissão organizada. (Buss&Labra, 1995)

A partir desta década, iniciou-se importante fase de tecnificação da medicina, com aumento do “poder” do ato médico – a medicina como sinônimo de melhoria da qualidade de vida. A qualidade do ato médico passou a ser correlacionada com a incorporação tecnológica da prática médica. Por esta época, passou a ocorrer um maior desenvolvimento das indústrias farmacêuticas e da produção de equipamentos médicos, que passados alguns anos, constituíram-se em importantes suportes da medicina curativa. Nas décadas de 50 e 60, iniciou-se uma grande corrida para a especialização da medicina, tanto que, na década de 80 o número de médicos especialistas já ultrapassava o de médicos generalistas.

No entanto, o governo Kennedy (1961-1963) já inicia um processo de discussão acerca das necessidades de uma reforma que ampliasse o acesso aos serviços de saúde à população descoberta – reforma basicamente voltada à atenção comunitária. (Buss&Labra, 1995,p.185)

Em 1965, no governo de Lyndon Johnson (1963-1969), foram criados dois sistemas de atenção no setor público: o “MEDICAID” e o “MEDICARE”.

- “MEDICAID”, de caráter assistencial e destinado a atender aos indivíduos comprovadamente pobres. Financiado com recursos fiscais do Estado, e por transferências específicas federais; os serviços a ele vinculados são preponderantemente prestados por hospitais privados contratados pelos governos estaduais.

- “MEDICARE”, sistema de seguros voltados para a cobertura dos idosos (cidadãos maiores de sessenta e cinco anos e seus dependentes, e os pacientes portadores de doença renal terminal). A regulação e o financiamento são tarefas do governo federal, os serviços são prestados basicamente por hospitais privados e organizações de medicina de grupo.

Na década de 80, o “Managed Care” foi institucionalizado como alternativa para o controle e contenção dos altos custos de assistência médica. O “Managed Care”, assume a forma de administração da atenção médica voltada,

principalmente, para o controle e a utilização dos serviços (articulando prestação de serviços e financiamento, através de medidas reguladoras da relação entre médicos e pacientes); privilegia o atendimento básico, e estabelece o acesso ao sistema através da obrigatoriedade da passagem pelo médico generalista, para diminuir o acesso à atenção especializada e hospitalar; controla, rigidamente, a atuação dos profissionais, segundo parâmetros de práticas médicas definidos previamente pela empresa (centrados nos custos dos procedimentos).

A partir de 1995 foram criados os “Health Maintenance Organization” - (HMO), introduzindo os pagamentos per capita dos serviços.

O sistema de saúde americano é o que registra o maior gasto per capita (US\$ 2,566) e destina maior porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB) à saúde (12,1%), entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), representando índices de cobertura e indicadores epidemiológicos insatisfatórios, o que induziu grande mobilização no governo Clinton, no sentido de promover profunda reforma no sistema que resultou no “American Health Security Act”, submetido ao Congresso em 1993. A proposta teve o mérito de reconhecer que as forças do mercado, deixadas por si, foram incapazes de produzir a cobertura necessária, ou custos mais baixos, e maior eficiência econômica do sistema, que não foi modificado substancialmente. (Buss, in Buss&Labra, 1995, p.200)

Atualmente, o sistema de saúde americano apresenta uma assistência primária que não cobre de forma uniforme toda a população, embora o governo esteja mobilizando recursos com a finalidade de ampliar o acesso aos serviços. Para isso, foram definidas algumas prioridades, tais como: promover o acesso de qualidade à população excluída; reduzir as desigualdades raciais e clínicas; promover um sistema de atenção voltada para a coletividade; assegurar os programas que quebrem as barreiras junto à população promovendo um sistema de gerenciamento eficiente e com satisfatório custo-benefício.

A Medicina Familiar, como especialidade médica, foi reconhecida pela Associação Médica Americana ainda na década de 60, os médicos de família americanos atendem em seus consultórios de forma individualizada os membros de uma família, mediante o pagamento da consulta, como qualquer profissional liberal de saúde.

1.3 O Modelo de Saúde no Canadá.

O sistema canadense é considerado, hoje, um dos mais eficazes, tendo levado a população a uma nítida melhoria das condições de saúde – esperança de vida de 75,8 anos para os homens e 81,4 para as mulheres e, taxa de mortalidade infantil de 5,6/mil nascidos vivos. (Brasil, As Cartas de Promoção da Saúde, p.19)

No Canadá o governo começou a intervir no setor saúde a partir de 1887, quando foi criado o Conselho de Higiene, que tinha a finalidade de coordenar o setor saúde, a nível municipal. Em 1922, este Conselho foi substituído pelo Serviço Provincial de Higiene criado pela lei de Assistência Pública, que obriga os municípios a prestarem serviços hospitalares aos indigentes, sendo os gastos distribuídos entre o governo, os municípios e as instituições filantrópicas.

Até o final da década de 40, a medicina privada dominava a atenção à saúde, sendo o acesso limitado às pessoas que possuíam renda para pagar. Na década de 50, a política social canadense floresceu, desenvolvendo-se a saúde pública e a seguridade social – em 1956 o governo federal criou o seguro desemprego e posteriormente o seguro hospitalização. Em 1966, com a lei da Atenção Médica, cria-se o regime público de seguro doença, para cobrir os serviços médicos prestados fora dos hospitais (gasto dividido entre o governo federal e o governo provincial). – já na década de 70 esta lei abrangia todo o território nacional.

A administração dos serviços e a prestação dos cuidados de saúde são da responsabilidade de cada província, que planeja, financia e avalia a qualidade dessa prestação. Ao governo federal cabe a função de estabelecer e administrar os princípios e normas nacionais que regulamentam o sistema; participar no financiamento dos serviços da saúde por meio de transferências fiscais; a prestação direta de serviços a grupos específicos (população indígena, militares, polícia); e assegurar as atividades de proteção/promoção da saúde, e prevenção de doenças.

Na década de 80, foi promulgada a lei canadense sobre a saúde, que continha os seguintes princípios: universalidade, acessibilidade, integralidade, transferibilidade e gestão pública. Em 1986 foi realizada em Ottawa, A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – esta Conferência foi uma resposta às crescentes expectativas por uma nova Saúde Pública. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a declaração de Alma-Ata para os cuidados primários em saúde. (As Cartas da Promoção da Saúde, MS, 2002, p.19)

O sistema de saúde canadense tem como figura central o médico generalista, que se ocupa dos cuidados primários de saúde, cobrindo cinco eixos básicos: clínica, pediatria, psiquiatria, gineco-obstetrícia e cirurgia; no entanto os especialistas podem promover atenção primária (principalmente nos grandes centros). A assistência prestada pode ocorrer em clínicas, hospitais ou em Unidades dos Centros Locais de Saúde e Serviços Sociais. Vale lembrar que o país criou em 1954, a Faculdade de Medicina de Família (já em meados da década de 60, metade dos médicos era composta por clínicos gerais ou médicos de família), e que, os governos das Províncias começaram a estabelecer Programas de Residência em Medicina de Família nas escolas médicas, a partir de 1970, tornando as Universidades responsáveis pela formação destes profissionais.

Pelo exposto, observando-se a reorganização dos sistemas de saúde nos países industrializados, salientamos a pertinência da observação de Dussault:

“Do ponto de vista da saúde pública e da administração dos fundos públicos, a procura contínua da eficiência nos serviços públicos é dever prioritário. Os serviços ineficazes, desnecessários ou de má qualidade, e a má utilização de recursos escassos têm conseqüências negativas, tanto no bem-estar da população, quanto no plano econômico. O compromisso dos dirigentes e dos profissionais do setor é produzir serviços eficazes, isto é, capazes de atender as necessidades reais de maneira eficiente.”
(Dussault, in Buss&Labra, 1995, p.258)

CAPÍTULO 2

O Programa de Saúde da Família no Brasil – PSF no Brasil, de 1994 a 2002.

A partir do início do século XX, o setor saúde no Brasil vem apresentando propostas de modificações, em um processo de organização, distribuição e ampliação de uma infra-estrutura básica de serviços.

Na década de 20, foram criados os Centros Comunitários de Saúde, que passaram a oferecer assistência básica à população de algumas regiões do país. Nos anos 40, a atenção prestada pelos Centros de Saúde foi expandida com o trabalho do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), através de convênio com o governo americano, tendo como principal objetivo a priorização da assistência médico-sanitária às populações de regiões aonde a matéria prima extraída interessava ao governo americano, devido a Segunda Grande Guerra (trabalhadores envolvidos com extração de borracha, sílica, mica, ferro etc...). Este convênio deu início à criação de uma rede de serviços voltada à atenção à saúde de grupos específicos da população, principalmente nas regiões norte e nordeste do país. (Radis, dezembro 2002, p.14)

No final da década de 50, surgiu o modelo de Medicina Integral, (também por influência americana), que recomendava a integração dos alunos em Programas médico-sociais de higiene e prevenção. Nesta época, foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, nas escolas médicas.

Os anos seguintes são marcados por vários projetos comunitários iniciados, a partir de parcerias entre as Universidades e as organizações locais, e projetos governamentais - em 1977 o Ministério da Saúde implanta o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com o objetivo de estender a cobertura das ações a populações não assistidas, de algumas regiões

do país; o PREVSAÚDE, em 1980; o plano de. Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social (Plano CONASP) em 1982; as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984; o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, e a Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. (Cohn, 1999, p.13)

Os princípios básicos do Sistema Único de Saúde são: a universalização da atenção, a descentralização da gestão, a integralidade nas ações, e a participação da comunidade. Dentro destes princípios, em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito era reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (Brasil, 1994). A implantação do PSF, inicialmente, privilegiou a população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do IPEA e, posteriormente, os municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil. (Revista Brasileira de Saúde da Família, maio 2002)

Reorganizar o sistema em vigor significa substituir as antigas diretrizes, baseadas na valorização do hospital, mais voltadas para a doença, e introduzir novos princípios, com foco na promoção da saúde, na participação da comunidade. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua (e não somente o combate às doenças). O atendimento é prestado na Unidade de Saúde da Família (USF) ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF). Assim, estes profissionais e a população acompanhada, criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. (Brasil, 2001)

A proposta de organização das práticas de saúde voltadas à família pressupõe: o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania e que expressa qualidade de vida; a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a democratização do

conhecimento do processo saúde doença, da organização dos serviços e da produção da saúde; a intervenção sobre os fatores de risco, aos quais a população está exposta; a prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adstrita, no domicílio, no ambulatório e no hospital; a humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe de saúde e da comunidade; o estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social; o estabelecimento de parcerias, buscando desenvolver ações intersetoriais. (Cordeiro, 1996, p.10)

Para tanto, as ESF devem ser formadas: por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e quatro a seis agentes comunitários de saúde; todos trabalhando em tempo integral, e recebendo remuneração adequada. A partir de 2001, profissionais de saúde bucal foram inseridos na equipe. Cada ESF deve acompanhar de 600 a 1000 famílias, o que corresponde a uma população residente entre 2.400 a 4.500 pessoas (em média 3.450 pessoas); para o trabalho da saúde bucal, dimensiona-se a implantação de uma equipe para cobrir cerca de 6.900 pessoas (Brasil, 2001, p.65). Profissionais como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas poderão ser incorporados ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A constituição de Pólos de capacitação, formação e educação continuada em Saúde da Família, envolvendo as Universidades na formação, no acompanhamento e na supervisão das ESF faz parte da diretriz do Programa e vem desempenhando importante papel na qualificação para o trabalho.

As ações do Programa de Saúde da Família estão estruturadas no desenvolvimento de ações programáticas, sem que, no entanto, se abandone o seu contexto familiar e social, com a garantia de abordagem integral da assistência. Nesta perspectiva, o Programa contribui para diminuir a mortalidade infantil e a internação hospitalar, aumentar a quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informadas ao parto. Nas famílias assistidas, deseja-se que haja mais pessoas vacinadas, que os casos de hipertensão e diabetes sejam

diagnosticados e acompanhados, as doenças como tuberculose e hanseníase sejam identificadas e tratadas mais rapidamente. Faz parte do trabalho do Programa, a garantia de distribuição gratuita de medicamentos para as famílias atendidas – kit de medicamentos com 32 itens do Programa Farmácia Popular. (Brasil, 2001, p.73)

Os principais eixos das ações programáticas, trabalhadas pelo PSF são: (Brasil, 2001, p. 60-64)

-Módulo de Saúde da Criança: vigilância nutricional, imunização, assistência às doenças mais comuns da infância;

-Módulo de Saúde do Adolescente: ações de promoção de saúde do adolescente;

-Módulo de Saúde da Mulher: prevenção de câncer de mama e de colo uterino, planejamento familiar, e pré-natal;

-Módulo de Saúde do Adulto: ações de controle da hipertensão arterial, diabetes, promoção da saúde do trabalhador;

-Módulo de Saúde do Idoso: ações de promoção da qualidade de vida do idoso;

-Controle de Tuberculose (TB): busca ativa de pacientes, diagnóstico clínico, tratamento supervisionado, ações de prevenção e controle;

-Eliminação da Hanseníase (HAN): busca ativa de pacientes, diagnóstico clínico, cadastramento de portadores, tratamento supervisionado, controle de incapacidades físicas, e medidas preventivas;

-Módulo de Saúde Bucal: atenção clínica, promoção à saúde e ações de controle e estabilização das patologias bucais, estímulo a ações de autocuidado.

A expansão do Programa de Saúde da Família no território nacional acelerou-se a partir de 1997/1998, e, na maioria das áreas, ocorreu por substituição ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, após grande sucesso do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) na melhoria dos indicadores de saúde em alguns estados da região norte e nordeste do país (experiência piloto em 1986 no Estado do Ceará, financiado pelo Programa de Emergência para o combate aos efeitos da seca).

A profissão de ACS foi regulamentada recentemente, passando a ser exigido o certificado de conclusão do ensino fundamental e a qualificação básica para o exercício da função (a qualificação poderá feita após a contratação - treinamento introdutório no Saúde da Família e capacitação nos Programas de Atenção à Saúde). O ACS deve ter idade mínima de 18 anos, e residir há, pelo menos, dois anos na comunidade em que atua. Pode acompanhar 100 a 250 famílias (o ideal, é o número aproximado de 150 famílias), que vivem na sua área de atuação; suas principais atribuições são: mapeamento das residências, cadastramento e diagnóstico das famílias, identificação das áreas de risco, realização de visitas domiciliares, mobilização da comunidade para ações coletivas. A formação e supervisão das ações dos ACS são asseguradas pelos enfermeiros, médicos ou odontólogos, que fazem parte da equipe (anteriormente, somente os enfermeiros eram responsáveis pelos agentes).

