

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
DE BEBERIBE-CE**
- O processo de implantação e as mudanças obtidas

Maria Imaculada Ferreira da Fonseca

FORTALEZA - 1997

CDD 613

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
BEBERIBE-CE

O processo de implantação e as mudanças obtidas

- Estudo de Caso -

Maria Imaculada Ferreira da Fonseca

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de
Mestrado de Enfermagem da Universidade Federal do
Ceará, para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga

FORTALEZA - 1997

Tese
613
F745p.
1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
DE BEBERIBE-CE**
- O processo de implantação e as mudanças obtidas

Maria Imaculada Ferreira da Fonseca

FORTALEZA - 1997

FC-00003303-7

C 353361

R613061/97 em 01/07/97

UFC	BIBLIOTECA CENTRAL
Nº. 613061/97	
01 / 07 / 97	

Fonseca, Maria Imaculada Ferreira

Programa Saúde da Família de Beberibe-Ce:

o processo de implantação e as mudanças obtidas /

Maria Imaculada Ferreira . _

Fortaleza, 1995.

p.159

I. Promoção da Saúde I. Título.

CDD 613

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BEBERIBE-CE

O processo de implantação e as mudanças obtidas

- Estudo de Caso -

Maria Imaculada Ferreira da Fonseca

Aprovada em _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA:

PROF.^a DRA. MARIA DE NAZARÉ DE OLIVEIRA FRAGA

PROF.^a DRA. MARIA ZÉLIA ROUQUAYROL

PROF.^a DRA. MARIA GRAZIELA TEIXEIRA BARROSO

DEDICAMOS A...

MANOEL RODRIGUES DA FONSECA (*in memoriam*), nosso pai, que nos deixou uma incomensurável herança, com seu exemplo de honestidade, integridade e bondade, nos fazendo crer na dignidade do homem.

MARIA ROCILDA FERREIRA, nossa mãe, que na sua prática de vida nos ensina a ser autênticos, justos e solidários, fortes para enfrentar as vicissitudes da vida e suaves para apreciá-la poeticamente.

RAQUEL FONSECA DE QUEIROZ e RAFAEL FONSECA DE QUEIROZ, nossos queridos filhos, pela compreensão do tempo lhes roubado em função desta dissertação e pelo amor, carinho e respeito que nos dedicam.

FATINHA, LUCIANO, LÚCIA, FONSECA, PLÁCIDA, ROSA, ISABEL e em especial CRISTINA FONSECA, nossos irmãos, pelo estímulo e pela atitude solidária.

FIRMINA FERREIRA, nossa tia preferida, pela amizade e paciência de ouvir nossos grilos sentimentais.

MARCOS DE QUEIROZ FERREIRA. pai de nossos filhos, Secretário de Saúde de Beberibe, pela competência profissional e dedicação ao trabalho, pelo apoio incondicional dado na implantação do P.S.F. e elaboração deste estudo e pela atenção e carinho que tem pelos nossos filhos.

LUIS EMANOEL, ANARILDA GAMA, ANA LUCRÉCIA, JANE EYRE, HELENA GOMES, ADRIANA LOBO, LUIS SANTIAGO, MARLEDA RODRIGUES, CRISTIANE LAVOR, ALEXANDRE LIRA, PATRÍCIA GRANJEIRO, MARCLY QUEIROZ, PAULO TAVARES, TERESA CRISTINA, EVERARDO FREIRE, BONIFÁCIO NETO, ALEXANDRE IDELFONSO, profissionais que integravam as primeiras equipes do P.S.F. de Beberibe, pelos momentos compartilhados juntos, pela troca de experiência e pela amizade consolidada ao longo do tempo, saudades.

A todos os membros dos Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde de Beberibe, pelo trabalho conjunto no controle social das ações e serviços de saúde.

A toda população de Beberibe, para qual dirigimos todos os esforços visando a proporcionar-lhe uma saúde de qualidade.

“Se não houver frutos, valeu o perfume das flores, se não houver flores, valeu a sombra das folhas, se não houver folhas, valeu a intenção da semente.”

Henfil.

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª. Dra. MARIA DE NAZARÉ DE OLIVEIRA FRAGA pela competência na orientação desta dissertação, pela compreensão tida com a orientanda um tanto trabalhosa e pelo apoio psicológico dado nos momentos difíceis.

Aos professores do mestrado e do curso de enfermagem da U.F.C., em especial à Prof.^a Dra. GRAZIELA BARROSO, pelos ensinamentos e incentivo dado ao longo da vida estudantil e profissional.

À Prof^ª. Dra. ZÉLIA ROUQUAYROL, epidemiologista, pelos conhecimentos adquiridos em epidemiologia social, pela colaboração prestada e pela atenção com que nos trata.

Ao sanitarista e epidemiologista Dr. MANOEL FONSECA, nosso irmão, consultor para assuntos profissionais e sentimentais, pelas preciosas contribuições dadas na elaboração desta dissertação e na nossa caminhada pela vida afora.

Ao professor do Núcleo de Saúde Coletiva de Minas Gerais e consultor da ESP/Ce, MAX ANDRÉ DOS SANTOS, nosso estimado e especial amigo, pelos ensinamentos em gerência e planejamento estratégico, pelo apoio dado nos momentos de crise e pela bonita pessoa humana que consegue ser no mundo.

Ao amigo e epidemiologista JAY McAULLINF pela troca de idéias e pelos livros cedidos.

Ao sensível pesquisador e professor convidado da ESP/Ce, Dr. ANDREAS CAPRARO, pelas dicas em pesquisa qualitativa e pela delicadeza em nos atender.

Ao consultor da OPAS, Dr. EUGÊNIO VILAÇA, a quem muito admiramos, pelas contribuições imprescindíveis dadas a este estudo, através das suas obras e pela dedicação que tem tido em divulgar no país o modelo de Vigilância à Saúde da Família.

Às colegas de mestrado, em especial DEUSIMAR, ZENEIDA, SELMA, CONSUELO e SOCORRO SHERLOCK, pelo companheirismo e troca de experiências.

À Coordenadora de Saúde e Comunidade do Ministério da Saúde, Dra. HELOÍSA MACHADO, pelo apoio dado na implantação do P.S.F. em Beberibe, e pelo esforço em implantar esta estratégia no país.

Ao sanitarista e amigo, Dr. ODORICO DE ANDRADE, Secretário de Saúde de Quixadá, pelas informações dadas e pela iniciativa de propor um novo modelo de atenção à saúde a nível municipal.

Aos profissionais da Equipe de Saúde de Beberibe, em especial à VALÉRIA FREIRE, ANA CLEIDE e LEILA, pela amizade, incentivo e apoio dado.

Aos membros da Coordenação Estadual do P.S.F., na qual trabalhamos atualmente, ERCELINA, BERNADETE, MELÂNIA, INÊS BRUNO e em especial a LUCINEIDE LAVOR e NAGELA NORÕES, nossas pesquisadoras, pela ajuda e incentivo dados.

Às nossas diretoras, JOCILEIDE SALES, SOCORRO MARTINS e INÊS AMARAL, pelo estímulo e pela compreensão de nos liberar para as atividades do Mestrado.

Ao Secretário de Saúde do Estado. Dr. ANASTÁCIO QUEIROZ, pelo apoio dado na fase operacional da pesquisa.

À Dra. SILVIA MAMEDE, superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará, pelo apoio dado para publicação e divulgação deste estudo.

Ao FÁBIO ALBUQUERQUE, nosso dedicado e eficiente digitador, pela paciência que tem tido conosco.

Às bibliotecárias CÁSSIA e PAULINHA da ESP/Ce, pela cuidadosa revisão bibliográfica.

Ao professor, JOÃO BATISTA, pela revisão do texto e comentários acerca da dissertação.