O apoio do Ministério da Saúde, das Coordenações estaduais e municipais do PSF através de incentivos financeiros e de consultorias para a implantação da nova estratégia de atenção básica em seus territórios, tem garantido a expansão e o bom desempenho do Programa. Para a consolidação das ações do modelo de atenção foi criado um mecanismo de financiamento, garantido pela edição das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde - (NOB/SUS), editadas pelo Ministério da Saúde em 1993 e 1996 (NOB 01/93 e NOB 01/96). A implantação das NOB's desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para estados e municípios, um conjunto de

responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema de Saúde, (Brasil, 2002, p. 101). Em janeiro de 2001, o Ministério publicou a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS 01/2001), que aprofunda o processo de descentralização, e reconhece a regionalização em saúde como ponto fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, na implementação do Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2001, NOAS-SUS 01/01)

Por ser uma estratégia central da atenção básica - em 2001 o Programa foi incluído pelo governo federal no Plano Plurianual Avança Brasil -, o PSF tem seu financiamento garantido pelo Piso de Atenção Básica (PAB). O PAB fixo (recursos per capita/ano para a Atenção Básica), inaugurou a modalidade transferência de forma regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, possibilitando maior autonomia na gestão municipal e maior responsabilidade do gestor municipal com a saúde da população. O PAB variável foi introduzido para incentivar a adoção, pelos municípios, de programas e estratégias para a organização da Atenção Básica - PSF, PACS, farmácia básica, vigilância sanitária, atendimento às carências nutricionais. Ao optar pelo PSF o município recebe auxílio financeiro para investir na implantação do Programa, e passa a ter direito a uma parcela mensal específica de recursos para compor o seu financiamento.

A integração do Programa à rede é condicionada pela organização prévia do sistema municipal e dos graus de liberdade de ação do gestor municipal para integrar a rede, contudo é principalmente dependente da iniciativa dos gestores em implantar o PSF como estratégia de reordenação do sistema ou programas paralelos à rede preexistente. Um sistema integrado pressupõe oferta organizada de assistência integral (prevenção, curativa, recuperação), garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre os diversos níveis de complexidade do setor ambulatorial (baixa, média e alta) e com o setor hospitalar, com fluxos e percursos definidos, e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território.

O Ministério da Saúde avaliou as ESF implantadas até dezembro de 1998. O acesso às ações de saúde, propiciado pela estratégia do Programa a contingentes desprovidos de cuidados é uma observação real:

“[...] a ampliação do acesso é uma constatação. Quanto às atividades desenvolvidas, observa-se que antes da implantação, as atividades eram pouco disponíveis, sendo que apenas aquelas referentes à vacinação e consulta médica eram oferecidas em mais de 40% das áreas. Depois da implantação, a situação se transforma, com a maioria absoluta das atividades sendo desenvolvidas por um percentual maior que 75% das equipes. Esse é um dos aspectos mais importantes dentre os avaliados, representando grande avanço no processo de consolidação do SUS e da estratégia de Saúde da Família.” (Brasil, 1999, Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF, p.51)

Recentes informações do Ministério da Saúde apontam que o PSF já atinge o marco histórico de 50 milhões de brasileiros, sob acompanhamento. Os dados do primeiro semestre de 2002 revelam a existência de 15.201 ESF atuando em 3.948 municípios; o crescimento do número de ACS para 163.923 trabalhando em 4.914 municípios; e a implantação de 3.183 ESB atuando em 1751 municípios. (Revista Brasileira Saúde da Família, maio 2002, p.04)

É importante salientar, que nos grandes centros urbanos, deve-se dar atenção a conteúdos que façam parte da realidade local, como a violência; o uso de drogas; os casos de prostituição, e DST/AIDS; casos de crianças vivendo em situação de risco; os problemas de saúde mental; a saúde bucal; a saúde do trabalhador; a exclusão social (como desemprego, miséria e discriminação); as discussões sobre cidadania, direitos humanos e movimentos sociais urbanos; o uso de equipamentos sociais coletivos.

De acordo com a pesquisa coordenada por Sarah Escorel, intitulada “Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos”, divulgada pelo Ministério da Saúde em 2002, pode-se destacar o pensamento de que:

“Parece ser consensual que o PSF não encontra dificuldades de implementação em municípios de pequeno porte, com pequena ou nenhuma capacidade instalada, que não dispõem, portanto, de uma rede consolidada de assistência. No entanto, das avaliações realizadas, bem como da percepção advinda do acompanhamento rotineiro do PSF, foram detectados três grandes grupos de problemas para a sua implantação: os problemas relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde, proposta denominada pelo Ministério da Saúde como conversão de modelo; os aspectos afeitos à inserção e desenvolvimento de recursos humanos; e o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação.” (Escorel, 2002, p.17)

Também conforme o exposto por Dain, na pesquisa “Análise de Reconstrução de Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: padrões de custos e forma de financiamento”, divulgada pelo Ministério da Saúde em 2002, percebe-se o grande desafio a ser enfrentado para implantação do PSF em grandes centros:

“[...] a expansão do PSF aos grandes centros urbanos do País constitui-se em um desafio a ser enfrentado e condição tanto para elevações mais significativas de sua cobertura populacional, como para que o Programa possa realmente vir a ser um elemento central na transformação do modelo assistencial do País. Os ajustes e transformações do padrão assistencial tradicional ao padrão de assistência do PSF implicarão em custos de reestruturação diversos e em um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas que deve ser enfrentado pelo Programa de Saúde da Família em sua fase atual, marcada pela tendência de extensão das equipes aos grandes centros urbanos e de descentralização de responsabilidades com a média e alta complexidade.” (Dain, 2002, p.35)

CAPÍTULO 3

O Programa de Saúde da Família (PSF) em áreas urbanas do país, experiências exitosas.

Este capítulo apresenta, resumidamente, pesquisa bibliográfica a respeito de municípios brasileiros, com população urbana e mais de cem mil habitantes, que implantaram o PSF, como modelo de reorganização da Atenção Básica.

3.1 A Experiência de Niterói, Estado do Rio de Janeiro.

O Programa Médico de Família (PMF), foi implantado em setembro de 1992, em três comunidades do Município de Niterói (Morro do Proventório, Morro do Viradouro e Morro do Cavalão). A estratégia era introduzir uma nova forma de organização dos serviços de saúde, como parte da política de saúde, em concordância com o SUS.

“[...] a idéia de construção de um Modelo Assistencial baseado nos princípios de hierarquização, regionalização, integralidade e adscrição de clientela já era antiga em Niterói. A partir de 1989, com as epidemias de Dengue I e II, e posteriormente, a vacinação antimeningite, são efetuados contatos e intercâmbios com Cuba. Em 1991, com a visita do então Prefeito de Niterói e do Secretário Municipal a Cuba, concretizou-se no nível do município, um conjunto de decisões políticas para adaptar a experiência cubana de medicina familiar.” (Senna, 1995, p. 81)

A concepção do PMF Niterói foi desenvolvida com decisivo apoio de profissionais cubanos, por meio do Ministério de Saúde Pública de Cuba (assessoria técnica do diretor do “Policlínico Lawton” em Havana). Nesta concepção, a participação comunitária é considerada fundamental, por isto, no PMF Niterói, em cada comunidade foi criado um Conselho Comunitário de Saúde com a função de atuar como co-gestor do Programa.

Para melhor operacionalização, cada comunidade é dividida em setores de 200 a 250 famílias (1.000 a 1.200 pessoas), tendo-se como base o mapa político-administrativo do município – o município organiza-se para atendimento das comunidades distribuídas pelas regiões Centro/Sul, Leste/Oceânica e Norte. (Pereira, 2001, p.52)

Cada um desses setores é atendido pela equipe básica (um médico generalista e um atendente de enfermagem, atendendo um universo de até 1.200 pessoas), que atua em período integral (40 horas semanais). Recentes informações mostram que, o PMF possui 26 Unidades com 84 Equipes implantadas. O PMF Niterói atende cerca de 83 mil pessoas distribuídas em 32 comunidades. As equipes básicas são auxiliadas por uma equipe de supervisão multidisciplinar, especialistas em clínica médica, pediatria, ginecologia, enfermagem, saúde coletiva, e serviço social, que realiza visitas semanais de acompanhamento dos indicadores de saúde, avaliação do atendimento e qualidade dos serviços. As equipes de supervisão têm a função de gerenciar os módulos de sua área, o que lhes confere maior facilidade de empreender ações integradas nos limites de suas regiões de atuação. (SMS/Niterói, 2003)

A proposta do Programa é voltada, principalmente, à população residente em áreas de risco social e ambiental. Para implantar o Programa, a Prefeitura firma convênios, através da Fundação Municipal de Saúde, com Associações de Moradores. Nos contratos regidos pela CLT, cabe às Associações de Moradores à função de contratante, a participação de co-gestão do trabalho, a

fiscalização e a avaliação da qualidade dos serviços, através da satisfação dos usuários. À Fundação Municipal de Saúde cabe assistir às Associações de Moradores, exercer supervisão e fiscalização em todas as etapas do processo de trabalho, prestar assessoria técnica no tocante aos bens permanentes e ao material de consumo, e designar e acompanhar o trabalho das equipes de supervisão.

No início da implantação dos módulos, os critérios de eleição das áreas consideravam as comunidades já beneficiadas com o projeto de urbanização e saneamento (Projeto Vida Nova no Morro). A equipe de implantação sinalizava que os módulos deveriam ser implantados em áreas com alguma estrutura ambiental para que o trabalho não viesse a seguir o fluxo cura/reincidência das doenças, devido às condições desfavoráveis locais. Posteriormente, percebeu-se que a entrada do PMF conferia status à comunidade, que adquiria maior poder de mobilização, obtinha conquistas de cidadania, e conseguia trazer bens e serviços para sua área.

O trabalho é realizado tanto ao nível de consultório como da realização de visitas domiciliares, acompanhando as situações de risco às quais a população está exposta, praticando as intervenções possíveis, articulando os diversos setores, e avaliando as mudanças na saúde de forma integral. Também faz parte do trabalho, reuniões e práticas educativas participativas.

Por meio de um sistema de referências foram estabelecidos diversos níveis de atendimento, permitindo o acesso a serviços mais complexos ou especializados fora do âmbito do PMF, mas sob o acompanhamento dos profissionais técnicos. Ocorreu a transformação de PAM's em policlínicas de especialidades, de unidades básicas em policlínicas comunitárias, e unidades básicas em módulos.

O êxito do PMF junto à população levou o Programa a ser respeitado, tanto que, a sua configuração foi utilizada em outros municípios do país, como

referência para o desenvolvimento de estratégias que visam a reorganização dos sistemas locais de saúde. (Cohen, 2001, p.117)

De acordo com as observações relatadas por Cohen,

“[...] o PMF Niterói tem propalado as sementes necessárias a transformações no sistema de saúde, tem impregnado o sistema com um novo imaginário sobre a maneira de se fazer saúde, tem levado a população a reivindicar essa modalidade de atenção e as demais unidades a solicitar sua transformação em módulos de médico de família ou policlínica comunitária. O PMF não entra na rede para substituir unidades por módulos, ou para reduzir equipes. Mas pretende, a partir de seu modelo, introduzir na rede novos conceitos, capazes de transformar as práticas na produção de serviços de saúde.” (Cohen, 2001, p.117-118)

3.2 A Experiência de Camaragibe, Estado de Pernambuco.

O Município de Camaragibe localiza-se a 16Km do Recife, sua área foi uma das primeiras a serem ocupadas pelos portugueses no século XVI para o plantio de cana de açúcar.

A origem da cidade vem dos antigos engenhos de açúcar. Em 1891, a Companhia Industrial Pernambucana ocupou o antigo Engenho Camaragibe, para a construção da fábrica de tecidos de Camaragibe – CIPER, que desenvolveu um programa social para seus operários através da construção de uma vila operária, a primeira do gênero na América Latina. A vila chegou a contar com 400 casas, 4 escolas, farmácias, capela e cinema, além da cooperativa. Os 1.600 operários da empresa formaram a primeira comunidade do município. Foi a partir daí que surgiu o primeiro núcleo urbano. (Rodrigues, 1998, p.54)

A cidade de Camaragibe, emancipada em 1982, é totalmente urbana, não possuindo área rural, e integra a área metropolitana do Recife. Tem alta

densidade demográfica, com população de 128.702 habitantes, de acordo com o censo demográfico de 2000 (IBGE, 2000); tem relevo acidentado, com muitos morros e encostas (a vegetação é predominantemente composta por canavial, coqueiral, vegetação hidrófila e culturas de subsistência); é drenado pelas bacias dos rios Capibaribe, Beberibe, e diversos riachos.

A rede de esgoto sanitário de Camaragibe atende a pequena parcela da população. Muitos munícipes constroem fossas sépticas sem impermeabilização adequada, contaminando os mananciais subterrâneos e comprometendo a estabilidade dos morros. Também deficiente é a rede de água, aproximadamente 35% da população não tem ligação com rede geral de água – a população utiliza poços artesianos individuais ou coletivos (a maioria não possui revestimento interno, sendo contaminados pelas fossas que correm nas proximidades). A coleta de lixo serve a aproximadamente 85% da população – 15% restantes depositam seu lixo em valas, córregos e áreas verdes.

O Programa de Saúde da Família foi implantado no município em 1994, com quatro ESF trabalhando, inicialmente em áreas sem assistência. No ano seguinte houve fusão das ESF e das equipes de PACS com e substituição de unidades convencionais por USF (quatro unidades), e ampliação progressiva do número de unidades e equipes. O PSF, em Camaragibe, já foi implantado como estratégia de mudança de modelo assistencial da rede básica, com substituição quase total da rede de atenção básica municipal, dessa forma iniciou-se a reorganização dos serviços de saúde, a implantação da vigilância epidemiológica, e de projetos especiais de saúde.

O trabalho das equipes do PSF de Camaragibe foi tido como uma experiência de grande importância no cenário nacional da reorganização do modelo de atenção básica, tanto que, em 1999 recebeu do Ministério da Saúde o destaque de Excelência no Concurso Nacional de Experiência em Saúde da Família - os critérios do regulamento pontuavam as características do município, sua situação inicial, propostas de intervenção, atividades realizadas, facilidades e

dificuldades, recursos utilizados, clientela beneficiada, parcerias firmadas, processo de gerenciamento da informação, e, impactos já identificados.

Ao término do ano de 2001, Camaragibe já contava com 32 unidades de saúde da família, nas quais trabalhavam 31 equipes, cobrindo cerca de 81% da população, com a média de 1.750 famílias atendidas por equipe. (Escorel, 2002, p.88)

Podemos destacar, das considerações finais do trabalho de Rodrigues (Rodrigues, 1998, p. 107), algumas observações a respeito da implantação do Programa de Saúde da Família em Camaragibe, provavelmente responsáveis pelo impulso positivo que o Programa recebeu, tornando-o respeitado e merecedor do destaque recebido em 1999 (ano seguinte à publicação do trabalho de Rodrigues).

“[...], a implantação do Programa de Saúde da Família em Camaragibe, foi baseada em argumentos técnicos, a partir do conhecimento da proposta do Ministério da Saúde.”

“[...], quanto ao Conselho Municipal de Saúde, a composição, funcionamento e o caráter deliberador têm sido respeitados.”

“[...], o entendimento de saúde como direito, a luta por melhores condições de acesso, e a qualidade, dos serviços prestados foram evidenciados.”

“[...], pode-se dizer, que melhoraram satisfatoriamente os indicadores de saúde locais, o que expressa uma demanda legítima pelo direito à saúde.”

“[...], a existência anterior de uma oferta mínima de serviços, pode explicar essa visão positiva em relação ao Programa; e caracteriza-o como uma conquista do direito ao cuidado da saúde, postura coerente, não só com apreçaria realidade do município, mas com o que tem se traduzido como a luta pela saúde nos anos 80.”

3.3 A Experiência de Natal, Estado do Rio Grande do Norte.

A estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Natal foi criada em 1986, sob forte influência dos preceitos da Reforma Sanitária, pois desde a sua origem a SMS/Natal vivenciou um conflito de mudança organizacional entre o modelo hegemônico e o vinculado a novos modelos da atenção à saúde. Com o avanço da municipalização em 1990, a SMS incorporou à sua rede inicial de 14 unidades básicas, outras novas 26 unidades básicas da Secretaria Estadual de Saúde. (Rocha, 2000)

Embora, o processo de municipalização do Estado do Rio Grande do Norte tenha sido ampliado em meados da década de 90, a estratégia de mudança de modelo assistencial vem ocorrendo de forma lenta. No Estado, a implantação do PSF iniciou-se em 1994, com 18 equipes em quatro municípios, com cobertura de apenas 2,4% da população; em 1998, já eram 34 equipes, cobrindo cerca de 4,5%, e em 2000 124 equipes cobrindo 16,12% da população. O PACS conta com 4.114 agentes comunitários de saúde, atuando em 99,4% dos municípios, cobrindo 81,2% da população (SIAB/DATASUS, RN, 2000).

No Município de Natal, o PSF começou a ganhar mais força, a partir de 1998, motivado por incentivos do Ministério da Saúde e debates articulados por sanitaristas da Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Dentre os critérios de escolha para a implantação do Programa destacaram-se as áreas de maior índice de mortalidade infantil, os territórios com maior concentração de favelas e as áreas de vazios de unidades de saúde. Em 1999 as equipes foram ampliadas, com implantação do Programa nos quatro distritos sanitários do município, e definição de nova política de recursos humanos, através do ingresso de outros servidores da rede SUS.

Uma questão de destaque foi à implantação das equipes do PSF em Unidades de Saúde convencionais e situadas em bairros da periferia, como opção de não criação de uma rede de atenção paralela à rede básica de saúde já existente. As equipes de saúde da família passaram a desempenhar suas funções nas Unidades da rede municipal, na perspectiva de consolidar o modelo substitutivo da atenção básica. Esta opção levou em consideração a existência de

uma rede básica previamente estruturada; os profissionais que desejaram foram incorporados ao trabalho, e os que não se mostraram satisfeitos foram remanejados para unidades que não haviam adotado o PSF.

Pode-se destacar nos resultados do trabalho de Rocha (Rocha, 2000), as seguintes observações:

“[...], o PSF/Natal, preocupou-se em manter uma vinculação com a família, buscando conhecer as condições de saúde e de vida a que estão submetidos, e de forma articulada, desenvolver estratégias para viabilizar o acesso dessa população às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.”

“[...], integração com a realidade possibilitando a essas equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença (...) entendendo o Programa como uma estratégia de reorganização do sistema municipal de saúde e de promoção à saúde, a partir da atenção básica.”

“[...], atendendo populações com maiores riscos sócio-epidemiológicos, identificados através da Epidemiologia – ferramenta básica que desvenda o território, em especial as microáreas de risco, (...) discriminação positiva de famílias historicamente excluídas das políticas sociais.”

“[...], as características mais referidas ao considerar o PSF como estratégia de mudanças, foram: qualidade na atenção com a ampliação do acesso, vínculo comunidade/equipe.”

“[...], com relação às inovações assistenciais atribuídas ao Programa, as principais mudanças apontadas foram: satisfação do usuário, vínculo equipe/comunidade, ampliação do acesso, e visita domiciliar.”

CAPÍTULO 4

O Programa de Saúde da Família – PSF no Município do Rio de Janeiro.

A seguir, o trabalho descreve as estratégias de implantação no Município do Rio de Janeiro, do PSF e do PACS; conta um pouco da história da Área Programática 2.2 (AP 2.2), e da Grande Tijuca, onde a comunidade do Morro do Borel está inserida; e, apresenta a Rede de Unidades de Saúde do SUS localizadas nesta área.

Para pensar saúde na cidade do Rio de Janeiro, teremos que imaginá-lo, tal como é subdividida pelas autoridades municipais, em dez Áreas Programáticas ou AP's (anexo,1p.88). As ações de saúde, de cada área, são gerenciadas por técnicos da Coordenação de Saúde da Área Programática (CAP) - as CAP's são responsáveis administrativas e técnicas pelas Unidades de Saúde da rede do SUS (prestadores próprios e prestadores privados/conveniados; atenção básica e hospitalar).

No Município do Rio de Janeiro, o PSF teve início em janeiro de 1996, na Ilha de Paquetá. Localizada na baía da Guanabara, a ilha encontra-se sob a administração da 1ª Região Administrativa, Área Programática 1, Coordenação de Saúde da AP 1. Sua população é de aproximadamente 4.000 habitantes. O PSF foi implantado utilizando as dependências da Unidade Integrada de Saúde Manoel Arthur Villaboim, única prestadora de serviços de saúde da ilha, através de um convênio firmado entre a SMS e a Organização Não Governamental CEDAPS – Centro de Promoção da Saúde. Para atuação nesta localidade, além das equipes básicas do PSF, foram contratadas uma assistente social e uma nutricionista, com a finalidade de melhorar o desempenho das ações do Programa na ilha.

No mesmo ano a SMS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – a implantação do PACS é considerada uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população, é estimulada até que seja possível a implantação do PSF, ao qual estes agentes serão incorporados.

O PACS foi inicialmente implantado em duas grandes áreas do município, Complexo da Maré - área de grande densidade populacional, localizada na AP 3.1, em convênio com a Organização Maré Limpa; Favela de Vigário Geral - área muito habitada, com elevado índice de violência naquele momento, localizada também na AP 3.1, em convênio com a ONG MOGEC (Movimento de Gestão Comunitária).

Em 1998, a SMS iniciou estudo de viabilidade para implantação das novas equipes de PSF e PACS em várias áreas do município. A escolha dos locais obedeceu a critérios definidos pelo Núcleo de Saúde da Comunidade da SMS (posteriormente, denominada Coordenação de Saúde da Comunidade), tais como: demanda das organizações comunitárias, demanda dos Conselhos Distritais de Saúde, vazios assistenciais etc...

O estudo inicial da SMS apontou a implantação do PSF nas seguintes áreas: Morro do Borel, bairro da Tijuca, AP 2.2, implantação de 02 ESF; Parque Royal, bairro da Ilha do Governador, AP 3.1, implantação de 01 ESF; Canal do Anil, bairro de Jacarepaguá, AP 4, implantação de 02 ESF; Vila Canoas, bairro da Gávea, AP 2.1, implantação de 01 ESF; Vilar Carioca, bairro de Campo Grande, AP 5.2, implantação de 03 ESF.

4.1 A Área Programática 2.2 (AP 2.2), e a história da Grande Tijuca.

O nome Tijuca é de origem Tupi e significa brejo, pântano ou lamaçal (Cunha, 1978). Antes do séc. XVI a Grande Tijuca era uma paisagem com cobertura verdejante, repleta de alagadiços e cursos de água que desciam do maciço da Tijuca – um imenso pantanal circundava o maciço. Estas terras faziam parte da sesmaria de Iguaçu, concedida por Estácio de Sá aos jesuítas em 1565, e ia do centro da cidade (arredores do Paço Imperial) a Inhaúma. Mais tarde foi dividida em três fazendas: Engenho Novo, Engenho Velho e São Cristóvão. A do Engenho Novo originou os bairros da grande Tijuca. Houve na área cultivo de cana de açúcar e posteriormente café; com a retirada da vegetação nas nascentes dos rios alterou-se o ciclo das águas na região (rios: Comprido, Joana, Maracanã e Trapicheiros).

Muitos fatores políticos, econômicos e sociais tornaram o século XIX e XX um marco histórico de expansão urbana da cidade do Rio de Janeiro. Dentre os acontecimentos, podemos citar: a chegada da Família Real ao Brasil, em 1808; a cidade do Rio de Janeiro como sede do Império, em 1822 (era preciso ligar a zona agrícola ao porto, garantindo a exportação do ouro de Minas Gerais, do café do Vale do Paraíba e daquele colhido nas fazendas da grande Tijuca); a expansão da cidade em direção a noroeste após a construção do canal do Mangue, e a extensão da linha da Central do Brasil em 1858; a Guerra de Canudos (no período de 1896-1897, houve êxodo do sertão para as cidades); a reforma Pereira Passos (desmonte de vários morros e demolição de cortiços no centro da cidade, a partir de 1902); o Aniversário do Primeiro Centenário da Independência, com intenso fluxo de pessoas para a capital em 1922. (Almanaque da Grande Tijuca, 1998, p.01-60)

Com isso, os bairros da Tijuca, do Engenho Velho e do Andaraí começaram a se tornar mais populosos (principalmente, a partir de 1850). No início do século XX, os bairros da grande Tijuca ainda apresentavam mais paisagens de aspecto naturais, do que espaços construídos, entretanto, a expansão de forma intensa da cidade começa a definir a tendência ao crescimento destas áreas – o desmonte do Morro do Senado, faz surgir a Avenida Mem de Sá;

o desmonte do Morro de Santo Antônio faz surgir a Avenida Chile; esses empreendimentos associados à construção da Avenida Presidente Vargas facilitaram a ligação entre o centro da cidade e os bairros da grande Tijuca. (Almanaque da Grande Tijuca, 1998, p.01-60)

A ocupação por classes mais abastadas influenciou para que estes bairros fossem beneficiados com ampla rede de serviços e equipamentos urbanos, antes mesmo de terem uma população que as justificassem. Os bairros começaram a receber indústrias de tecidos e bebidas, que se instalaram provavelmente atraídas pela quantidade e qualidade dos mananciais do maciço da Tijuca, destaca-se a fábrica de bebidas Brahma, e as de tecidos América Fabril e Confiança.

Neste momento, surgiram na área, oportunidades de trabalho no comércio e nas fábricas (grande parte desta mão de obra era originária da queda do cultivo da cana de açúcar e café), que somados aos grupos desalojados pelas reformas do Prefeito Pereira Passos, buscavam alternativas de moradia nas encostas dos morros do maciço da Tijuca. o marco do início da disputa pela urbanização que consolida a desigualdade social e desenha o espaço da forma que se apresenta até os dias de hoje na Tijuca. (Almanaque da Grande Tijuca, 1998, p.01-60)

Atualmente, a área da grande Tijuca pode ser pensada como um espaço urbano caótico, pois possui notáveis áreas verdes, como a floresta da Tijuca, a maior floresta urbana do mundo, e grandes aglomerados urbanos onde, residem pessoas de múltiplos níveis sócio-econômicos.

Administrativamente, a AP 2.2 é composta por quatro Regiões Administrativas (RA). As Regiões Administrativas incorporam os bairros da Tijuca, Alto da Boa Vista, Vila Isabel, Grajaú, Andaraí, Maracanã e Praça da Bandeira, (5.517 hectares).

De acordo com os dados do IBGE (IBGE, censo 2000) a população da AP corresponde a 6,26% da população do município (366.567 habitantes). A

estratificação da população por faixa etária evidencia um grande percentual de idosos (idade maior ou igual a 60 anos, e um conseqüente elevado número de óbitos por doenças cardiovasculares e neoplasias).

Da população da área, aproximadamente 20% residem em comunidades de “risco social” - favelas, loteamentos irregulares e conjuntos habitacionais de baixa renda. (estes dados têm como fonte a informação repassada pelas Associações de Moradores locais, e o cadastramento realizado pelo PSF Borel, e os PACS da Formiga, do Alto da Boa Vista, do Turano e do Casa Branca).

De acordo com a informação dos técnicos da CAP 2.2, as comunidades denominadas de “Risco Social” estão distribuídas pelos bairros, e RA's, da seguinte forma:

-Bairro da Tijuca, VIIIª RA: Morro do Borel (população 9.061 habitantes, segundo cadastramento do PSF Borel/2002), Morro da Casa Branca (população de 657 habitantes, segundo cadastramento do PACS Casa Branca/2002), Morro da Chácara do Céu (população de 313 habitantes, segundo cadastramento do PACS Casa Branca/2002), Morro da Formiga (população 5.391 habitantes, segundo cadastramento do PACS Formiga/2001), Morro do Salgueiro (população estimada 4.000 habitantes); Complexo do Turano (10.300 habitantes, segundo cadastramento do PACS Turano/2000);

-Bairro do Alto da Boa Vista, VIIIª RA: comunidades do Tijuaçu, da Mata Machado, Ricardinho, Biquinha, Maracaí, Biguá, Furnas, Agrícola, Butuí, Açude, Taquara do Alto, Fazendinha - totalizando 4.579 habitantes, segundo cadastramento do PACS Alto da Boa Vista/2001;

-Bairro do Andaraí, IXª RA: Morro do Andaraí, e comunidades do Jamelão, JK, Parque João Paulo II, Nova Divinéia, Vila Rica, Morro do Cruz, Caixa D'água, Negrão de Lima - população estimada de 30.000 habitantes;

-Bairro de Vila Isabel, IX^a RA: Morro do Pau da Bandeira (população ignorada), e comunidades do Parque Vila Isabel, Morro dos Macacos - população estimada de 15.000 habitantes.

Por ter sido, sempre, considerada área nobre da cidade, e como já relatado, por ter sido contemplada precocemente com vasta rede de serviços, a AP 2.2 possui hoje grande número de unidades de saúde, composta por prestadores públicos, e privados conveniados na rede do SUS (anexo 2, p.87), e vasta rede privada em torno da Praça Saens Peña na Tijuca, e do Boulevard Vinte e Oito de Setembro em Vila Isabel.

O atendimento ambulatorial (atenção básica e especializada), da rede municipal de saúde da área, conta com 224 (duzentos e vinte e quatro) consultórios clínicos (médicos e não médicos) e 23 (vinte e três) consultórios odontológicos. Os Programas de Saúde - tratamento, controle, e prevenção de agravos -, estão implantados nas unidades de saúde da AP: Pneumologia Sanitária, Dermatologia Sanitária, Prevenção e Controle de Câncer de Colo Uterino e Mama, DST/AIDS, Saúde Bucal, Controle e Tratamento de Hipertensão Arterial e Diabetes, Pré-natal, Saúde da Criança, Vigilância Alimentar e Nutricional, Saúde do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Imunização, Planejamento Familiar, Saúde Escolar, entre outros.

As unidades do SUS mais próximas ao Morro do Borel, que recebem pacientes referenciados (através de guia referência/contra referência - impresso próprio da SMS), ou por demanda espontânea, são: CMS Heitor Beltrão (Tijuca), localizada a aproximadamente 3 Km da USF Borel; Hospital Municipal do Andaraí, distante 4 Km; PAM Hélio Pellegrino, (Praça da Bandeira), distante 5 Km; e a UACPS Nicola Albano (Alto Boa Vista), distante 7 Km.

A AP 2.2 tem diferentes distribuições de faixa de renda, como poderemos ver no Quadro I, pois como já mencionado, é uma área de grande contraste sócio-econômico.

Quadro I. Rendimento médio mensal, em salários mínimos, do chefe do domicílio, por bairro da AP 2.2, ano de 1991.