E a todos aqueles que nos ajudaram direta ou indiretamente na elaboração desta trabalho, àqueles que despropositadamente nos esquecemos de citar e aos companheiros que caminham conosco nesta luta pela democratização da saúde no país.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação descreve o processo de implantação do Programa Saúde da Família (P.S.F.) no município de Beberibe-Ce, como uma estratégia de reorganização de serviços de saúde voltada para a inversão do modelo de atenção à saúde e para a consolidação do S.U.S. municipal.

Como enfermeira com habilitação em Saúde Pública, tivemos a oportunidade de trabalhar em serviços de saúde a nível municipal, regional e central, o que nos permitiu ter um visão aprofundada dos problemas que envolvem a atenção à saúde no país.

Contribuir para democratização e melhoria da atenção à saúde prestada à população sempre foi um grande anseio nosso. Por esta razão, ao longo da nossa vida profissional, nos dezesseis anos de serviço público, temos nos esforçado em participar dos movimentos sociais voltados para esta finalidade.

O S.U.S., com seus princípios e diretrizes democratizadoras, suscitou-nos esperanças na concretização deste anseio.

Depois, compreendemos que não basta existir princípios, diretrizes ou leis no papel, é preciso descobrir caminhos e experimentar estratégias operacionais capazes de torná-las efetivas.

O P.S.F. surge, então, como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde voltada para a inversão do modelo de atenção curativista e produtor de doenças, para um modelo de promoção de saúde, que prevê, não só a cura dos doentes que comparecem às unidades, mas principalmente para intervir precocemente no processo saúde/ doença através das ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e agravos.

Ao conhecer esta proposta embutida nas diretrizes do P.S.F., cresceu nosso interesse por este programa, ficando nítida para nós a idéia de que esta era uma estratégia viável para efetivar os princípios do S.U.S. a nível municipal.

Solicitamos nossa transferência para a Secretaria de Saúde de Beberibe, um dos dois primeiros municípios do país a firmar convênio com o Ministério da Saúde para implantação do P.S.F., visto que o Secretário de Saúde havia nos convidado a conduzir o processo de implantação desta estratégia no município.

Aceitamos o desafio e como estávamos cursando o Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará - U.F.C., decidimos que além de conduzir a implantação do P.S.F. no município, realizaríamos um estudo acerca deste processo.

Esta dissertação que apresentamos é, portanto, um produto obtido a partir da experiência prática vivenciada por nós como participante de um processo de transformação do modelo de atenção à saúde em um município de médio porte do Ceará.

No capítulo inicial, contextualizamos o objeto de estudo, tendo como eixo condutor a discussão sobre paradigmas tecno-assistenciais e

no final deste, apresentamos os objetivos central e específicos do estudo.

No capítulo dois, apresentamos a abordagem teórico-metodológica utilizada e a descrição operacional da pesquisa.

No capítulo 3, fazemos, de forma sintética, uma retrospectiva histórica do surgimento do P.S.F. no Brasil, no Ceará e em Beberibe.

Nos capítulos 4, 5 e 6, descrevemos, de forma detalhada e em um encadeamento histórico, respectivamente: a implantação do P.S.F. em Beberibe; os momentos marcantes, os fatores e atores que exerceram influência determinante; e as mudanças ocorridas no Sistema Municipal de Saúde após sua implantação.

Concluindo esta dissertação, fazemos as considerações gerais, apontando os ensinamentos e lições apreendidas com a experiência, como algumas sugestões.

Este estudo pretende servir como subsídio e estímulo aos gestores municipais de saúde interessados na construção de modelos de atenção coerentes com a proposta do S.U.S., como também aos técnicos e pessoas que desejam conhecer estratégias de organização dos serviços de saúde, as quais visam à melhoria das condições de vida e saúde da população.

SUMÁRIO

RESUMO	14
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	15
2 - OBJETIVOS	34
2.1. Objetivo geral	34
2.2. Objetivos específicos	34
3 - TRILHA METODOLÓGICA	36
3.1 - Opção teórico-metodológica	36
3.2 - Descrição operacional da pesquisa	39
4 - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - SEU SURGIMENTO NO BRASIL, NO CEARÁ E EM BEBERIBE	44
5 - O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO P.S.F. EM BEBERIBE	52
5.1 - O cenário e a análise situacional	52
5.2 - Os problemas, o delineamento das situações-objetivo e das ações voltadas para inversão do modelo de atenção	58
5.3 - O caminhar na implantação do P.S.F. em Beberibe	64

6 -	OS MOMENTOS MARCANTES, OS CONFLITOS, OS FATORES E FATORES QUE EXERCERAM INFLUÊNCIA DETERMINANTE	90
6.1 -	Os momentos marcantes	90
6.2 -	Os conflitos	95
6.3 -	Os fatores facilitadores	97
6.4 -	Os fatores dificultadores	100
6.5 -	Os atores que exerceram influência determinante	103
7 -	AS MUDANÇAS OCORRIDAS NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	107
8 -	CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
10.	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	159

RESUMO

O presente estudo tem como eixo condutor a temática sobre modelos de atenção à saúde em Sistemas Locais de Saúde. Seu objetivo central é apreender, em um encadeamento histórico, o processo de implantação do Programa Saúde da Família (P.S.F.) em Beberibe-Ce, um dos primeiros municípios do Brasil a implantar o programa como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde voltada para inversão do modelo de atenção curativista vigente e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (S.U.S.) a nível municipal. O método utilizado foi o estudo de caso e a principal técnica de obtenção de dados foi da observação participante realizada "in loco" por 12 meses, além de grupos focais e entrevistas semi-estruturadas. Através destas técnicas, foi possível identificar os momentos marcantes, os conflitos, as mudanças ocorridas, os fatores e atores que exerceram influência determinante na implantação do P.S.F. no município selecionado. O estudo mostrou que esta estratégia, ao ser operacionalizada, pode contribuir, de forma significativa, para tornar efetivos a nível municipal, muitos dos princípios e diretrizes do S.U.S., como a descentralização gerencial, a universalidade do acesso, a participação comunitária, e a integralidade da atenção, bem como impactar positivamente nos indicadores de cobertura assistencial e epidemiológicos. Constatamos que após a implantação do P.S.F. ocorreu um aumento nos índices das coberturas vacinal, pré-natal e de aleitamento materno, além de uma mudança no perfil de internação hospitalar, com redução acentuada de internamentos em pediatria e um aumento nas clínicas obstétrica e cirúrgica. Observamos também uma redução expressiva da mortalidade infantil e uma melhoria na satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Os Sistemas de Saúde, o modelo de atenção e as práticas de saúde são a expressão da política de saúde vigente.

Ao longo destas décadas, as políticas públicas adotadas no Brasil determinaram diferentes Sistemas de Saúde.

Luz apud BUSS fala que “desde o início do século até meados dos anos 60, o modelo hegemônico foi o denominado sanitarismo campanhista”, surgido a partir da economia agro-exportadora, que exigia saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e o controle das doenças que prejudicassem a exportação. Dos anos 60 até meados dos anos 80, configura-se o modelo médico assistencial privatista, tendo sido determinado pelo processo de industrialização, época em que expandiu-se a assistência médica e a Previdência Social, e em que a saúde preventiva passa para segundo plano. Nos anos 80, a recessão econômica e a crise fiscal do Estado provocam uma crise na Previdência. Surge, então, a atenção médico-supletiva das empresas e das famílias. Constitui-se o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o objetivo de reorganizar a assistência médica do país, reduzindo os custos e controlando os gastos. Em 1983, como estratégia de unificação pública, surge o programa das Ações Integradas de Saúde (A.I.S.), buscando articular o INAMPS, o

Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais. Com a Nova República e o processo de redemocratização no País, muitos dos profissionais oriundos do movimento sanitário assumem cargos importantes no Ministério da Saúde e a estratégia institucional passa a ser a de agilizar o processo de descentralização, fortalecer o setor público e desestabilizar o INAMPS. (BUSS, 1995, p.74-80)

Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, um marco importante na história político-sanitária do país. O seu relatório final, subsidiou a Assembléia Nacional Constituinte nos aspectos da saúde e suas leis. Como conclusões importantes da Conferência temos: o conceito ampliado de saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso aos serviços de saúde; a noção de direito à saúde, significando a garantia, pelo Estado, das condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do Território Nacional; a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, através de uma reforma sanitária; a constituição de fundos de saúde nas três instâncias governativas, com participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada. (Conferência Nacional de Saúde, 1986, p.381-389)

Em 1987, foi implantado o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), época em que foi também elaborado o texto da nova Constituição. O SUDS tentou efetivar os princípios da Reforma Sanitária e preparar a transição para o S.U.S..