Bairro	Sem rend.	Até 1	+ de 1 a 3	+ de 3 a 5	+ de 5 a 10	+ de 10 a 20	+ de 20	Não inf.
Praça da Bandeira	1,8	8,8	26,7	16,6	24,9	15,2	5,3	0,8
Tijuca	2,8	5,2	18,7	11,7	23,9	24,2	13,1	0,4
Alto da Boa Vista	5,4	8,9	41,2	13,4	13,8	8,2	8,1	1,0
Maracanã	2,6	5,3	15,9	13,2	26,7	25,0	10,7	0,3
Vila Isabel	3,7	8,1	20,7	13,3	25,0	20,4	7,9	0,8
Andaraí	2,7	8,8	23,1	13,4	24,2	19,7	7,6	0,3
Grajaú	2,2	6,3	17,5	11,3	24,4	24,8	12,6	0,8

Fonte: Anuário Estatístico, IPLAN Rio, 1995 -1997

CAPÍTULO 5

O Estudo do caso do Programa de Saúde da Família no Morro do Borel – PSF Borel.

5.1 A História do Morro do Borel.

O Morro do Borel faz parte do Complexo do Borel – Morro do Borel, Morro da Casa Branca e Morro da Chácara do Céu. O Complexo possui entradas pelos números 400 e 572 da rua São Miguel, Tijuca, fazendo parte da VIIIª RA, AP 2.2.

A ocupação do Morro do Borel ocorreu por volta de 1921, quando houve remoção dos Morros de Santo Antônio e do Castelo e grande movimentação na cidade como nos referimos anteriormente (Gomes, 1980, p.05).

O morro oferecia razoáveis condições de moradia, e lá residiam bons negociantes, que aproveitando o momento sócio político desmataram rapidamente parte da área e construíram casas de madeira e barro para alugar. O negócio de aluguel de barracos transformou-se em uma atividade rentável e foi passada de negociante para negociante, até ser “vendida”, em 1945, para a imobiliária Borel Meuron Ltda, que tinha interesse em desalojar os antigos moradores e iniciar um grande projeto imobiliário na área.

Os moradores receberam ordem de desocupação da área em que viviam há mais de vinte anos, porém organizados, resistiram enfrentando os poderosos donos da imobiliária e a polícia. Em 21 de abril de 1954, este núcleo de resistência orientado pelo jurista Dr. Antoine Magarinos Torres Filho, fundou a União dos Trabalhadores Favelados – associação que uniu durante anos os bravos habitantes do morro, na luta pela posse das suas terras e melhoria da qualidade de vida. Do ano de 1954 a 1958 ocorreu grande processo de demarcação de lotes, após sucessivos conflitos da comunidade com os proprietários da imobiliária, a polícia Distrito Federal e o Exército. (Gomes, 1980, p 55)

A comunidade, politicamente organizada, elegeu o jornalista José Gomes Talarico, ao cargo de Deputado Federal em 1962, que levou as reivindicações do Borel ao Presidente da República, conseguindo a suspensão do antigo mandato de despejo. (Gomes, 1980, p. 68)

Durante a década de 70, iniciou-se no morro, um trabalho comunitário realizado por integrantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB). O Partido levou médicos e outros profissionais que colaboraram com o trabalho das lideranças locais – foram montados escritório de advocacia gratuita, oficinas de teatro, cine clube, aulas de capoeira, cursos educacionais etc... A igreja, também muito forte, trabalhou com inúmeras ações sociais. (Condutores de Memória, 2001)

Desde o ano de 1952, havia no morro a Rádio Cipó, que convocava os moradores para as assembléias e mantinha todos informados sobre as novidades do dia. Nos anos 70, foi criado o jornal Folha do Borel, trabalho integrado entre a comunidade e intelectuais do PCB.

As terras do Morro do Borel foram revendidas pela Borel Meuron Ltda ao governo do Estado em 1982, que emitiu títulos de posse a mil novecentos e cinqüenta e seis moradores em 1985 (CEAB/SETH). O morro, de relevo acidentado e íngreme, recebeu obras de contenção de encostas em 1988 e foi contemplado pelo Programa Favela Bairro em 1995. Atualmente, tem como entrada principal o número 500, da rua São Miguel, endereço da Associação de Moradores.

Na década de 80, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro em conjunto com um grupo de médicos do Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão (responsável sanitário pela área da VIIIª RA) iniciou atendimento clínico nas áreas de pediatria, ginecologia e clínica médica, ocupando uma pequena sala de propriedade da Associação de Moradores no interior da comunidade. Esta ação se estendeu por quatro anos e iniciou todo um trabalho de parceria e de integração da rede pública de saúde com a comunidade.

5.2 Resultados Identificados no Estudo do PSF Borel

5.2.1 A implantação do PSF.

O Morro do Borel entrou na agenda da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro em 1998, como área de escolha para implantação do PSF por ser uma comunidade que já possuía implantado o Programa Favela Bairro (ainda que de forma parcial), havia tido exitosa experiência, no passado, de organização política e social, e iniciado ações em saúde. Existia por parte dos técnicos da SMS o compromisso de resgatar o trabalho interrompido há alguns anos.

O local acordado (participação da Coordenação de Saúde da Comunidade, Coordenação de Saúde da Área, Associação de Moradores) para instalação da USF foi o CIEP Antoine Magarinos Torres Filho - localizado na rua São Miguel s/nº, em frente ao Complexo do Borel, ao qual é ligado por uma passarela que permite o acesso direto ao morro - a passarela possui rampas e escadas.

A USF foi criada em uma área sob os pilotis do CIEP, que recebeu obras de adequação, é composta por sala de imunização, sala de curativo, três consultórios clínicos, um consultório odontológico com espaço para duas cadeiras, uma sala de esterilização com expurgo, uma sala de administração, um depósito, três banheiros (sendo um acoplado a um consultório clínico), uma cozinha, área de circulação interna e área descoberta na parte externa, destinada à espera dos pacientes.

Inicialmente o trabalho no morro foi dimensionado para duas equipes de saúde da família. Os profissionais de nível superior e os técnicos foram selecionados pela Coordenação de Saúde da Comunidade da SMS, os agentes comunitários de saúde (oriundos da própria comunidade), foram selecionados pela equipe de nível superior do Programa em conjunto com profissionais do CMS Heitor Beltrão.

Para cada equipe foi contratado um médico (40hs), um odontólogo (20hs), um enfermeiro (40hs), um auxiliar de enfermagem (40hs), um agente administrativo (40hs) e seis agentes comunitários de saúde (40hs); a esses profissionais somaram-se uma assistente social (40hs), um técnico de higiene dental (40hs) e um atendente de consultório dentário (40hs). A assistente social assumiu a função de Coordenação local das equipes e os profissionais de nível médio ligados à saúde bucal, trabalharam integrados aos dois odontólogos.

As equipes iniciaram suas atividades em setembro de 1999, realizando em conjunto o cadastramento apenas dos moradores do morro do Borel. Até que o espaço no CIEP estivesse pronto foi cedido pela Associação de Moradores uma sala nas suas dependências para que a equipe pudesse se reunir diariamente. A USF foi “batizada” de PS Dr. Carlos Figueiredo Filho (homenagem prestada ao Dr. Carlos, antigo médico da comunidade) e inaugurada em fevereiro de 2000 passando a abrigar os profissionais, iniciando-se a partir dessa data, as ações propostas pelo Programa.

A USF iniciou seu funcionamento de 2ª a 6ª feira, no horário de 8:00 às 17:00 horas, e eventualmente aos sábados e/ou domingos quanto situações de excepcionalidades apontassem a necessidade de trabalho no final de semana – foi acordado o esquema de folga semanal compensatória para o profissional que trabalhasse no final de semana extrapolando sua carga horária semanal.

Foram cadastradas, naquele momento, 1.964 (mil novecentos e sessenta e quatro) famílias, totalizando 7.446 (sete mil quatrocentos e quarenta e seis) habitantes subdivididos em nove microáreas. O cadastramento foi atualizado no primeiro trimestre de 2002, contabilizando 2.513 (duas mil quinhentos e treze) famílias, com um total de 9.061 (nove mil e sessenta e um) habitantes (SIAB/DATASUS).

Neste período surgiu a primeira dificuldade que foi gerada por antigos conflitos entre as comunidades do Complexo do Borel. Os moradores da Chácara do Céu (parte mais alta do complexo) e Casa Branca (localizada a leste, no

complexo), havia algum tempo não se “relacionavam” bem com os moradores do Borel, o que impediu a circulação das equipes e impossibilitou a realização do cadastramento, e identificação de áreas e famílias de risco no complexo, como um todo. Mesmo contando com a perseverança dos agentes comunitários e das tentativas de negociação da equipe de apoio da Coordenação de Saúde, do CMS Heitor Beltrão, e de algumas lideranças locais, na ocasião, não foi possível realizar o cadastramento global.

Foi, então, decidido pelos técnicos da Coordenação de Saúde da Comunidade que os moradores dessas outras duas áreas seriam inseridos nas ações do Programa caso desejassem, ou seja, seriam cadastrados por adesão. Somente em janeiro de 2002 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Morro da Casa Branca (PACS Casa Branca), que iniciou suas atividades, trabalhando com as famílias da comunidade do Morro da Casa Branca e Chácara do Céu. A equipe foi formada com 01 enfermeira e 06 ACS, para uma população cadastrada de 970 habitantes, tendo como unidade de apoio e referência para atendimento médico, odontológico e imunização, o CMS Heitor Beltrão.

5.2.2 A Gestão Administrativa.

Foi celebrado em 04 de junho de 1999, ‘Convênio de Cooperação Técnico Científica entre a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, através da Secretaria Municipal de Saúde, e a Associação de Moradores do Morro do Borel, visando a implantação do Programa de Saúde da Família, estruturação da porta de entrada dos usuários na rede básica, prestação de assistência integral aos moradores, desenvolvimento de ações programáticas nível I e garantia de assistência familiar para domicílios de risco’. O Convênio tinha vigência de um ano e possibilidade de prorrogação por período igual, através de termo aditivo. O valor

estimado para os repasses dos recursos pactuados seria de R\$ 37.506,00 (trinta e sete mil quinhentos e seis reais) mensais. O convênio recebeu aditivo em maio de 2000 para pagamento de encargos trabalhistas.

Os gestores locais, Presidentes da Associação de Moradores, eleitos pelos moradores inscritos na Associação, não receberam nenhum tipo de capacitação para a execução das tarefas administrativas e tiveram, muitas vezes que lidar com mudanças na política local, sofrendo toda a sorte de pressão dos poderes paralelos locais, muitas vezes grupos rivais que se alternam no poder (houve mudança do gestor local, aproximadamente um ano após o início do trabalho, do PSF, após novo processo eleitoral realizado na comunidade).

Em outubro de 2001, o Convênio entre a Prefeitura e a Associação de Moradores do Morro do Borel foi extinto, e firmado novo documento com a FENSPTEC – Fundação de Ensino, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Cooperação à Escola Nacional de Saúde Pública, entidade idônea, administrativamente capaz, porém pouco sensível e distante dos profissionais do Programa e da comunidade, o que tornou por vezes difícil o entendimento das necessidades locais, e o processo de negociação muito burocrático. O valor mensal destinado ao Programa foi de R\$ 67.677,86 (sessenta e sete mil, seiscentos e setenta e sete reais e oitenta e seis centavos), incluindo previsão orçamentária para contratação de uma nova ESF para iniciar o PSF nas comunidades da Casa Branca e Chácara do Céu (prazo de vigência do novo Convênio, 01/09/01 a 31/08/03).

Escorel e colaboradores, na Avaliação da Implementação do PSF em Dez Centros Urbanos (op.cit.), relatam:

“Observou-se nos casos estudados a experimentação de diversos modelos de vinculação institucional para gestão de recursos humanos concomitante à preservação do regime do servidor público estatutário. As modalidades de contratação de profissionais para compor a equipe se caracterizam, em alguns casos, pela informalidade ou precariedade de vínculo

empregatício, que implicou em uma relação jurídica que eliminou os direitos sociais garantidos pela CLT.” (Escorel, p.151)

No caso do PSF Borel, o convênio assinado com a Associação de Moradores, e a FENSPTEC (gestores locais, contratantes), previu a legalidade do ato contratual, sendo os profissionais admitidos segundo o regime da CLT. Porém, apesar do aspecto legal dos contratos os problemas ocorridos em relação à administração de recursos humanos foram decorrentes da irregularidade do período do mandato dos representantes legais de ambas as Instituições, bem como os critérios de nomeação decorrentes do processo político que gera a escolha destes gestores.

Os diferentes perfis, projetos e compromissos dos gestores locais acabaram interferindo de forma negativa no processo de gestão de recursos humanos, apesar da formalidade do vínculo empregatício.

5.2.3 A Gestão Patrimonial.

Uma questão importante, que até os dias de hoje, tem sido discutida em várias instâncias da SMS, (de acordo com o explicitado pelos técnicos da secretaria), é a competência da gestão patrimonial da USF. Não foi autorizado pela SMS termo aditivo no contrato de vigilância do CMS Heitor Beltrão (Unidade Mãe do PSF Borel), para que pudessem ser contratados vigilantes para o zelo do imóvel e do material permanente lá existente, e que são inventariados junto aos bens de patrimônio do CMS.

A Direção do CMS e a CAP tiveram alguns problemas relativos ao desaparecimento de material permanente, que teoricamente estariam sob sua guarda, apesar da USF não se encontrar fisicamente sob o olhar de ambos, estando mais próxima à comunidade, e com entrada única pelo CIEP (pelo mesmo

portão transitam os escolares e os usuários do Programa) e exposta a furtos, e a depredações, que infelizmente por algumas vezes ocorreram.

Da mesma forma, a manutenção da estrutura predial da USF trouxe alguns problemas de difícil solução, pois, por estar a USF incorporada ao CIEP, prédio administrado por outra Secretariada (Secretaria Municipal de Educação), e cuja obra premiada, de autoria do arquiteto Oscar Niemeyer, não pode sofrer nenhuma modificação sem a autorização do Escritório do arquiteto e da Secretaria Municipal de Educação; a manutenção da estrutura está a cargo das duas Secretarias (Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação).

5.2.4. A Gestão dos Recursos Humanos.

Nos primeiros meses de trabalho, ocorreu certo grau de desarmonia entre os profissionais das duas equipes, por motivos vários, entre os quais destacamos: dificuldade no relacionamento com os agentes comunitários de microáreas consideradas críticas; e a ausência de proposta, clara, de trabalho para os profissionais da saúde bucal (o que ocasionou muitos problemas internos e conflitos entre os profissionais da ESB, a Chefia de Odontologia do CMS Heitor Beltrão, a CAP, e a Coordenação de Saúde Bucal da SMS).

Outra questão relacionada à gestão de pessoal relatada foi a necessidade de intenso treinamento dos médicos e enfermeiros nos Programas de Saúde Coletiva da SMS, pois foi verificada a ocorrência de atendimento “viciado”, com aumento da captação seletiva de acordo com o perfil técnico do profissional. Houve saída de profissionais para trabalho em outros municípios e estados, aonde a remuneração era mais vantajosa, tornando-se necessário refazer o treinamento a cada chegada de um novo profissional.

Por este motivo (melhor remuneração em outras áreas), no primeiro ano de trabalho se desligaram da equipe um médico, e os dois enfermeiros. Ao término do segundo ano de implantação do PSF, toda a equipe técnica e parte dos

ACS haviam sido substituídos, pelo gestor local, Presidente da Associação de Moradores; neste caso, as substituições ocorreram após um grande conflito entre os profissionais, que envolveu, inclusive, a comunidade com a participação de algumas lideranças da área.