A Constituição de 1988 enuncia avanços importantes no capítulo da saúde e diretrizes que se estenderam às Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais e Federal.

Em 1990, no plano jurídico Federal, são criadas as leis n.º 8.080 (19 de setembro) e n.º 8.142 (28 de dezembro), sendo que a primeira Lei Orgânica da Saúde diz respeito ao arcabouço do S.U.S. e seus elementos constitutivos e a segunda se refere à participação da comunidade na gestão do S.U.S., a partir dos Conselhos e Conferências de Saúde. (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, BRASIL, 1990, p.16-19)

O S.U.S. foi criado, tendo no seu bojo os pressupostos político-ideológicos da Reforma Sanitária. Seus princípios e diretrizes foram pensados visando a garantir aos brasileiros um Sistema de Saúde Universal, equânime, que fosse capaz de promover a saúde e assistir os doentes de forma eficiente, eficaz e democrática.

O artigo 7.º da Lei Orgânica de Saúde n.º 8.080, estabelece os princípios do S.U.S. Destacamos dentre estes como mais importantes: da universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência - entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do Sistema; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos, ou privilégios de qualquer espécie; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: - ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios; - à regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, BRASIL, 1990, p.8)

A saúde dos anos 90 dispõe, portanto, das bases jurídico-legais necessárias para respaldar a Reforma Sanitária no país. Mas a existência de leis no texto constitucional por si só não garante a sua utilização. É preciso que se assegurem mecanismos e viabilidade política que possam

efetivá-las. Este é o grande desafio para os Estados e Municípios brasileiros e para todos os atores sociais que têm interesse na democracia da saúde no Brasil.

O Estado brasileiro está passando por uma crise, a política neoliberal visa a reduzir o papel do Estado, está aberto o caminho para privatização. O setor saúde também absorve esta política, a medicina privada começa a expandir-se aceleradamente, já existem, aproximadamente, 39 milhões de brasileiros associados a convênios privados de saúde. A regulação da saúde fica à mercê do mercado, os planos e seguros de saúde decidem sem nenhum controle o valor das mensalidades, o tipo de cliente, as carências e benefícios dos associados. MENDES comenta que os mecanismos de mercado funcionam perversamente no campo sanitário, tendem a penalizar os velhos e os portadores de doenças crônicas e que a dinâmica do projeto liberal no Brasil aponta para a ineficiência, as desigualdades crescentes e a má qualidade dos serviços públicos de saúde. O mesmo autor sugere que, neste quadro de crise, é preciso repensar a saúde, criar novos mecanismos para a reforma sanitária e aponta como uma das opções para contrapor o modelo neoliberal, a da terceira via, que se alicerça em financiamento estatal, sistemas descentralizados com autonomia decisória, participação dos cidadãos, avaliação e controle sobre resultados e profissionalismo renovado. (MENDES,1994,p.80-85)

Concordamos com a opção defendida por MENDES, por entendermos, também, que a superação da crise da saúde passa pelo fortalecimento do papel do Estado, pelo avanço do processo de descentralização, pela construção de Sistemas de Saúde autônomos, resolutivos, controlados pela sociedade e pela mudança do paradigma tecno-assistencial.

As propostas defendidas pelo referido autor ganham adesão da nossa parte por este ser um sanitarista respeitado a nível nacional e

internacional, consultor da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que muito tem contribuído na luta pela redemocratização da saúde no Brasil. No Ceará, como consultor, tem apoiado a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) no processo de descentralização e na construção dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Através da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-Ce) tem prestado cooperação técnica no sentido de preparar os gerentes municipais e técnicos de nível central, regional e local para o desafio da municipalização da saúde e a implantação do S.U.S. Considerando o fato de que o autor é uma referência importante para o Estado do Ceará no que se refere ao setor saúde, o adotamos também como autor preferencial no nosso estudo. Por esta razão, estaremos freqüentemente referindo conceitos, citações ou idéias contidas em suas obras.

Quando falamos em descentralização, utilizamos o termo na concepção que MÜLLER (1991, p.54-66) a compreende, “não só como delegação de funções, mas também como redistribuição do poder através de diferentes espaços territoriais e atores sociais, como aspecto de reforma do Estado”. Ainda sobre descentralização, o mesmo autor comenta que “na saúde, este processo se efetiva com a municipalização, que na sua dimensão real caracteriza-se pela descentralização territorial das decisões político-administrativas, do financiamento, da desconcentração de bens e serviços, garantindo autonomia municipal na definição das políticas de saúde”.

Para que os Municípios construam sistemas de saúde coerentes com a proposta da Terceira Via, ou seja, autônomos, resolutivos, é preciso que estes sejam organizados por uma nova lógica, a partir de uma nova concepção do processo saúde/ doença, que deriva um novo paradigma, e este, por sua vez, determina novas práticas sanitárias.

A nova lógica é a da produção social da saúde, que considera:

“a saúde individual e coletiva como resultado da relação que se dá em uma sociedade entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais. Como produto social depende das ações que realizam os atores sociais e políticos que intervêm sobre as condições de vida da população.” (OPAS, 1994, p.43)

A nova concepção do processo saúde/doença é mais ampla, não considera como fatores que interferem no processo saúde/doença apenas os biológicos e se orienta pela disposição contida no artigo 3.º da Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, que diz:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.” (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, BRASIL, 1990, p.6)

O novo paradigma é o sanitário ou de promoção da saúde, que tem como pressupostos ideológicos, segundo MENDES, apresentados de forma resumida: a globalidade - o sujeito da prática é visto como unidade bio-psico-social, inserido numa realidade histórica; o coletivismo - resgata-se a natureza coletiva dos sujeitos e da prática sanitária; o equilíbrio no conhecimento geral e especializado; o uso de práticas alternativas; uso de tecnologia adequada - que apresenta, no seu

nível de complexidade, eficácia e custo social mínimo; integralidade de atenção - recompõe-se a integralidade das ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. (MENDES, 1994, p.142-143)

Observamos que os pressupostos apresentados pelo autor estão em coerência com os princípios do Sistema Único de Saúde (S.U.S.) e que a operacionalização destes, sem sombra de dúvidas, tornará os serviços de saúde mais eficientes e eficazes, na nossa opinião.

Deste novo paradigma é que se estrutura uma nova prática, a da vigilância à saúde, que num território singular envolve

“a definição de um problema de enfrentamento contínuo, sua descrição, sua explicação em diferentes espaços, a identificação dos nós críticos nos diferentes períodos do processo saúde/ enfermidade e a montagem de operações integradas de promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e atenção curativa.”
(MENDES, 1993, p.17)

A operacionalização da prática de vigilância ao nosso ver é o modo mais viável de intervir no processo saúde/ doença e melhorar os indicadores de saúde, visto que prevê uma equipe de saúde responsável pelas famílias de um determinado território, utilizando o enfoque de risco epidemiológico para a definição das ações de intervenção que garantam a promoção da saúde e o controle das doenças.

Como prática sanitária, a vigilância à saúde concretiza-se no espaço do Distrito Sanitário.

Neste contexto, como comenta MENDES, “a construção dos distritos sanitários surge como um argumento mais convincente de sua adequabilidade enquanto processo social de mudanças das práticas de saúde.” (MENDES, 1993, p.8)

Esta prerrogativa é explicitada também na Lei Orgânica de Saúde, no Artigo 10º, Parágrafo 2º, que diz: “No nível municipal, o Sistema Único de Saúde poderá organizar-se em distritos sanitários de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.” (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, BRASIL, 1990, p.9)

Para obtermos as transformações no Sistema de Saúde com a implantação dos Distritos Sanitários é imprescindível que estes sejam compreendidos em todas as dimensões, inclusive quanto aos seus princípios e pressupostos ideológicos.

Atualmente, o conceito de Distrito Sanitário é utilizado com significados diferentes. Alguns se referem a ele como uma área administrativa de um Município correspondente aos distritos administrativos, outros se referem como se fosse uma área de saúde com recursos capazes de resolver os problemas de saúde das famílias residentes.

A nível internacional, o termo que corresponde a Distrito Sanitário utilizado é o de Sistema Local de Saúde (SILOS).

A OPAS conceitua SILOS como “uma mínima estrutura político-administrativa capaz de dar respostas às necessidades e demandas de saúde de um conjunto da população até um grau que seja considerado eqüitativo e justo em uma sociedade determinada.” (OPAS, 1994, p.43)

Esta definição nos leva a inferir que um SILOS pode ser parte de um Município, um Município todo ou uma junção de Municípios. Sua caracterização é determinada, principalmente, pelo grau de resolutividade aos problemas de saúde nos níveis primários e secundários de atenção. Nesta perspectiva, um SILOS deveria ter, no mínimo, 100 leitos, uma resolutividade nas clínicas básicas (pediatria, clínica, obstetrícia, cirurgia) e garantir atenção especializada de média complexidade tecnológica, em um território definido.

MENDES comenta que o Distrito Sanitário (D.S.) ou SILOS não é apenas uma divisão topográfica territorial, ele tem 3 dimensões: política - pois no espaço do DS atuam diferentes atores com diferentes interesses; ideológica - pois o tipo de atenção prestada é determinada por uma concepção do processo saúde/ doença, por um paradigma tecno-assistencial; e tecnológica - são exigidos conhecimentos, técnicas, métodos adequados para o desenvolvimento das práticas coerentes com o paradigma e projeto que os referencia. (MENDES, 1993, p.12-13)

O mesmo autor, aponta os princípios organizativo-assistenciais do Distrito Sanitário e adverte que estes, ao serem aplicados, deverão levar em conta a singularidade de cada território. São eles, com as explicações resumidas: impacto - é preciso que o DS impacte nos níveis de saúde da população; orientação por problema - a partir da explicação destes é que se pode atuar sobre as causas, e saber como melhor combatê-los; intersetorialidade - a resolução de muitos problemas só será possível através de ações intersetoriais; planejamento local - quem vivencia os problemas e conhece a realidade é que tem condições de apontar necessidades, de planejar; autoridade sanitária local - são necessárias autonomia decisória e competência do gestor de saúde; coresponsabilidade - a população deve participar das ações de saúde; hierarquização - os serviços de saúde devem organizar-se em níveis de complexidade crescente; intercomplementaridade - outros níveis do

sistema complementam as ações e serviços de saúde; integralidade - desenvolve ações promocionais preventivas, curativas e reabilitadoras; adstrição - prevê a organização do D.S. em base territorial e objetiva a responsabilidade política, jurídica, administrativa, técnica, dos serviços de saúde e das autoridades sanitárias locais ante a população que nasce, vive, adocece e morre no espaço; heterogeneidade - cada distrito tem realidades diferentes; realidade - o DS deve ser organizado segundo as necessidades e recursos que no momento existam no território. (MENDES, 1994, p.143-151)

A partir destas considerações, o autor define Distrito Sanitário como “processo social de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, referido pela estratégia da Reforma Sanitária, direcionado no sentido de eficiência e eficácia sociais, da equidade e da democratização e que se manifesta no espaço operativo, no qual se estabelecem relações transacionais entre as instituições de saúde, sob gestão de uma autoridade sanitária local e reorientadas de acordo com certos princípios organizativo-assistenciais, e os conjuntos sociais, com seus problemas delimitados por um território processo.” (MENDES, 1994, p.152)

A consolidação do SUS no país passa, portanto, pela mudança da concepção de saúde/ doença, do paradigma tecno-assistencial e pela construção dos Sistemas Locais de Saúde. A partir destas mudanças poderá se tornar viável a prática da vigilância à saúde que busca atender o indivíduo e família de forma integral no seu contexto social.

A OPAS vem trabalhando nos países da América Latina no sentido de apontar os SILOS ou Distritos Sanitários como estratégia básica para operacionalização da Atenção Primária, visando a atingir a meta de saúde para todos no ano 2000, definida na Conferência Internacional de Alma-Ata na Rússia, em 1978.

O relatório da Conferência de Alma-Ata recomenda

“que a prestação de serviços, embora varie de uma nação para outra, de uma comunidade para outra, deveria garantir, pelo menos, os seguintes cuidados primários da saúde: promoção da nutrição apropriada e provisão de água de boa qualidade; saneamento básico, atenção materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; educação no tocante a problemas prevalentes de saúde; tratamento apropriado das doenças e lesões mais comuns.”
(OMS, 1979, p.44)

A conjuntura atual da saúde no País tem elementos favoráveis e desfavoráveis em relação à consolidação do S.U.S., da Reforma Sanitária, e da obtenção da meta de saúde para todos no ano 2000.

Por um lado, temos no texto da Constituição do País, a criação de um Sistema de Saúde avançado, com diretrizes e princípios democratizantes, tendo como base uma concepção ampliada do processo saúde/ doença, um paradigma de referência voltado para promoção da saúde e que aponta a construção dos SILOS e a prática da Vigilância à Saúde como uma alternativa de reverter a situação de crise, e como estratégia de melhoria dos níveis de condição de vida e saúde da população e do outro lado, temos o avanço do processo de desestatização, a ineficácia e ineficiência dos serviços de saúde, um sistema de financiamento incoerente com a proposta do S.U.S., a insatisfação da população e um perfil de condições de vida e saúde cada vez mais deplorável. Como fatores que favorecem a perpetuação da crise, temos a política neo-liberal e o paradigma tecno-assistencial ainda hegemônico, que é centrado na doença, no hospital e no médico; trabalha predominantemente com o modelo da unicausalidade e biologicismo no processo saúde/ doença, desprezando outros fatores

condicionantes; a atenção é voltada para o indivíduo doente ou parte do seu corpo, visando somente à cura; privilegia a clínica e não trabalha com o enfoque de risco epidemiológico que prioriza a atenção a grupos de maior risco de adoecer ou morrer. Este paradigma tecno-assistencial curativista pode até ser eficaz na cura de doentes, mas não é pensado para reduzir o número destes, o número de hospitalizações e muito menos mudar o perfil epidemiológico de morbi-mortalidade. Por todas estas considerações, ele se constitui num paradigma ineficiente e não efetivo, que deve ser superado, mudado, caso contrário, esta crise da saúde poderá tomar proporções incontroláveis, que trará graves conseqüências para a saúde da população brasileira.

Neste contexto político-sanitário, os Estados brasileiros encontram-se em situações diferenciadas em relação aos reflexos da crise e aos avanços do S.U.S., no que se refere à operacionalização de suas diretrizes e efetivação de seus princípios.

Observa-se que, apesar de expressar-se de formas ou em graus diferentes, a crise manifesta-se na quase totalidade dos municípios e Estados brasileiros.

O Estado do Ceará tem alcançado avanços importantes em relação ao S.U.S., principalmente em relação às diretrizes de descentralização e participação comunitária.