A este respeito, a pesquisa de Escorel (op.cit.), cita que:

“A rotatividade ou não fixação dos profissionais de saúde no Programa é um fator de não sustentabilidade do Programa para muitos de seus estudiosos. (...) estudos econômicos indicam que períodos superiores a um ano de permanência no trabalho sugerem fixação. Observou-se um índice de rotatividade não muito elevado com base no percentual de integrantes das ESF com até 12 meses de atuação. A ampliação do mercado estabelece vantagens comparativas, que exige novas estratégias.(como capacitação, educação permanente,vínculo empregatício).” (Escorel, 2002, p.156)

Pode-se relatar, observando o horário de funcionamento da USF, que de certa forma ocorre reproduz o modelo tradicional de atenção de algumas unidades convencionais da SMS. Talvez, a manutenção estática do horário de trabalho, ou seja, fazer funcionar a USF de segunda a sexta-feira de 8 às 17 horas (final de semana só em condições excepcionais), torne o trabalho seletivo, e pouco oportuno para uma parcela da população.

Também, pode-se observar durante as visitas à USF para a realização das entrevistas, que, no tocante a faixa etária e gênero, o maior número de usuários que lá estavam, eram mulheres, de faixa etária baixa (mães com crianças) ou já aposentadas, e homens na terceira idade; assemelhando-se muito a clientela usuária das unidades tradicionais.

De acordo com informações da CAP 2.2, ocorreram no PSF Borel, alguns períodos de descontinuidade no trabalho, atribuídos à ausência de profissionais (principalmente profissional médico, que mostrou ser a categoria mais difícil de ser repostada, por questões do perfil de profissional para as ações do Programa), e entraves gerenciais da verba do convênio – houve atraso no

pagamento dos profissionais no período de maio a agosto de 2001, como também, no período de mudança do Convênio Associação de Moradores/FENSPTEC em outubro de 2001, houve descontinuidade na prestação do atendimento, pois toda a equipe ficou sem receber os vencimentos do último trimestre de 2001, recebendo-os de forma parcelada, somente no início do ano de 2002.

5.2.5 Acompanhamento do processo de trabalho do PSF Borel.

Observou-se a existência de grande número de técnicos da SMS envolvidos no acompanhamento do trabalho das ESF, gerando orientações diversas, em diferentes tempos, e por vezes contraditórias.

O PSF Borel é acompanhado pelos seguintes técnicos:

1) Gestor local: inicialmente era o Presidente da Associação de Moradores, com a responsabilidade de contratar, demitir, apontar novos profissionais para contratação, controlar a frequência, efetuar o pagamento dos salários até o quinto dia útil de cada mês, providenciar material de consumo para utilização na USF (como material de limpeza, xerox, material de escritório etc.). O gestor recebia o um valor relativo a 6% do depósito mensal, como taxa de administração. Quando a administração passou a ser realizada pela FENSPTEC, as mesmas tarefas passaram a ser executadas, excetuando-se a responsabilidade pelo material de consumo utilizado, e a conservação e limpeza da USF que passaram a ser competência da Direção do CMS e da CAP (parte da verba de manutenção das unidades próprias foi repartida com a USF).

2) Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão: o CMS foi nomeado responsável técnico pelo Programa, e denominado de Unidade Mãe (como já era apelidado por ser responsável técnico e administrativo das duas UACPS que funcionam na sua área de abrangência sanitária - UACPS Nicola Albano, no Alto da Boa Vista e UACPS Prof. Júlio Barbosa, no Morro da Formiga), com funções de: inventariar em seu nome todo material permanente da USF; providenciar abastecimento de todos os insumos (medicamentos, vacinas, material para a odontologia, de curativo, artigos de papelaria etc.). Foi, também, designado para providenciar treinamento para os profissionais que necessitarem/solicitarem; viatura para e entrega de material orgânico coletado na USF e entregue no Pólo de Laboratório da área (PAM Hélio Pellegrino); supervisionar a ações do Programa e acompanhar situação epidemiológica da área.

3)Coordenação de Saúde da Área (S/SSS/CAP 2.2): a Coordenação de Saúde é subordinada diretamente a Superintendência de Serviços de Saúde da SMS (S/SSS). A equipe de técnicos da CAP ficou responsável pela interlocução entre as equipes e a Coordenação de Saúde da Comunidade da SMS; a inclusão das ESF nas atividades de promoção de saúde coletiva na área (eventos, cursos, treinamentos); avaliação da prestação de contas do Convênio, (durante o período em que a gestão local foi da Associação de Moradores).

4)Coordenação de Saúde da Comunidade (S/SSC/CSC): composta por um grupo de técnicos, e subordinada diretamente a Superintendência de Saúde Coletiva da SMS (S/SSC). A equipe de técnicos da Coordenação de Saúde da Comunidade é responsável pela implantação, acompanhamento, e avaliação do processo de trabalho de todas as equipes do Programa de Saúde da Família, e Programa de Agentes Comunitários de Saúde do município do Rio de Janeiro.

5.2.6 A Avaliação da Utilização do Sistema de Informação de Atenção Básica do PSF Borel

O Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) é o sistema de informação que foi especialmente criado pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento dos Programas de Atenção Básica (PACS e PSF).

No PSF Borel, segundo informações dos técnicos da CAP 2.2, o SIAB foi implantado em novembro de 2000, com a digitação executada pelo nível central da SMS a partir da entrega dos relatórios SSA2 e PMA2 (o relatório SSA2 consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada micro área; e o relatório PMA2 consolida a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras por micro-área – entre outras, Valvulopatias Reumáticas; Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Doença Hipertensiva Específica da

Gravidez (DHEG) forma grave, Meningite Tuberculosa, Gravidez em menores de vinte anos, Hospitalizações em menores de cinco anos, Óbitos em menores de um ano, de mulheres em idade fértil, em adolescentes por causas violentas).

As planilhas são preenchidas pelos ACS, quando de suas visitas domiciliares, e consolidadas manualmente pelas enfermeiras responsáveis pelo acompanhamento do trabalho dos ACS, ou pela assistente social coordenadora da USF (gerando assim os relatórios SSA2 e PMA2); sendo mensalmente entregues na Coordenação de Saúde da Comunidade da SMS. Alguns dos relatórios utilizados pelas ESF estão colocados em anexo (anexo3,p.91).

O banco de dados do SIAB Borel possui alguns dados incompletos: em relação ao ano de 2000, só existem informações referentes aos meses de novembro e dezembro; em relação ao ano de 2001 faltam as informações referentes a julho e dezembro; em relação ao ano de 2002, os dados disponíveis não incluem os meses de janeiro e março (para este trabalho foram coletados dados até o mês de outubro/02, inclusive).

Além do SIAB, a CAP 2.2 relata a utilização, durante alguns meses, do SIGAB (Sistema de Gerenciamento Ambulatorial), que faz parte da avaliação da atenção prestada pelas unidades básicas convencionais, e permite a alimentação do Sistema de Informações do SUS (Sistema SIA/SUS). A digitação concomitante do SIGAB permitiu avaliar os indicadores de produção das ESF, como número de consultas, número de visitas domiciliares etc. A digitação do SIGAB foi por várias vezes interrompida, por falta de profissional para digitação dos dados e equipamento na USF (a digitação tinha que ser realizada fora do módulo, causando transtornos ao fluxo normal de trabalho do PSF).

A mesma percepção, em relação à informação disponível para o gerenciamento das ações, foi observada na pesquisa de Implantação do PSF em Grandes Centros, que faz referência ao SIAB, como um sistema de informação elaborado para um Programa sem articulação com os demais sistemas de informação; exigindo múltipla alimentação de sistemas, especialmente o SIA/SUS,

e que os procedimentos cobertos pelo SIAB não dão conta da totalidade das atividades dos profissionais, nem favorecem a observação da integralidade da assistência proposta pelo município.

Reforçando o exposto pelo trabalho, observou-se que o SIAB não permite o acompanhamento da comunidade, pois, além da limitação, já citada, o sistema é alimentado por dados agregados, o que impede a avaliação do impacto das ações sobre a saúde dos indivíduos.

A seguir o trabalho se propõe a comentar os Indicadores para Acompanhamento da Atenção Básica do Programa de Saúde da Família, de acordo com publicação do Ministério da Saúde em julho de 2000, ano de referência, 1999 (Diário Oficial da União, nº 136-E, segunda-feira, 17 de julho de 2000, Seção 1, p.18-20), e os resultados alcançados pelo PSF Borel (extraídos das informações contidas nos Relatórios do SIAB/DATASUS, anos de 2000, 2001 e 2002 -janeiro a outubro, inclusive).

Interessante ressaltar que o número de indivíduos utilizado para o cálculo de alguns indicadores é constante durante todo o ano, ou seja, o denominador não varia, pois o cadastro da população não é atualizado mês a mês.

- Indicador 1: percentual da população coberta pelo Programa.

Valor do indicador para o Brasil: 11,57%. Parâmetro: tendência crescente.

Este indicador não será utilizado para comparação, pois representa, para o Brasil, a cobertura obtida para o conjunto dos estados e não a cobertura alcançada pelas ESF, que se espera seja 100%.

- Indicador 2: percentual de equipes com informação completa no período.

Valor do indicador para o Brasil: no momento, não se aplica porque o indicador ainda não está totalmente disponível em alguns estados do país.

Parâmetro

100%.

Tabela I Resultados dos Indicadores da população coberta pela USF Borel. Indicadores 1 e 2 (informação disponível no período 2000 – 2002).

Indicadores	Desejável	Alcançado pelo PSF Borel
% pop. coberta	—	toda comunidade foi cadastrada (100%)
% equipes com informação completa	100%	houve falhas na informação.

Fonte: SIAB/DATASUS

Observamos a ausência de algumas informações referentes aos meses de julho e dezembro de 2001, e, janeiro e março de 2002. Estas falhas aconteceram por problemas internos e externos ao trabalho das ESF, como a paralisação do atendimento por atraso na remuneração mensal, ou devido a situações de tensão na comunidade; e desmonte da equipe, com dificuldade na seleção de novos profissionais.

Todos os moradores podem ter acesso a USF, embora os números observados nos relatórios do SIAB mostrem baixa captação do PSF, como pode ser observado na Tabela II, a seguir.

Tabela II USF Borel - Consultas Médicas e Procedimentos, (informação disponível no período 2000- 2002).

Consultas Médicas e Procedimentos.	2000	2001	2002(jan/out.)
Total geral de consultas (1)	506	2.171	1.851
Total de pessoas (2)	8.957	8.957	8.941
Média de consultas na área (3)	0,6	0,24	0,21
Atendimento grupo educação/saúde (4)	16	62	43
Procedimentos coletivos (5)	05	03	42
Reuniões (6)	22	61	82

Fonte: SIAB/DATASUS

Para melhor compreensão da Tabela II, a cima, é importante esclarecer que:

1)Total Geral de Consultas: refere-se ao total geral de consultas médicas dos residentes na área;

2)Total de Pessoas: refere-se ao número de pessoas cadastradas na área;

3)Média de Consultas na Área: refere-se a média mensal de consultas médicas (todas as faixas etárias), na área;

4)Atendimento em Grupo para Educação e Saúde: refere-se ao número de atendimentos em grupo para desenvolvimento de atividades de educação em saúde - considera-se como grupo aqueles que contam com no mínimo dez participantes e duração mínima de trinta minutos; pode ser realizado por profissionais de nível superior ou médio;

5)Procedimentos Coletivos: refere-se ao conjunto de procedimentos, de promoção e prevenção em saúde bucal – bochechos fluorados, higiene bucal supervisionada, atividades educativas em saúde bucal;

6)Reuniões: refere-se ao registro do número de reuniões realizadas pelos ACS, que contaram com a participação de dez ou mais pessoas, e duração mínima de trinta minutos, com o objetivo de informar, discutir estratégias de superação de problemas de saúde, e contribuir com a organização comunitária.

- Indicador 3: percentual de crianças menores de 1 ano com o esquema vacinal básico em dia. Valor do indicador para o Brasil: 85,6% de menores de 1 ano com esquema vacinal básico em dia.Parâmetro, tendência crescente.

- Indicador 4: percentual de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo. Valor do indicador para o Brasil: 61,25% dos menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo. Parâmetro, tendência crescente.

- Indicador 5: prevalência de desnutrição em menores de 2 anos.

Valor do indicador para o Brasil: 12,04% dos menores de 2 anos desnutridos. Parâmetro, tendência decrescente.

Os Indicadores 3, 4, 5, avaliam a atenção prestada à saúde da criança, pelo
PSF Borel.

Tabela III Resultados dos Indicadores da população coberta pela USF Borel. Indicadores 3, 4 e 5 (informação disponível no período 2000 – 2002).

Indicador	Valor Desejável	Valor Alcançado pelo PSF Borel (média dos anos 2000, 2001, 2002)
% < 1 ano com esquema vacinal completo	85,6	92,6
% < 4 meses com aleitamento materno exclusivo	61,25	49,3
Prevalência de desnutrição em < 2 anos	12,04	4,13

Fonte: SIAB/DATASUS

Embora tenha decrescido entre os anos de 2001 e 2002, a cobertura do Programa de Imunização foi além do preconizado pelo Ministério da Saúde, seguindo o padrão da área. Vale ressaltar que a cobertura vacinal da VIII^a RA é tradicionalmente superior a 100% para todo o esquema básico, pois a área tem tradição na prestação desta atenção, que se torna ampliada por demanda de crianças fora de área.

O indicador que avalia o incentivo ao aleitamento materno encontrava-se abaixo da meta esperada nos anos de 2000 (37,50%), e para 2001 (48,94%), porém as proporções observadas no período apresentam-se em crescimento, com acréscimo de quase 100% em relação ao primeiro ano avaliado, (61,54% no ano de 2002). Esta observação, provavelmente, traduz o trabalho das ESF na conscientização das mulheres da comunidade sobre a importância do aleitamento materno exclusivo.

A prevalência da desnutrição é baixa, apesar da população do morro estar atualmente mais empobrecida, a grande Tijuca não é área de extrema pobreza (existe muita oferta de empregos, formais e informais, no entorno da comunidade do Borel, devido ao Pólo Comercial da área, e ao expressivo número de prédios e residências de classes sociais mais elevadas).

Adicionalmente, na AP quase todas as unidades básicas de saúde têm o Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) implantado há alguns anos, o que pode estar contribuindo para diminuição do número de crianças e gestantes desnutridas. O PSF não trabalha, ainda, com esta ação, porém existem na comunidade do morro cinco creches e cinco “unidades de mães crecheiras”, aonde se supõe, que as crianças recebam suporte nutricional adequado.

- Indicador 6: percentual de cobertura de pré-natal.

Valor do indicador para o Brasil: 83,6% das gestantes com consulta de pré-natal no mês. Parâmetro, tendência crescente.

A Média de cobertura nos anos analisados é de 92,0%. O Programa tem se mantido dentro da meta, com crescimento de cobertura e do número de consultas oferecidas às gestantes. No ano de 2000, foram cadastradas 92 gestantes, e oferecidas 127 consultas de pré-natal (média no ano de 100%); já em 2001, o número de consultas elevou-se para 580, com média anual de 48 gestantes cadastradas/ mês (média no ano de 85,11%); e em 2002 a média de gestantes cadastradas foi de 35/mês, com o total de 115 consultas de pré-natal oferecidas (média no ano de 91,18%).