Segundo o Conselho Estadual de Saúde (CESAU), dos 184 Municípios cearenses, 147 estão com a gestão da saúde municipalizada. Todos estes Municípios têm Conselhos Municipais de Saúde (C.M.S.). Mesmo alguns municípios que não têm a assistência municipalizada, tem os Conselhos formados. Existem no Estado apenas 11 municípios sem os CMS formados.

A Assessoria de Planejamento da Secretaria de Saúde (SESA) informou-nos que a programação físico-financeira das ações de saúde em todo o Estado é feita de uma forma conjunta, com a participação de todos os municípios. O teto financeiro de cada município é determinado pelo número de habitantes, multiplicado por um valor per capita/ mês de R\$ 3,16. Esta forma de ratear o dinheiro é considerada um avanço e foi adotada pelo Ceará pioneiramente.

As decisões mais importantes da política de saúde do Estado são definidas após aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde.

Alguns municípios têm avançado muito em relação à organização de serviços, mas a grande maioria deles, mesmo aqueles que já têm a assistência à saúde municipalizada, estão numa condição muito incipiente em relação à construção dos SILOS em todas as suas dimensões e no que se refere à efetivação dos princípios organizativo-assistenciais que os configuram, como também em relação às diretrizes e princípios mais amplos do S.U.S., como a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Isto implica dizer que, na grande maioria destes, o modelo assistencial vigente ainda é orientado pelo paradigma assistencial curativista e as práticas sanitárias desenvolvidas, provavelmente não são voltadas para a vigilância à saúde.

O caminho para os Municípios cearenses e para os demais brasileiros parece ser o de encontrar meios e estratégias que possibilitem a inversão do modelo assistencial vigente e a efetivação dos princípios do S.U.S.

Neste contexto, surge o Programa Saúde da Família (P.S.F.), como uma estratégia capaz de consolidar o SUS a nível municipal, visto que é formulado a partir dos pressupostos ideológicos da Reforma

Sanitária e do paradigma sanitário, dos princípios e diretrizes do SUS, e tem como base operacional os princípios organizativo-assistenciais do distrito sanitário e a prática de vigilância à saúde, e como elemento nuclear da atenção, a família.

O Ministério da Saúde, ao lançar oficialmente o P.S.F. a nível nacional, elaborou e distribuiu manuais contendo os princípios teóricos, as normas e diretrizes operacionais do programa.

De forma resumida, foram estas as principais normas e diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde: as equipes do P.S.F. deviam ser compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e pelos agentes de saúde da área; cada equipe era responsável pela cobertura de uma área delimitada com aproximadamente 1.000 famílias adstritas (área de abrangência ou de responsabilidade); as equipes deviam residir na sua área de trabalho por tempo integral; na sua atuação, deviam buscar a parceria dos vários segmentos da sociedade no enfrentamento dos problemas de saúde; na comunidade iam agir avaliando a saúde dos indivíduos e coletividade, visitando domicílios, internando na própria casa, participando de grupos de saúde, e nas unidades de saúde assistindo os doentes, encaminhando-os a ambulatórios especializados ou a hospitais; em todas as localidades onde o P.S.F. estivesse implantado, as unidades vinculadas às equipes eram a porta de entrada para o Sistema Municipal de Saúde. (BRASÍL, Ministério de Saúde, 1994, p.1-20)

Apesar do documento do Ministério da Saúde ter eleito a família como cliente no trabalho das Equipes Saúde da Família, não indicava qual o conceito de família utilizado. Considerando os pressupostos filosóficos e teóricos do programa, selecionamos um

conceito que na nossa opinião se adequa a esta proposta de trabalho e o apresentamos aqui. CAMPOS refere para o trabalho de atenção familiar o seguinte conceito de família:

“Como unidade de atenção médica que inclui no núcleo familiar todas as pessoas que vivem em uma mesma unidade residencial, entre as quais existem laços de dependência e obrigações recíprocas e que em geral, mas nem sempre, estão ligadas por laços de parentesco.” (CAMPOS, 1985, p.146)

Como a finalidade básica do programa é tornar as famílias saudáveis, selecionamos também a definição de família saudável desenvolvida por ELSEEN, que diz:

“Família saudável é uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem uma liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio

aos seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida. (ELSEN, 1992, p.67-68)

Estes dois conceitos apresentados podem constituir-se em um suporte teórico-referencial na atenção familiar operacionalizada nos municípios que implantarem o P.S.F.

No Estado do Ceará, muitos municípios já estão operacionalizando o P.S.F. Os primeiros municípios do Brasil a implantarem o Programa Saúde da Família (P.S.F.) lançado pelo Ministério da Saúde em 1994 foram Quixadá e Beberibe, ambos municípios cearenses.

A forma de implantação e operacionalização do P.S.F. foi diferenciada nestes municípios. Alguns se orientaram pelas normas e diretrizes do M.S., e outros se distanciaram bastante destas.

De uma maneira geral, os municípios que implantaram o P.S.F. como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde direcionada para a construção dos SILOS e para operacionalização do modelo de vigilância à saúde, têm obtido resultados promissores com a experiência.

Nestes municípios, foram delimitados os territórios de cada equipe, definidas as unidades com as quais as equipes foram vinculadas, cadastradas as famílias adstritas à área de abrangência, identificadas as áreas de risco e os grupos mais expostos ao risco de adoecer ou morrer,

bem como os principais problemas de saúde da área e as estratégias de enfrentamento. Considerando os problemas identificados, as equipes buscavam intervir no processo saúde/ doença desenvolvendo ações de promoção, de prevenção ou cura de doenças, ou de reabilitação. Os serviços de saúde foram reorganizados de forma a se tornarem hierarquizados e resolutivos em níveis de complexidade crescente.

Em outros municípios, o P.S.F. foi visto e operacionalizado como um programa vertical e curativista, onde as equipes não tinham território e nem clientela definida, não trabalhavam na ótica da vigilância à saúde, realizavam apenas ações curativas em áreas descentralizadas, sem nenhum vínculo de responsabilidade com o território e as famílias que nele moravam.

Vários fatores determinaram estas variantes no modo de implantação, sendo, talvez, os mais decisivos, a qualificação dos recursos humanos das equipes municipais de saúde, a decisão política e adesão ao projeto ideológico da Reforma Sanitária por parte do Secretário de Saúde, Prefeito Municipal e demais técnicos de cada município.

De uma forma ou de outra, e em níveis diferentes, o P.S.F. tem provocado mudanças positivas na atenção à saúde destes municípios, segundo depoimentos de Secretários Municipais em recentes reuniões de avaliação do programa promovidas pela Secretaria Estadual.

O processo de implantação do P.S.F. em diversos municípios do Ceará e de outros Estados tem despertado muito interesse por parte de autoridades sanitárias, de universidades e profissionais da área de saúde.

Como enfermeira habilitada em Saúde Pública, como tantos outros profissionais interessados na consolidação do SUS e na Reforma Sanitária, temos discutido bastante, no nosso âmbito de trabalho, sobre esta nova estratégia voltada para inversão do modelo assistencial e convivido com vários questionamentos. A implantação do P.S.F. é uma estratégia que contribui para consolidação do SUS municipal? A sua operacionalização é capaz de inverter o modelo de atenção? Como se processa a implantação desta estratégia? Que problemas, dificuldades ou mudanças ocorrem no Sistema Municipal de Saúde com sua implantação? Que atores sociais têm participação determinante neste processo?

Buscando obter respostas a estes questionamentos, considerando o pioneirismo e a importância do P.S.F no Estado, a oportunidade de termos sido convidada para conduzir o processo de implantação desta estratégia em um dos dois municípios-piloto do Ceará (Beberibe) e o entendimento de que esta é uma estratégia de consolidação do S.U.S., interessamo-nos por realizar esta pesquisa, a qual teve como objeto de estudo o processo de implantação do P.S.F. em Beberibe enquanto estratégia de consolidação do S.U.S.

Esta pesquisa revestiu-se de importância pelo propósito que teve de analisar uma experiência inovadora que se expandiu pelo Ceará e pelo país, sobre a qual foram feitos poucos estudos e por esta poder se instituir num instrumento referencial para outros municípios interessados em estratégias que visem à organização dos serviços de saúde municipal e à construção de modelos de atenção voltados para a efetivação dos princípios do SUS.

A construção de modelos de atenção à saúde capazes de operacionalizar o SUS, parece ser a maneira mais viável de democratização da saúde no país.

Realizamos um estudo de caso na busca de uma análise aprofundada e detalhada do processo de implantação do P.S.F. em Beberibe, município de médio porte do Ceará.

O nosso estudo buscou produzir um conhecimento novo a partir de uma experiência prática a nível municipal que tinha como proposta consolidar o SUS. Com certeza, dele poderão ser extraídos subsídios e elementos importantes para o aperfeiçoamento de modelos de atenção em municípios de médio porte que se propõem a organizar os serviços de saúde, para que estes se tornem eficientes, eficazes e consigam impactar positivamente nas condições de vida e de saúde da população.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Descrever e analisar o processo de implantação do Programa Saúde da Família no município selecionado, como uma estratégia de consolidação do SUS municipal, identificando as mudanças ocorridas no modelo de atenção, tendo como parâmetro as diretrizes do SUS.

2.2. Objetivos específicos

Descrever em um encadeamento histórico, os fatos de maior importância do processo de implantação do P.S.F. em Beberibe.

Indicar os momentos marcantes, os principais conflitos, fatores e atores que exerceram influência determinante neste processo.

Identificar as mudanças ocorridas no modelo de atenção à saúde municipal tendo como parâmetro os princípios do SUS da participação popular, universalidade do acesso aos serviços de saúde, integralidade da atenção e a diretriz da descentralização gerencial.

3. TRILHA METODOLÓGICA

3.1. Opção teórico-metodológica

A construção de modelos de atenção em saúde, como uma formação social, acontece num processo histórico dentro da estrutura social. Entendemos formação social como “a realidade que se forma processualmente na história, seja ela mais ou menos organizada ou institucionalizada, macro ou microssociológica.” (MINAYO, 1993, p.67)

Com o entendimento de que a realidade social é histórica, podemos pressupor que ela vive em constante transformação e superação.

A lógica dialética, “introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que explica a transformação.” (MINAYO, 1993, p.68). Segundo esta lógica “a contradição mora dentro da realidade. Não é defeito. É marca registrada. É isto que faz o constante vir a ser, um processo interminável, criativo, irrequieto, ou seja, que a faz história.” (DEMO, 1985, p.87)

No nosso estudo, optamos por uma abordagem histórico-estrutural, e na descrição deste, tentaremos nos aproximar da lógica dialética.

A escolha por esta abordagem se deu por esta utilizar a visão que temos da realidade. Para nós, a realidade social é dinâmica, provisória, inacabada, está sempre sendo transformada e transformando. Pois as transformações tanto dependem das ações que os homens realizam, das interações e relações que se dão entre estes e destes com o meio onde vivem, como de fatores estruturais que condicionam ou determinam os meios de existência. Neste sentido, podemos afirmar que, do mesmo modo com que os homens transformam a realidade, são transformados por ela, num processo dinâmico, dialético.

Na apreensão do nosso objeto de estudo, tomamos como ponto de partida os fatos e fenômenos que iam ocorrendo no Sistema Municipal de Saúde do município selecionado, nos vários momentos ou fases do processo de implantação do P.S.F., num encadeamento histórico, trabalhando as relações entre os vários atores sociais envolvidos, os conflitos, contradições, antagonismos ou cooperação ocorridos naquele contexto social.

Neste processo investigativo realizado, tínhamos consciência de que vários fatores estavam interferindo ou condicionando esta formação social. Por esta razão, tentamos identificá-los e explicar no texto como os mesmos exerceram influência determinante no processo em estudo.

Visando a um maior aprofundamento e conhecimento do objeto de estudo e ao alcance dos objetivos definidos, optamos por utilizar na coleta e análise de dados, métodos e técnicas que possibilitassem uma apreensão mais ampliada e próxima da realidade.

Decidimos, então, realizar um estudo de caso observacional, por este possibilitar uma descrição detalhada e minuciosa do processo de implantação do Programa Saúde da Família no município selecionado. Por esta ser uma experiência piloto de um município, que compõe a totalidade

de municípios do Ceará, torna-se um caso singular. Lüdke diz “quando queremos estudar algo singular, que tenha um valor em si mesmo, devemos escolher o estudo de caso.” (LÜDKE, 1986, p.17)

Utilizamos como principal técnica de obtenção de dados a observação participante, além da análise documental, grupos focais e entrevistas semi-estruturadas. Becker comenta que

“o cientista social que realiza um estudo de caso de uma comunidade ou organização, tipicamente faz uso do método da observação participante em uma de suas muitas variações, muitas vezes em ligação com outros métodos mais estruturados, tais como entrevistas. A observação dá acesso a uma ampla gama de dados, inclusive os tipos de dados cuja existência o investigador pode não ter previsto no momento em que começou a estudar. Portanto, é um método adequado aos propósitos do estudo de caso.” (BECKER, 1993, p.118)

Este argumento reforçou a nossa escolha pela técnica da observação participante como preferencial, já que era um estudo de um processo demorado e experimental em um município piloto.

Objetivando obter dados sobre o processo na visão dos outros atores envolvidos, optamos pela utilização das técnicas de grupo focal e de entrevistas semi-estruturadas. Para o levantamento de dados quantitativos que subsidiaram a avaliação dos resultados obtidos, utilizamos a técnica da análise documental.

Para a análise dos dados obtidos através dos documentos recolhidos em campo, de entrevistas, de resultados de discussões de grupos

focais e resultados de observações, trabalhamos preferencialmente a técnica da análise temática buscando explicitar de forma mais assimilável possível tanto o material qualitativo quanto o quantitativo levantado, de forma categorizada por temas, tentando realizar a descrição e interpretação dos achados em um encadeamento coerente com os objetivos do estudo.

A consolidação da análise se deu à medida que o estudo se desenvolveu. Eram análises dos vários momentos do processo de implantação do P.S.F. em Beberibe. Buscamos a partir de cada uma, a conformação do todo, ora partindo do nosso ângulo de leitura da realidade, ora utilizando a visão de outros atores envolvidos neste processo como substrato de interpretações por nós elaboradas, observando as coincidências e os contrastes das falas destes.

A análise dos dados buscou, portanto, apreender a realidade em estudo, considerando não só a nossa visão como pesquisadora, mas também dos outros atores envolvidos, na tentativa de obtermos uma leitura mais completa da mesma.

3.2. Descrição Operacional da Pesquisa

O nosso estudo realizou-se no município de Beberibe, no Ceará. A escolha deste deu-se basicamente por ser um dos municípios-piloto na implantação do Programa Saúde da Família e pela oportunidade de termos sido convidada para assessorar o município na condução do processo de implantação desta estratégia.

A coleta de dados foi realizada nos seguintes períodos: de abril de 1994 a abril de 1995, época em que permanecemos *in loco*. Utilizamos, na obtenção de dados, além da observação participante, grupos focais e

entrevistas individuais e coletivas. A partir daí, ficamos acompanhando o processo de forma mais indireta, através de contatos informais com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e membros das equipes do P.S.F. Tentando obter mais dados para consolidação da análise do processo em estudo, no período de julho a setembro de 1996, realizamos entrevistas semi-estruturadas com as seguintes categorias de sujeitos: o Secretário de Saúde; profissionais que integravam equipes descentralizadas de saúde, sendo estes: o médico, a enfermeira e um agente de saúde de cada uma das três áreas descentralizadas que correspondiam aos distritos de Sucatinga, Paripueira e Parajuru. A escolha das áreas teve como critério o tempo de permanência dos profissionais nas mesmas, sem mudanças nos doze primeiros meses de implantação. Este fato, ao nosso ver, credencia estes profissionais a terem um conhecimento mais abrangente e opiniões mais consistentes sobre o processo de implantação do P.S.F. no município.