Ao observarmos o número de mulheres em idade fértil, de acordo com o cadastramento da comunidade - no ano de 2000 existiam 2.110 mulheres na faixa de idade de 15 a 49 anos (soma das faixas etárias de 15/19 anos, 20/39 anos e 40/49 anos); e no recadastramento da comunidade em 2002, 2.288 mulheres

nessas faixas de idade -, e compararmos com a média mensal de gestantes atendidas, podemos supor que a captação para o pré-natal esteja baixa.

- Indicador 7: taxa de hospitalização por pneumonia em menores de 5 anos.

Valor do indicador para o Brasil: 30,08 internações por pneumonia de menores de 5 anos por 1000 menores de 5 anos cadastrados. Parâmetro, tendência decrescente.

- Indicador 8: taxa de hospitalização por desidratação em menores de 5 anos.

Valor do indicador para o Brasil: 19,37 internações por desidratação de menores de 5 anos, por 1000 menores de 5 anos cadastrados. Parâmetro, tendência decrescente.

- Indicador 9: taxa de mortalidade infantil por diarreia.

Valor do indicador para o Brasil: 6,07 óbitos por diarreia em menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos. Parâmetro, tendência decrescente.

Tabela IV Resultados dos Indicadores da população coberta pela USF Borel, Indicadores 7,8, e 9 (informação disponível no período 2000 –2002).

Indicador	Valor Desejável	Valor alcançado pelo PSF Borel média dos anos 2000, 2001, 2002.
Taxa hospitalização por pneumonia < 5 anos	30,08	23,77
Taxa hospitalização por desidratação < 5anos	19,37	6,35
Taxa de Mortalidade Infantil por diarreia	6,07	0,0

Fonte: SIAB/DATASUS

Analisando o Indicador 7, verificamos que os valores observados na comunidade estão a baixo do esperado, embora com variações nos anos avaliados (2,03%, 15,72%, e 6,02%, respectivamente em 200,2001,2002). Para o ano de 2000, existe a limitação decorrente do número de meses informados, (pode-se pensar que a taxa muito pequena no ano deva-se, ao início das informações terem sido processadas a partir do mês de novembro, tendo ficado sem registro os meses de frio, nos quais a incidência das infecções respiratórias é historicamente maior).

Para o indicador 8, os dados obtidos para esta população parecem estar de acordo com a tendência da diminuição observada a partir da introdução da terapia de reidratação oral (soro reidratante dispensado na farmácia, ou uso de soro caseiro). O aumento de crianças em aleitamento materno exclusivo é um fator que pode estar contribuindo no resultado observado.

Em relação ao indicador 9, no PSF Borel, para o ano de 2000 há registro de 01 óbito de menor de um ano, por causa não descrita no relatório (óbito por outra causa que não Diarréia ou Infecção Respiratória Aguda). No ano de 2001, há registro de 04 óbitos de menor de um ano, também por causa não descrita no relatório (óbito por outra causa que não Diarréia ou Infecção Respiratória Aguda); e em 2002 não há relato de óbito de criança menor de um ano. O que tem sido observado na área, é uma diminuição dos óbitos infantis em decorrência de mortalidade por causas tardias (como diarréia e pneumonia); entretanto, a taxa de mortalidade neonatal permanece alta, representando o componente com maior peso na mortalidade infantil. O fato de outras causas de óbito infantil não estarem registradas deve-se à limitação dos dados SIAB.

- Indicador 10:visitação domiciliar do ACS por família:

Valor do indicador para o Brasil: 0,91 visita domiciliar mensal do ACS por família acompanhada. Parâmetro: 1 visita/mês.

Tabela V Resultados dos Indicadores da população coberta pela USF Borel, Indicador 10 (informação disponível no período 2000 –2002).

Indicador	Valor Desejável	Valor no PSF Borel Média de VD feitas pelos ACS
Visita Domiciliar do ACS por família	0,91	Ano 2000: 0,67 Ano 2001: 0,58 Ano 2002: 0,49

Fonte: SIAB/DATASUS

Dados do SIAB/DATASUS para o PSF Borel mostram que:

-A média de famílias acompanhadas no ano de 2000 foi de 332 famílias, com média de visitas realizadas de 224, e média de visitas por família de 0,67;

-No ano de 2001 a média de famílias acompanhadas cresceu para 1.794 famílias, com média de visitas realizadas de 1.048, e média de visitas por família de 0,58.;

-Em 2002 a média de famílias acompanhadas foi de 2.133, com média de visitas realizadas de 1.051, e média de visitas por família de 0,49;

Toda a população do morro do Borel foi cadastrada no segundo semestre de 1999, antes do início das ações do Programa, tendo a ESF refeito o cadastro durante o primeiro trimestre de 2002, para atualização da informação.

5.2.7 Avaliação da Pesquisa de Campo.

1) Primeira Etapa:

Entrevistas com os gerentes das unidades de saúde (unidades convencionais) localizadas nas cercanias da USF Borel, com o objetivo de avaliar a percepção dos diretores, sobre as mudanças ocorridas no processo de trabalho das unidades sob sua gestão, após a implantação do Programa de Saúde da Família na área. As entrevistas foram feitas em outubro de 2002 (anexo4,p.104).

Foram entrevistados 04 gerentes das unidades de saúde mais próximas a USF: o Diretor CMS Heitor Beltrão, Tijuca, distante 3 Km; a Chefe de pacientes externos do Hospital Municipal do Andaraí, no Andaraí, distante 4 Km; a Diretora de Divisão Médica do PAM Hélio Pellegrino, Praça da Bandeira, distante 5 Km; a Chefe da UACPS Nicola Albano, Alto Boa Vista, distante 7Km.

Foi possível observar que 75% dos gestores admitem ter havido um decréscimo na demanda das unidades, de pacientes moradores no morro do Borel. A diminuição do atendimento, porém, acontece de forma desigual, talvez na dependência do perfil da unidade; por exemplo: o Hospital Municipal do Andaraí relata ter percebido decréscimo na demanda do ambulatório de clínica médica, mas no Setor de Pronto Atendimento que funciona acoplado ao Setor de Emergência a demanda dos moradores da comunidade do Borel se mantém sem alterações, fato esperado, pois, trata-se de Hospital Geral com Emergência atendendo durante 24 horas todos os dias da semana. No CMS Heitor Beltrão foi observada diminuição da demanda para gineco-obstetrícia e pediatria; no PAM Hélio Pellegrino foi constatada queda na porta de entrada para a ginecologia e clínica médica. Somente na UACPS Nicola Albano, ainda não foi possível avaliar modificações.

Este trabalho tinha a seguinte hipótese inicial: "___não houve impacto real na demanda da Unidade com a implantação da USF Borel", porém observa-se que existe a percepção de que mudanças vêm acontecendo na área, no entanto, ainda não foi possível dimensioná-las.

2) Segunda Etapa:

Entrevistas com os profissionais da USF Borel, com o objetivo de avaliar o nível de compromisso com o trabalho e os fatores que facilitam/dificultam o desenvolvimento do Programa. As entrevistas foram feitas nos meses de junho e julho de 2002, com 19 profissionais do PSF Borel (anexo4,p.104).

A Tabela VI, a seguir, apresenta o perfil dos profissionais entrevistados, que compõem as ESF do Morro do Borel; e a Tabela VII, na página 70, faz uma análise de algumas questões consideradas significativas, em relação à inserção dos profissionais na USF Borel.

Tabela VI Perfil dos Profissionais das ESF do Borel.

Profissionais do PSF	Número	%
Sexo		
Feminino	15	79
Masculino	04	21
Idade		
20 a 39 anos	09	48
40 a 49 anos	08	42
50 a 59 anos	02	10
Escolaridade		
Nível Superior	08	42
Nível Médio	08	42
Ensino Fundamental	03	16
Categoria Profissional		
Médico	02	10,5
Odontólogo	02	10,5
Enfermeiro	02	10,5
Assistente Social	01	5,3
Agente de Administração	02	10,5
Auxiliar de Enfermagem	02	10,5
Agente Comunitário de Saúde	07	36,9
Auxiliar Consultório Dentário	01	5,3

Tabela VII Análise de algumas questões consideradas mais significativas, relativas à inserção dos profissionais nas ESF do Borel.

ESF	Número	Percentual
Conhecimento da Área		
Sim	16	84,2
Não	03	15,8
Tempo de Trabalho		
< 1ano	08	42,2
12 meses a 24 meses	02	10,5
> 2 anos	09	47,3
Seleção (inscrição)		
Banco da SMS	09	47,4
Banco da localidade	09	47,4
Outro modo	01	5,2
Treinamento antes de iniciar o trabalho		
Sim	13	68,4
Não	06	31,6

Como participação em atividades de educação continuada, 47,4% solicitaram capacitação durante o curso de suas atividades – desses, 55,5% receberam a capacitação solicitada, 33,3% não obtiveram nenhuma resposta para a solicitação feita, e 11,1% receberam parte da capacitação solicitada.

A Tabela VIII, a seguir, mostra a observação de questões mais significativas, relacionadas às ações desenvolvidas pelos profissionais da USF, dentro das diretrizes do Programa de Saúde da Família.

Tabela VIII Ações desenvolvidas pelos Profissionais das ESF do Borel.

ESF	Número	%
Integração com as Unidades da Área		
Todas	07	36,8
Algumas	10	52,7
Nenhuma	02	10,5
Freqüência de VD		
1 vez/mês	01	5,3
+ 1 vez/mês	05	26,3
Periodicidade irregular	11	57,9
Nunca fez	02	10,5
Encaminhamento para outra Unidade de saúde		
Nunca	04	21,0
Algumas vezes	14	73,7
Freqüentemente	01	5,3

Opinando sobre o nível de satisfação do usuário em relação ao trabalho do Programa, 63% acreditam que a comunidade não entende o que é o PSF, porém 52,6% acreditam que a comunidade está satisfeita com a atenção dispensada.

O próximo quadro, avalia a percepção que os profissionais do PSF Borel têm do trabalho desempenhado na USF Borel.

Tabela IX Percepção dos Profissionais, a respeito do trabalho, na USF do Borel.

ESF	Número	%	
Satisfação com o trabalho			
Sim	17	89,5	
Não	00	00	Q
Não Respondeu	02	10,5	uan
Opinião sobre os seguintes tópicos: obs:dois profissionais não responderam			
Participação na organização			
do trabalho			
Bom	16	84,2	inter
Regular	01	5,2	roga
Autonomia para decisões			
Bom	15	79,0	dos
Regular	02	10,5	sobr
Aprendizado Contínuo			
Bom	16	84,2	e a
Regular	01	5,2	rem

quada ou não para o trabalho executado), as respostas se dividiram igualmente (50% consideraram a remuneração boa, e outros 50% a remuneração regular); sendo que um profissional respondeu à questão, mas deixou este tópico em branco.

Em seu trabalho, Escorel (op.cit.) observa em relação à remuneração que:

“A maioria dos integrantes da ESF, nos centros urbanos estudados, não se percebe bem remunerada, em comparação com as suas atribuições no Programa. Baixas proporções de ACS consideram que há compatibilidade entre as suas atribuições e seu salário.” (Escorel, 2002, p.155)

A questão da violência na comunidade, tanto os conflitos entre grupos rivais disputando o poder na área, tanto quanto, os conflitos entre grupos de poder paralelo o poder constituído faz parar parcialmente o trabalho de 63,2% dos profissionais, e interrompe totalmente o trabalho de 26,3%. Observamos que 10,5% dos entrevistados não quiseram opinar sobre essa questão.

Este trabalho tinha a seguinte hipótese inicial: “__.os profissionais não estão satisfeitos com o trabalho”, mas esta hipótese não foi confirmada, pois, observou-se que os profissionais estão satisfeitos com o trabalho desempenhado no PSF Borel.

3) Terceira Etapa:

Entrevista com os usuários, moradores do morro do Borel, para saber do entendimento que tinham sobre o Programa de Saúde da Família, e da frequência de sua utilização. Foram entrevistados 56 usuários, na sala de espera da USF; as entrevistas ocorreram durante alguns dias dos meses de junho, julho e agosto de 2002 (anexo4,p.104).

Não foi possível entrevistar os usuários na comunidade, todos os que responderam as questões compareceram a USF para atendimento, seja porque haviam sido agendados previamente ou porque estavam na unidade com alguma queixa e aguardavam atendimento como encaixe do dia. Alguns haviam procurado a USF para vacinação ou curativo.

Tabela X Perfil dos Usuários da USF do Borel.

	Número	%
Sexo		
Feminino	43	76,8
Masculino	13	23,2

Idade		
15 a 19 anos	01	1,8
20 a 39 anos	22	39,3
40 a 49 anos	11	19,6
50 a 59 anos	01	1,8
> 60 anos	21	37,5
Escolaridade		
Sem escolaridade	10	17,8
Ensino Fundamental	36	64,3
Ensino Médio	08	14,3
Nível Superior	02	3,6

Quanto à profissão, as respostas foram muito diversas, sendo mais expressivas as seguintes profissões: 21,4% “do lar”, 10,7% empregadas domésticas, 5,3% recepcionistas, e 5,3% ajudantes de cozinha.

Quando perguntados sobre o PSF, 73,2% responderam que não conheciam a nova estratégia, porém 76,8% já haviam recebido, alguma vez, a visita do ACS no domicílio, e destes, 32,5% tinham recebido a visita do ACS nos últimos trinta dias. Dos moradores, alguma vez visitados, 67,4% haviam recebido agendamento para comparecimento a USF – principalmente para consulta médica, 51,7%. Em relação às visitas domiciliares pelos profissionais de nível superior (médico, dentista ou enfermeiro), somente 12,5% dos usuários referiram ter sido, alguma vez, por eles visitados.

Os moradores, responderam em sua maioria, 60,7%, não receberem e/ou não terem ciência, de que alguém da sua família recebesse algum tipo de insumo oriundo da USF.

Em sua pesquisa de Escorel (op.cit.), observou que:

“[...] a utilização da ESF/USF pelas famílias adstritas foi em geral elevada. Mais de 90% das famílias entrevistadas receberam, alguma vez, atendimento de profissionais da ESF. Observou-se, contudo, importante variação na proporção de usuários que receberam atendimento de profissionais da ESF nos últimos 30 dias da entrevista, 48% a 82%.(...) em dois municípios pesquisados, durante o mês anterior à realização da pesquisa, apenas cerca da metade das famílias entrara em contato para atendimento com algum profissional da ESF, o que indica que as visitas domiciliares pelos ACS não estão sendo realizadas com a frequência mensal. A grande maioria dos ACS dos casos estudados declarou realizar visitas domiciliares e as realizaram na semana anterior a pesquisa.” (Escorel, 2002, p.172)

A próxima Tabela mostra, como os usuários se comportam quando necessitam resolver suas questões de saúde.

Tabela XI Usuários que procuram por atendimento fora da USF do Borel.