Cada equipe era formada pelo médico, enfermeira e todos os agentes de saúde da área. Na escolha do agente de saúde, selecionamos aquele de cada área que atuasse na sede distrital, por ser o que acompanhava mais de perto e por maior período de tempo o trabalho das equipes de saúde da família.

O primeiro período, no qual permanecemos como observador participante por 12 meses, nos possibilitou a coleta de uma grande riqueza de dados e uma oportunidade ímpar de vivenciar, diariamente e passo a passo, o processo de implantação de um novo modelo de atenção, que não tinha receita para sua operacionalização, embora tivesse diretrizes e princípios norteadores. Presenciamos cada fato acontecido, cada discussão, cada conflito, cada dificuldade, cada avanço, diálogos e atitudes dos atores sociais envolvidos e registrávamos, em diário de campo, tudo que fosse relevante para o alcance dos objetivos propostos.

Inicialmente, elaboramos um diagnóstico situacional do Sistema Municipal de Saúde. Para isto, fizemos um levantamento em documentos da Secretaria Municipal de Saúde, buscando identificar o quadro de recursos humanos, físicos e organizativos. Realizamos visitas às unidades de referência municipal, conversamos com usuários e com profissionais, na tentativa de conhecer a oferta de serviços, o movimento da demanda, as principais patologias e causas de internação hospitalar, além de termos examinado dados epidemiológicos e de cobertura assistencial fornecidos pelo Sistema de Informação do Programa Agente de Saúde (SIPAS), pelo Sistema de Informação Ambulatorial (S.I.A.), pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e por outros sistemas ou órgãos da Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde, que nos subsidiaram na elaboração deste diagnóstico.

A partir deste, juntamente com a equipe local, delincamos algumas situações-objetivo que desejávamos alcançar ou pelo menos nos aproximar num prazo de 12 meses, e desenhamos as operações que identificamos como prioritárias para consecução destes objetivos, tendo como parâmetro as diretrizes e princípios do S.U.S.

Outro momento, no qual obtivemos muitos dados do processo, foi após 3 meses de implantação do P.S.F. Organizamos uma semana para a realização de uma avaliação geral do processo, dos resultados ou mudanças ocorridos no Sistema Municipal de Saúde após a implantação do P.S.F. Foram analisados com a equipe local de saúde os indicadores epidemiológicos e de cobertura assistencial, os avanços gerenciais, os problemas.

Na ocasião, realizamos uma análise do desempenho das equipes com os membros de cada conselho distrital, utilizando a técnica de grupo focal e fizemos uma auto-avaliação com cada membro das equipes descentralizadas, através de um questionário, com perguntas semi-

estruturadas acerca de vários aspectos, como oferta de serviços, relacionamento nos vários níveis, condições de trabalho, desempenho da coordenação local do programa e do Secretário Municipal de Saúde e problemas mais emergentes, entre outros. Esta avaliação se constituiu em uma referência importante que subsidiou ajustes e um redirecionamento do processo que se desencadeava a nível local, rumo a um novo modelo de atenção.

Continuamos observando e registrando os elementos importantes para nosso estudo.

Após 12 meses, por motivos pessoais e por termos concluído o prazo de observação participante que tínhamos nos proposto, ausentamo-nos do município, mas continuamos acompanhando de forma indireta o processo.

A fase final de obtenção de dados foi no período de julho a setembro de 1996, quando realizamos 10 entrevistas semi-estruturadas com perguntas direcionadas para a análise do processo de implantação do P.S.F. Tivemos dificuldade nesta fase, pois como não estávamos mais no município e não dispúnhamos de muito tempo, pois ao mesmo tempo que fazíamos este estudo trabalhávamos dois expedientes em Fortaleza, na Secretaria Estadual de Saúde, na Coordenação Estadual do Programa Saúde da Família. Por este motivo, tivemos que solicitar ajuda de colegas que já conheciam o estudo para após treinamento realizarem as entrevistas *in loco*. Os profissionais de uma das áreas selecionadas (Paripueira), já haviam saído do município, e após localizá-los, combinamos que a entrevista seria feita em Fortaleza, onde os mesmos passariam o final de semana, e acharam mais conveniente.

Os dados destas entrevistas foram organizados a partir dos objetivos previamente definidos, agrupados por temas e por categoria de

entrevistados. Posteriormente, elaboramos matrizes sobre cada tema, onde apresentamos trechos da fala dos vários entrevistados e fizemos uma análise interpretativa, procurando identificar as coincidências e contrastes nos discursos e analisar os conteúdos neles contidos.

Para complementação da coleta, levantamos alguns dados de indicadores epidemiológicos e de cobertura assistencial do município selecionado, visando a subsidiar quadros de resultados que comparavam a situação existente antes da implantação do P.S.F. e depois desta.

Não tivemos a pretensão de esgotar o conteúdo do tema com este estudo, mas o nosso intuito foi o de contribuir para o aperfeiçoamento de modelos de atenção que visem à consolidação do S.U.S. a nível municipal.

Procuramos realizar esta pesquisa com rigor metodológico mas, considerando nossas limitações, ela poderá conter falhas nessa metodologia. Temos a opinião de que não existe metodologia ideal. A metodologia adequada é aquela que consegue captar a realidade e seus fenômenos, estimulando a criatividade e interesse do pesquisador a produzir um conhecimento novo que possa contribuir, de alguma forma, para transformações na sociedade, para que esta seja mais justa, mais democrática.

4. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: SEU SURGIMENTO NO BRASIL, NO CEARÁ E EM BEBERIBE

No Brasil, há alguns anos, começaram a aparecer experiências localizadas do Programa Médico de Família inspiradas no modelo cubano, como é o caso de Niterói e de uma área piloto de Porto Alegre, vinculada ao Hospital Conceição. Estas duas experiências, até hoje, são acompanhadas por médicos cubanos que assessoram as equipes na sua operacionalização e avaliação.

O Programa Saúde da Família implantado em vários Municípios do Ceará e do Brasil, apesar de ter sido espelhado no modelo cubano, tem diferenças no modo de estruturação e operacionalização.

O surgimento do Programa Saúde da Família no Brasil deu-se a partir de uma iniciativa de um município cearense. No decorrer de 1993, no município de Quixadá, foi iniciada uma ampla discussão sobre Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e modelos assistenciais com a equipe local de saúde coordenada pelo Secretário de Saúde da época e também presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (CONSEMS), com participação direta do Prefeito Municipal.

Naquela oportunidade, o grupo discutiu a Reforma Sanitária, o paradigma sanitário, o modelo tecno-assistencial vigente no País e modelos assistenciais de outros países, como Cuba e Inglaterra.

Como resultado desta discussão, ficou definida pela administração municipal, a adoção de um modelo assistencial coerente com as diretrizes político-ideológicas da Reforma Sanitária.

Em outubro de 1993, foi elaborado por este mesmo grupo, um projeto intitulado "Saúde da Família", tendo como base o Programa Médico de Família de Cuba, mas com diferenças em relação às diretrizes operacionais, principalmente quanto à composição das equipes e ao número de famílias a estas vinculadas.

No modelo cubano, a equipe é composta por 1 médico e 1 auxiliar de enfermagem, que se responsabilizam por 120 famílias. (ORDOÑEZ, 1995, p.26)

Na proposta oriunda de Quixadá a equipe era composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e pelos agentes de saúde da área de abrangência da equipe. As equipes deviam acompanhar aproximadamente 1.000 famílias, podendo este número variar de acordo com as especificidades locais.