	Número	%
Procura por outra Unidade de Saúde		
Sim	46	82,2
Não	10	17,8
Unidades procuradas		
CMS Heitor Beltrão	15	32,6
H.M.do Andaraí	15	32,6
PAM Hélio Pellegrino	05	10,9
UACPS Nicola Albano	03	6,5
H.M. Sousa Aguiar	02	4,3
H. U. Gafrée Guinle	01	2,2
H.U. Pedro Ernesto.	02	4,3
Policlínica Piquet Carneiro	01	2,2
H. G. Bonsucesso	01	2,2
Rede Privada	01	2,2

As sete unidades da área procuradas pelos moradores do Borel têm níveis de complexidade variados. As outras unidades do SUS, fora da área, procuradas foram o Hospital Geral de Bonsucesso (AP 3.1), e o Hospital Sousa Aguiar (AP 1). Observamos que 2,2% dos entrevistados utilizaram a Rede Privada.

Perguntados, se têm o hábito de conversar com os profissionais da USF sobre problemas na comunidade, 12,5% responderam positivamente, sendo que desses, 28,6% conversaram sobre o Dengue; 28,6% sobre lixo, entulho e

fossa;14,3% sobre água e esgoto; 14,3% sobre Dengue e lixo; e 14,3% sobre outros problemas de saúde.

Este trabalho tinha a seguinte hipótese inicial: “...os usuários não entendem a filosofia do Programa, e ainda procuram com freqüência as Unidades convencionais da área”. A idéia inicial foi mantida, uma vez que, observou-se que 73,2% dos entrevistados não entendem o que é o PSF, e 82,2% ainda procuram, unidades convencionais para resolução de seus problemas de saúde.

4) Quarta Etapa:

Entrevista com os técnicos da SMS que acompanham o Programa em diversos níveis de gestão, para avaliar o processo de trabalho e o acompanhamento das ESF (anexo4,p.104).

Observou-se que a Chefia do CMS Heitor Beltrão, responsável técnico pelo desempenho do Programa, informa estar em sintonia com a gama de tarefas adicionadas às suas antigas atribuições, após a implantação da USF – abastecimento dos insumos, grau de intervenção nas ESF, responsabilidade técnica, execução de treinamentos, adequada remuneração. Os Relatórios do SIAB são produzidos pela ESF, sem a participação dos técnicos do Centro de Saúde.

Da mesma forma, os técnicos da Coordenação de Saúde da AP 2.2, não avaliam a consistência dos dados dos Relatórios do SIAB, pois os Relatórios que alimentam o sistema, são entregues pela ESF diretamente na Coordenação de Saúde da Comunidade da SMS, e lá são digitados e remetidos ao Ministério da Saúde. A Coordenação de Saúde da Área só acessa as informações do SIAB após a divulgação dos dados pelo DATASUS.

Então, os dados gerados pelo SIAB não entram no planejamento da Coordenação de Saúde para intervenções na área da USF, de imediato. Fomos

informados que os dados do SIGAB são utilizados apenas para avaliação dos indicadores de produção (número de consultas, de visitas domiciliares etc...).

A Coordenação de Saúde da Comunidade da SMS (CSC/SMS) recebe os dados do SIAB diretamente dos técnicos das ESF, e os remete ao Ministério da Saúde. A Coordenação informa que utiliza os dados gerados com periodicidade irregular, acessando-os sempre que necessita responder a questões trazidas a seu conhecimento, e que necessitam algum tipo de intervenção (nesses momentos avalia a consistência da informação).

Este trabalho tinha a seguinte hipótese: “__.as informações geradas pelo SIAB não são utilizadas para o planejamento local”. Observou-se que, as informações são parcialmente utilizadas, uma vez que a Coordenação de Área não utiliza os dados do SIAB em seu planejamento local e a Coordenação de Saúde da Comunidade da SMS somente os utilizam para intervenções pontuais.

CAPÍTULO 6

Considerações Finais.

Como foi observado neste estudo, é consensual que a implantação da estratégia do PSF em grandes centros urbanos traz preocupações e dificuldades na adequação das ações de atenção à saúde das famílias, em seus locais de residência. São recorrentes questões afetas a seleção de profissionais com conhecimento técnico e perfil profissional para trabalhar em áreas de picos de tensão social e política; ao gerenciamento da USF, (com garantia da manutenção da infra-estrutura adequada e suficiente); a vivência do cotidiano das comunidades; ao planejamento e a avaliação do trabalho, a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica. Por sua importância na reformulação do sistema de saúde e, em especial, em grandes espaços urbanos, o PSF demanda uma atenção complexa e dependente do conhecimento técnico e da sensibilidade dos gestores do sistema.

No caso da comunidade do Borel, existiu uma história de lutas e de organização social e política na sua formação, que apontava a comunidade como terreno fértil para implantação do modelo de atenção que valoriza e privilegia a participação social, como eixo importante para o êxito das ações. Porém, nas últimas décadas, a organização da comunidade do Borel mudou - antigas lideranças já não estão mais presentes no morro, alguns dos novos líderes da comunidade são "importados" de outras localidades, o que mexe muito com os valores sociais locais; muitas famílias possuem estruturas diversificadas, e vivem uma realidade bastante diferente da que o trabalho descreveu no Capítulo 05; percebe-se um certo grau de banalização da violência, que parece fazer parte do cotidiano local.

Atualmente, o morro do Borel abriga grupos que exercem poder político-social local, em paralelo com os poderes constituídos, e por vezes tentam exercer

liderança nas comunidades vizinhas ao morro, causando distúrbios na área e conseqüentemente dificuldades às ações das ESF.

Apesar das mudanças gerenciais, a gestão local, parece ser problema não resolvido no PSF Borel, pois se o(s) Presidente(s) da Associação de Moradores (eleito(s) apenas por residentes cadastrados na Associação), necessitava(m) treinamento para gerenciar a USF, e poderia(m) ser contaminado(s) pelos poderes locais, o gestor distante, burocrático, que segue à risca o que reza o convênio, também parece não ser a solução, pois a falta sensibilidade e “jogo de cintura” para contornar situações não planejadas, que surgem no dia a dia da comunidade, causa entraves à rotina de trabalho das ESF, e pouca participação da comunidade.

A forma de contratação, também parece não estar atendendo às expectativas do Programa, apesar de no Borel, existirem garantias de trabalho oferecidas pela CLT. As questões relacionadas à violência na comunidade, o perfil do profissional (formação profissional), a remuneração, e a carga horária contratual (exclusividade de vínculo empregatício), têm dificultado a reposição de pessoal.

A porta de entrada parece ter grande peso nas atividades do PSF Borel uma vez que os moradores ocupam o morro há quase um século, e vêm mantendo antigas e estreitas parcerias com as Unidades de Saúde da área, - o CMS Heitor Beltrão (“Posto da Tijuca”), o PAM Hélio Pellegrino (“PAM Matoso” ou “PAM Praça da Bandeira”), o Hospital Municipal do Andaraí (“Hospital dos Marítimos”), o Hospital Universitário Pedro Ernesto, o Hospital Universitário Gafrée e Guinle. Com exceção do Centro de Saúde, todas as outras unidades têm como ponto forte do processo de trabalho, a investigação diagnóstica e/ou a prestação da atenção curativa.

É necessário que a USF Borel se reorganize para garantir a atenção integral, com a priorização das atividades de promoção e prevenção, mas não

ignore a prestação do atendimento no momento de adoecimento (casos agudos) para que o acesso a USF seja garantido em todas as situações.

O Sistema de Informação do PSF tem como a base dos dados os relatórios preenchidos pelos ACS, e consolidados manualmente pelo nível superior da USF. Os dados são implantados no sistema do MS, não havendo rotina de crítica ou avaliação da consistência. A Coordenação de Saúde da área, responsável pela administração e planejamento local, na gestão descentralizada, só fica ciente dos dados após a divulgação pelo DATASUS. Não foi relatada utilização da informação para planejamento e gerenciamento local por nenhuma instância da SMS.

Na AP 2.2, uma área urbana, densamente habitada, com grande número de prestadores (que com seus níveis de complexidade integram a rede de saúde, captando a população inclusive de áreas distantes), talvez seja mais adequada, para que haja melhor prestação de atenção primária, a reorganização do acesso com ampliação das clínicas básicas e uma maior sensibilização dos profissionais para as ações de promoção e prevenção. A melhor aproximação dos usuários às Unidades de Saúde, pode ser feita através do trabalho dos ACS, que orientados corretamente, fazem a ponte entre o cidadão e o sistema de saúde.

Desta forma a implantação do PSF em grandes centros urbanos é um desafio constante, para além das normatizações gerais que balizam as diretrizes do Programa, requer um olhar atento e específico para as dimensões locais, e uma capacidade de avaliação e reformulação constantes, que não está presente na cultura da gestão em saúde no nosso país, e nem observada no relato das experiências internacionais. Por outra via, os relatos de experiência do PSF e esta pesquisa reforçam a necessidade, já conhecida, de integração das políticas sociais, das quais a saúde é parceira, para o alcance de seus objetivos primeiros.

Referência Bibliográfica

Agenda Social Rio. **Almanaque do Meio Ambiente da Grande Tijuca**, Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), 1998, p. 01-60.

Brasil. Ministério da Saúde **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, nº 5, maio de 2002. Edição Especial, **50 milhões de brasileiros atendidos**.

_____. Ministério da Saúde **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, nº 6, dezembro de 2002. **PSF, avanços e desafios**.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Análise de Reestruturação de Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: padrões de custos e formas de financiamento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaborado por Sulamis Dain (Coord.); César Favoreto (Coord. Adjunto); Laura Tavares Soares, Rosângela Caetano, _ Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2000 Brasil Ministério da Saúde, **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, nº 4, janeiro de 2002. **Novos Horizontes**.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 128 p, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde –NOB/SUS 01/96**. Publicada no D. O. U. de 06/11/1996. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família – Saúde dentro de casa**. Programa de Saúde da Família. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/01**. Publicada no D. O. U. de 25/01/2001. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2002 **As Cartas da Promoção da Saúde**. . Consultado em 25/09/02.

Buss, P.M.; Labra, M.E. **Sistemas de saúde continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos**. Editora Hucitec, 1995.

Cavalcanti, M.L.T. **A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades**. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança), Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

Cohen, M.M. **O Modelo Assistencial no SUS – Niterói: Conflito e Pactuação Política no Processo de Integração do Programa Médico de Família**. Tese (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

Cohn, A, Elias P.E.M. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

Condutores de Memória, **Recordando e Construindo as Histórias da Chácara do Céu**. Informativo do Projeto de Condutores de Memória, Agenda Social Rio, setembro 2001.

Condutores de Memória, **Recordando e Construindo as Histórias do Borel**. Informativo do Projeto de Condutores de Memória, Agenda Social Rio, junho 2001.

Cordeiro, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS**. In: Brasil. Ministério da Saúde . Saúde da Família – Construindo um Novo Modelo. Cadernos de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, ano I, nº1, p.11-15, 1996.

Escorel, S. **Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Centros Urbanos, síntese dos principais resultados**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; coordenado por Sarah Escorel, com a colaboração de Lígia Giovanella, Maria

Helena Mendonça, Rosana Magalhães, Mônica de Castro Maia Senna. _ Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Feuerwerker, L.C.M.; Sousa, M. F. **Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.21,p.49-53, dezembro, 2000.

Gomes, M. **As Lutas do Povo do Borel**, Edições Muro, 1980, p.1-73.

Mattos, R. A **Desenvolvendo e Ofertando Idéias. Um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social - UERJ, 2000.

Mays, N.; Pope, C. **Qualitative Research in Health Care**. BMJ Publishing Group, 1996.

Pereira, S.R. **A Inserção dos Médicos no Programa de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro**. Tese (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria de Saúde, **“A Implantação da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: um desafio para o Sistema Único de Saúde nas Grandes Cidades”**, março, 2001, paginação irregular.

Radis Comunicação em Saúde, FIOCRUZ, nº 5, dezembro de 2002, **NOAS, MEDICAMENTOS, CEBES e ABRASCO**.

Rocha,N.S.P.D. **Análise do Programa Saúde da Família no Município de Natal-RN: Inovações Assistenciais?** Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, UERJ, 2000.

Rodrigues, C.R.F. **Participação e Atenção Primária em Saúde: O Programa de Saúde da Família em Camaragibe- PE (1994-1997)**. Tese de Mestrado. USP,1998.

Sader, E., Gentil, P. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

Seltiz, C. et alii. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965.

Senna, M. C. M. **Municipalização e Controle Social: o Programa Médico de Família em Niterói (1992-1994)**. Tese (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995.

Souza, S.P.S. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde. Um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família**. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, UERJ, 2001.

Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Trad, L.B.; Bastos, A C. **O Impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF); uma proposta de avaliação**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2): 429-435, abril-junho, 1998.

Viana, A L.; Dal Poz, M.R. **Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social-UERJ. Estudos em Saúde Coletiva n.166, outubro 1998. 35p.

ANEXOS

Anexo 1:

As Dez Áreas Programáticas (AP's), e as respectivas Coordenações de Saúde (CAP's) do Município do Rio de Janeiro

- Área Programática 1 (AP 1) - compreende os bairros do centro, Santa Teresa e Ilha de Paquetá – CAP 1;
- Área Programática 2.1 (AP 2.1) -compreende os bairros da orla marítima e zona sul da cidade – CAP 2.1;
- Área Programática 2.2 (AP 2.2) – compreende os bairros em torno da grande Tijuca, (zona norte) – CAP 2.2;
- Área Programática 3.1 (AP 3.1) – compreende os bairros da Ilha do Governador e bairros ao longo da estrada de ferro da Leopoldina, (zona norte) – CAP 3.1;
- Área Programática 3.2 (AP 3.2) - compreende os bairros em torno do grande Méier, (zona norte) – CAP 3.2;
- Área Programática 3.3 (AP3.3) - compreende os bairros em torno de Madureira e Irajá, (zona norte) – CAP 3.3;
- Área Programática 4 (AP4) - compreende os bairros da baixada de Jacarepaguá e Barra da Tijuca, (zona oeste) – CAP 4;
- Área Programática 5.1 (AP 5.1) - compreende os bairros em torno de Bangu, (zona oeste) – CAP 5.1;
- Área Programática 5.2 (AP 5.2) – compreende os bairros em torno de Campo Grande, (zona oeste) – CAP 5.2;
- Área Programática 5.3 (AP 5.3) - compreende os bairros em torno de Santa Cruz, (zona oeste) – CAP 5.3.

Anexo 2:**Rede SUS hospitalar e ambulatorial da AP 2.2 – unidades próprias e privadas/conveniadas.**

•Rede SUS hospitalar: Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), Hospital Universitário Gafrée e Guinle (HUGG/ UNIRIO), Hospital Municipal do Andaraí (SMS - hospital geral com maternidade, CTI, CTQ, Unidade Coronariana, ambulatório de especialidades e Emergência), Hospital Municipal Jesus (SMS - hospital infantil com CTI e ambulatório de especialidades pediátricas), Instituto Miguel Pedro (SMS – hospital clínico geriátrico, com ambulatório de geriatria, neurologia, odontologia e leitos gerontológicos), Hospital Luiza Gomes de Lemos (INCA/MS), CSTO (Centro de Suporte Terapêutico Oncológico, INCA/MS), Casa de Saúde Grajaú (privado conveniado - suporte hospitalar ao serviço de hemodiálise).

•Rede SUS ambulatorial: Instituto Oscar Clarck (SMS – medicina física e reabilitação); PAM Hélio Pellegrino (MS/SMS – policlínica, clínicas básicas e odontologia); Policlínica Piquet Carneiro (MS/SMS/UERJ - policlínica, clínicas básicas e odontologia); Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão (SMS - clínicas básicas, imunização, pólo de audiometria e otorrinolaringologia, odontologia, setor de epidemiologia com pólo de prevenção de raiva humana); Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella (SMS - clínicas básicas, imunização, odontologia, fonoaudiologia, saúde mental e setor de epidemiologia); Unidade de Atenção e Cuidados Primários em Saúde Prof. Júlio Barbosa (SMS – localizada no morro da Formiga, clínicas básicas e apoio ao PACS na comunidade); Unidade de Atenção e Cuidados Primários em Saúde Nicola Albano (SMS – localizada no Alto da Boa Vista, clínicas básicas, odontologia, nutrição, psicologia e apoio ao PACS); Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE, prestador privado/conveniado com atendimento e exames laboratoriais especializados); IBRM – Instituto de Reeducação Motora (privado/conveniado com atendimento especializado em reabilitação); Hospital Evangélico (privado/conveniado -

atendimento ao paciente renal crônico); Casa de Saúde Grajaú (privado/conveniado - atendimento ao paciente renal crônico); CAME (privado/conveniado - cirurgia ambulatorial oftalmológica); SOS SCAN (privado/conveniado - tomografia e ressonância magnética, pacientes referenciados pela central autorizadora da SMS); SERME (privado/ conveniado - atendimento fisioterápico); Laboratório de Histocompatibilidade da UERJ (exames laboratoriais especializados); Lito-Rio (privado/conveniado - litotripsia extracorpórea, pacientes referenciados pela central autorizadora da SMS); Clínica Radiológica Cajuti (exames radiológicos contrastados).

ANEXO 3:**Fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**

(PMA2; SSA2; Ficha A Cadastro de Moradores; Ficha B Acompanhamento de Diabéticos, de Gestantes, e de Hipertensos).

Relatório PMA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO _ _	UNIDADE _ _ _ _ _ _ _	ÁREA _ _	MÊS _ _	ANO _ _ _ _
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO					

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO			
C O N S M É D I C A	residentes fora da área de abrangência		
	residentes na área de abrangência da equipe	< 1	
		1 - 4	
		5 - 9	
		10 - 14	
		15 - 19	
		20 - 39	
		40 - 49	
		50 - 59	
	60 e mais		
Total			
Total geral de consultas			
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura		
	Pré-Natal		
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino		
	DST/AIDS		
	Diabetes		
	Hipertensão Arterial		
	Hanseníase		
Tuberculose			
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica		
	Radiodiagnóstico		
	Citopatológico cérvico-vaginal		
	Ultrassonografia obstétrica		
	Outros		
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado		
	Internação		

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	

	Hospitalar	
	Urgência/Emergência	
Internação Domiciliar		
<i>P</i>	Atendimento específico para AT	
<i>R</i>	Visita de Inspeção Sanitária	
<i>O</i>	Atend. individual Enfermeiro	
<i>C</i>	Atend. individual outros prof. nível superior	
<i>E</i>	Curativos	
<i>D</i>	Inalações	
<i>I</i>	Injeções	
<i>M</i>	Retirada de pontos	
<i>E</i>	Terapia da Reidratação Oral	
<i>N</i>	Sutura	
<i>T</i>	Atend. Grupo - Educação em Saúde	
<i>O</i>	Procedimentos Coletivos I (PC I)	
<i>S</i>	Reuniões	

VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	

<i>Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i>							
<i>ALC - Alcoolismo</i> <i>CHA - Chagas</i> <i>DEF - Deficiência</i> <i>DIA - Diabetes</i>	<i>EPI - Epilepsia</i> <i>GES - Gestação</i> <i>HA - Hipertensão Arterial</i>	<i>HAN - Hanseníase</i> <i>MAL - Malária</i>					

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

FICHA B - DIA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				ANO _ _ _ _
MUNICÍPIO _ _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO _ _	UNIDADE _ _ _ _ _ _ _ _	ÁREA _ _ _	MICROÁREA _ _	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

Identificação	Sexo	Idade		Meses						Observações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	
Nome: Endereço:			data da visita do							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma							
			data da última consulta							

FICHA B - DIA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				ANO _ _ _ _
MUNICÍPIO _ _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO _ _	UNIDADE _ _ _ _ _ _ _ _	ÁREA _ _ _	MICROÁREA _ _	NOME DO ACS:

ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

Identificação	Sexo	Idade		Meses						Observações
				Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma medicamento oral							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma medicamento oral							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma medicamento oral							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma medicamento oral							
			data da última consulta							

ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICO

Identificação	Sexo	Idade		Meses						Observações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma hipoglicemiante oral							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma hipoglicemiante oral							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma hipoglicemiante oral							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma hipoglicemiante oral							
			data da última consulta							

ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

Identificação	Sexo	Idade		Meses						Observações
				Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma hipoglicemiante oral							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma hipoglicemiante oral							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma hipoglicemiante oral							
			data da última consulta							
Nome: Endereço:			data da visita do ACS							
			faz dieta							
			faz exercícios físicos							
			usa insulina							
			toma hipoglicemiante oral							
			data da última consulta							

Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina			Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal									Fatores de risco	Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério																										
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8		9	NV	NM	AB	1	2																								
Nome:																																																						
Endereço:																																																						

•Bloco II – Profissionais da Rede

6. Em que órgão você trabalha? 1- Nível Central 2-Rede Básica 3-Rede Hospitalar 4-CAP 5-Outro	[]
7. Qual o nome do seu local de trabalho? _____	[]
8. Que cargo/função você exerce no seu local de trabalho? _____	[]
9. Você considera que a implantação do PSF traz benefícios para a saúde dos moradores das comunidades? 1-Sim 2-Não 3-Não sabe avaliar	[]
10. Você acha que a implantação do PSF Borel causou algum tipo de modificação na rede de saúde da área ? 1-Sim 2-Não 3-Não sabe avaliar	[]
11. Como você classificaria a(s) mudança(s) observada(s)? 1-Como positiva(s) 2-Como negativa(s)	[]
12. Que tipo(s) de mudança(s) você observou? Mudanças: _____ _____ _____	

•Bloco III - Profissionais do PSF

<p>13. Você já conhecia esta área (morro do Borel)?</p> <p>1-Sim 2-Não</p>	[]
<p>14. Você é morador da comunidade do Borel?</p> <p>1-Sim 2- Não</p>	[]
<p>15. Como foi que você chegou a este emprego?</p> <p>1-Inscreveu-se no Banco de Currículos da SMS</p> <p>2-Inscreveu-se no Banco de Currículos da localidade</p> <p>3-Outra forma de seleção</p>	[]
<p>16. Há quanto tempo você trabalha no PSF?</p> <p>[] [] meses</p>	[]
<p>17. Você recebeu treinamento antes de iniciar o trabalho?</p> <p>1-Sim 2-Não</p>	[]
<p>18. Você solicitou treinamento após o início do trabalho?</p> <p>1-Sim 2-Não</p>	[]
<p>19. Se a resposta anterior tiver sido positiva.</p> <p>Você recebeu o treinamento?</p> <p>1-Sim 2- Não 3-Parte</p>	[]
<p>20. Você sente que trabalha de forma integrada com as outras Unidades de saúde da área?</p> <p>1-Sim, com todas 2-Sim, com algumas 3-Não</p>	[]
<p>21. Com que freqüência você costuma fazer visita domiciliar?</p> <p>1-Uma vez/ mês 2-Mais de uma vez/mês</p> <p>3-Menos de uma vez/mês 4-Periodicidade não regular</p>	[]
<p>22. Você necessita encaminhar pacientes para outra Unidade de saúde?</p> <p>1-Não, nunca 2-Sim, algumas vezes 3-Sim, freqüentemente</p>	[]

23. Você acredita que a comunidade entende o que é o Programa? 1-Sim 2- Não	<input type="checkbox"/>
24. Você acredita que a comunidade está satisfeita com o trabalho do Programa? 1-Sim 2- Não	<input type="checkbox"/>
25. Você está satisfeito com o seu trabalho no Programa? 1-Sim 2-Não	<input type="checkbox"/>
26. O que você diria do seu trabalho, em relação aos seguintes tópicos: B= Bom R= Regular 1- Participação na organização do trabalho 2- Autonomia da equipe para decidir novas ações 3- Possibilidade de aprendizado contínuo 4- Discussão em grupo na busca de soluções 5- Remuneração adequada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Você precisa interromper o seu trabalho quando ocorrem situações de violência na comunidade? 1-Sim 2- Não 3- Parcialmente	<input type="checkbox"/>

•Bloco IV - Para Usuários

<p>28. Você já recebeu alguma informação a respeito do Programa de Saúde da Família, que está implantado na sua comunidade?</p> <p>1- Sim 2-Não</p>	<p align="center">[]</p>
<p>29. Você já foi visitado pelo ACS?</p> <p>1-Sim 2-Não</p>	<p align="center">[]</p>
<p>30. O médico, o dentista, ou enfermeira do Programa já visitaram a casa da sua família?</p> <p>1-Sim 2-Não</p>	<p align="center">[]</p>
<p>31. Você recebeu, no último mês, em sua casa, a visita do ACS?</p> <p>1-Sim 2-Não</p>	<p align="center">[]</p>
<p>32. O ACS já trouxe na sua casa algum papel de marcação para comparecimento a USF?</p> <p>1-Sim 2-Não</p>	<p align="center">[]</p>
<p>33. Em caso afirmativo para que tipo de atendimento?</p> <p>1- Participação em palestras</p> <p>2- Atendimento no dentista</p> <p>3-Realização de exame</p> <p>4-Consulta médica</p> <p>5-Curativo</p> <p>6-Outro procedimento: _____</p>	<p align="center">[]</p> <p align="center">[]</p> <p align="center">[]</p> <p align="center">[]</p> <p align="center">[]</p> <p align="center">[]</p>
<p>34. Alguém da sua família recebe, rotineiramente, algum remédio ou produto dado pelo Programa?</p> <p>1-Sim 2-Não</p>	<p align="center">[]</p>
<p>35. Você, também, procura atendimento em outra Unidade de saúde?</p> <p>1-Sim 2-Não</p>	<p align="center">[]</p>

36. Qual? Nome da Unidade: _____	[]
37. Você já conversou com algum profissional do Programa, sobre problemas que você identifica na área? 1-Sim 2-Não	[]
38. Em caso afirmativo, você pode informar qual? _____ _____	[]

•Bloco V - Gestores de nível local

39. Liste algumas ações para serem marcadas como Pertinentes (**P**) ou

Não Pertinentes (**NP**):

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1- Grau de intervenção na ESF | <input type="checkbox"/> |
| 2- Abastecimento de insumos | <input type="checkbox"/> |
| 3- Remuneração adequada | <input type="checkbox"/> |
| 4- Responsabilidade técnica | <input type="checkbox"/> |
| 5- Execução de treinamento | <input type="checkbox"/> |

40. Como é feito o processo e o registro dos dados que alimenta o sistema de informação?

•Bloco VI - Gestor na CAP e nível central

41. Como, ou em que, usa os dados gerados no SIAB?

42. As informações geradas, são utilizados no planejamento das ações do Programa?

1-Sim 2-Não

43. Vocês têm o costume de avaliar a Consistência das informações obtidas a

partir do SIAB?

1-Sim 2-Não

Anexo.5:**Obras Consultadas.**

Aguiar, D.S. **A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma?** Tese (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1998.

Armstrong, B. K.; White, E.; Saracci, R. **Principles of Exposure Measurement and Epidemiology**, Ed. Oxford University Press, 1994, p. 137-168

Brasil. **Atenção Básica no Brasil. Saúde Mais Perto de 50 Milhões de Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde 2002 . Consultado em 05/10/01.

_____. Ministério da Saúde. **O Ano da Saúde no Brasil – Ações e Metas Prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **O Programa de Saúde da Família e a Atenção**

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família – Construindo um Novo Modelo. In: cadernos de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Ano I, nº1, 1996.

Campos, E.M.S. **A estratégia de desenvolvimento de recursos humanos para o PSF: a experiência do pólo de capacitação da Universidade de Juiz de Fora**. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, UERJ, 2002.

Cunha, G.A **Dicionário Histórico das Palavras Portuguesas de origem Tupi**, 1978, Cia Melhoramentos, SP.

D' Aguiar, J.M.M. **O Programa de Saúde da Família no Brasil. A Resolutividade do PSF no Município de Volta Redonda (RJ)**. Tese (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

Dal Poz, M.R. **As Políticas e a Gestão de Recursos Humanos em Saúde: 1984 a 1995**. Physis: Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 11(2): 19-49, 2001.

DATASUS. <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 19/07/02, 01/08/02, 25/09/02.

Diana, L.; Soares, M.; Santos, J. A N. **Gestão da mudança estratégica na saúde no Brasil: um modelo para iniciar a implementação de estratégias de qualidade orientadas para o cliente.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 35(1): 7-27, janeiro-fevereiro, 2001.

Estado de São Paulo, Secretaria de Estado de Saúde, **Implantação e Desenvolvimento, PSF/QUALIS**, 1999.

Favoreto, C.A **O Programa de Saúde da Família no Brasil: do discurso e das práticas.** Tese (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, UERJ, 2002.

FIOCRUZ; UNB. **Gestão de Saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância.** Rio de Janeiro/Brasília, 3v., 1998.

Franco, T.; Merhy, E. **PSF: contradições e novos desafios.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>>. Acesso em 13/04/02.

Gerschman, S. **A descentralização da política de saúde no final dos anos 90.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 34 (4): 147-170, julho-agosto, 2000.

Guerra de Canudos. <http://vivabrazil.com/guerrade.htm>. Acesso em 11/03/02

IBGE. <http://www1.ibge.gov.br>. Acesso em 10/01/02.

Instituto Pereira Passos. <http://www.rio.rj.gov.br/ipp>. Acesso em 20/04/02

Leucovitz, E.; Garrido, N.G. **Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado.** Cadernos de Saúde da Família, ano I, nº1, jan. – jun. 1996, p.3-9.

Mattos, R. A; Pinheiro, R. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.** IMS. UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, 2001.

Medina, M.G. **Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.21,p. 15-28, dezembro 2000.

Merhy, E.E.; Queiroz, M.S. **Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abril/junho, 1993.

Misoczky, M.C. **A Medicina de Família, os ouvidos do Príncipe e os Compromissos com o SUS**. Saúde em Debate, nº42/ março 1994.

Neves, M. A. A.; Araújo, C.L. **O terceiro setor é o caminho para contratação dos Agentes Comunitários de Saúde?** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.21,p.66-67, dezembro, 2000.

Nogueira, R.P. **A reforma do Estado e os Recursos Humanos de Saúde: flexibilidade de ação com continuidade de direção**. RASPP – Revista Associação Saúde Pública Piauí, 2 (1): 32-35, janeiro-junho, 1999.

Salum, M.J.L.S. **A responsabilidade da Universidade Pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>. Acesso em 13/04/02.

Santana, M.L.; Carmagnani, M.I. **Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens**. Saúde e Sociedade 10(1): 33-53, 2001.

Simões, O L.M. **Saúde da Família: Limites e Potencialidades de Uma Estratégia**. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, UERJ, 2000.

Sousa, M.F. **Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.21,p. 7-14, dezembro 2000.

Vasconcelos, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. In: Educação Popular nos Serviços de Saúde. HUCITEC, 1997.