O então Secretário de Saúde de Quixadá levou o projeto ao Ministério da Saúde. Este foi lido pelo representante do UNICEF naquele Ministério o qual se entusiasmou com a idéia e se comprometeu a repassar o documento para o Ministro da Saúde examiná-lo. A idéia começou a tomar corpo e concretude.

No início de dezembro de 1993, ocorreu uma importante reunião no Ministério da Saúde com representantes do UNICEF, OPAS, membros do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do

Ceará (CONSEMS-Ce), com técnicos de Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), do Ministério da Saúde e com os coordenadores do Programa Médico de Família de Niterói e Porto Alegre, com o objetivo de analisar o Projeto Saúde da Família de Quixadá.

Como encaminhamento da reunião, saiu a recomendação de ser criado um grupo técnico para aprimorar o projeto, formular normas e diretrizes operacionais complementares, visando a transformá-lo em um programa ministerial. Alguns técnicos da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará foram convidados para integrar o grupo.

Em janeiro de 1994, Quixadá lançou o projeto oficialmente, como uma estratégia política que visava a implantar no Município o novo modelo de atenção. A operacionalização iniciou-se em duas áreas-piloto, respectivamente, Joatama e Dom Maurício.

Em março de 1994, o Ministro da Saúde, Henrique Santillo, lançou oficialmente o programa a nível nacional e, na ocasião, estabeleceu convênios com 14 Municípios de vários Estados, estando incluídos Quixadá e Beberibe, do Ceará. Nos termos do convênio, o Ministério da Saúde repassava o total de R\$ 31.150,00 por cada equipe implantada, como uma forma de incentivar os Municípios a implantarem o programa.

Inicialmente, os convênios eram firmados diretamente entre o Ministério da Saúde e os Municípios postulantes, sem nenhuma participação do Estado.

Os dois primeiros Municípios do Ceará a firmarem convênio foram Quixadá e Beberibe e, logo a seguir, Capistrano, Cascavel, Fortim, Icó, Santana do Acaraú, Acaraú, Aracoiaba, Iguatu e Jucás.

Em junho de 1994, O Ministério da Saúde conveniou 6 equipes com Beberibe, foi feita a seleção destas equipes e logo após serem contratadas, as mesmas participaram de um treinamento introdutório

organizado pela Secretaria Municipal, onde foram apresentadas as diretrizes operacionais do P.S.F. preconizadas pelo Ministério, dados sobre o Sistema Municipal de Saúde (rede física, recursos existentes, programas, indicadores), princípios do S.U.S. e do modelo de atenção de vigilância à saúde e os passos operacionais para implantação do programa no município.

Com 3 meses de operacionalização, já começavam a ser evidenciados resultados e mudanças positivas nos indicadores de saúde, no perfil de internação e no nível de satisfação popular, as quais serão referidas nos capítulos seguintes dessa dissertação. A Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) do Ministério da Saúde mostrou-se interessada em apresentar a experiência para outros Estados.

Pensando na divulgação da experiência, a equipe de saúde produziu amadoristicamente um vídeo mostrando como se operacionalizava o P.S.F. em Beberibe. Esta produção foi repassada ao Ministério da Saúde, que passou a usar o mesmo como uma das referências na divulgação do programa para outros Estados. A partir daí, o Município passou a ser visitado por Secretários de Saúde de outros Estados e Municípios brasileiros interessados em conhecer de perto a experiência.

O Ministério da Saúde promoveu reunião com os Secretários de Saúde do Nordeste, em Brasília, e convocou Beberibe e Quixadá para apresentarem suas experiências.

Em outra ocasião, foi marcada uma reunião com este mesmo grupo em Beberibe, para conhecer a experiência do P.S.F. no município e tratar de assuntos próprios do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde).

A idéia disseminou-se, inicialmente, no Ceará e em vários outros Estados. Muitos dos Municípios que visitaram Beberibe e Quixadá, tinham a intenção de implantar o novo modelo de atenção;

outros estavam mais interessados nos recursos financeiros que o Ministério repassava na assinatura do convênio. Por um destes motivos ou pelos dois, as solicitações de convênios para implantação do P.S.F. ao Ministério da Saúde tornaram-se exorbitantes, os processos acumulavam-se e ficava difícil um maior controle e acompanhamento da operacionalização do programa nos Municípios conveniados.

O Ministério resolveu, então, envolver parcialmente os Estados, e determinou um fluxo no qual a incumbência de analisar os projetos, emitir o parecer técnico, verificar documentos, ficou para os Estados. A Coordenação Nacional do P.S.F. considerava este parecer na firmiação dos convênios, mas os mesmos continuavam a ser firmados diretamente entre o Ministério da Saúde e o Município solicitante.

Os convênios sucederam-se e o número de Municípios conveniados aumentou. Mas cada Município, ao receber os recursos, aplicava-os de forma diferenciada.

A grande maioria destes não tinha uma compreensão mais aprofundada em relação ao novo modelo de atenção, de seus pressupostos e princípios organizativos. Alguns orientavam-se pelas normas do manual do Ministério da Saúde, outros as modificavam adequando-as à realidade local e alguns, simplesmente, contratavam médicos e enfermeiros e diziam para eles atenderem em localidades rurais duas ou três vezes na semana.

A Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA), através do corpo técnico, começou a discutir este problema e a se preocupar em definir mecanismos que permitissem um melhor acompanhamento e avaliação da operacionalização do P.S.F. nos Municípios cearenses e em estratégias de assessoramento.

Em junho de 1995 foi formada, então, uma equipe de coordenação estadual para acompanhar melhor o processo de implantação do P.S.F. nos municípios cearenses.

Na mesma época, foi elaborado um documento explicativo do modelo de vigilância à saúde da família, onde são aprofundados os pressupostos ideológicos, definidos os objetivos, e apresentados os princípios organizativos do novo modelo de atenção à saúde. No documento, também existia uma proposta técnica dirigida ao Governo do Estado, na qual se previa a implantação do P.S.F. em todos os Municípios cearenses, a partir da contratação de enfermeiros pelo Governo do Estado por 6 meses, ficando os demais componentes da equipe e a contratação definitiva destes enfermeiros como responsabilidade dos Municípios. (CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado, 1995)

O referido documento foi amplamente divulgado no âmbito interno da SESA, entre diretores, técnicos e funcionários dos diversos setores e categorias.

Em setembro de 1995, o documento foi lançado oficialmente junto ao Governo do Estado, secretários municipais, CONESEMS, AMECE (Associação dos Municípios do Estado do Ceará), com significativa repercussão a nível estadual.

Neste mesmo período ocorreu, em Brasília, um Seminário de Avaliação Nacional do P.S.F., promovido pela COSAC. Os Técnicos da Coordenação Estadual do Ceará foram convidados, compareceram ao seminário e na ocasião questionaram o papel do Estado e da Coordenação Estadual em relação à firmação dos convênios. Os mesmos sugeriram que os convênios deveriam ser intermediados pelos Estados, que usariam critérios técnicos para seleção dos municípios e teriam possibilidade de acompanhar melhor estes no processo de inversão do modelo assistencial nos municípios conveniados.

Foi pensado, então, o Projeto de Cooperação Técnica aos Municípios, para implantação do modelo de Vigilância à Saúde da Família.

A SESA, junto à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-Ce), definiu o conteúdo programático para capacitação dos cooperadores técnicos e garantiu recursos para esta finalidade em Projetos financiados pelo Banco Mundial.

Em outubro de 1995, foi iniciado o processo de capacitação de 50 técnicos de nível central e regional, para a Cooperação Técnica. No mesmo mês, este projeto foi apresentado às autoridades sanitárias do Estado do Ceará.

A SESA fez contato com a OPAS e o Ministério da Saúde de Cuba no sentido de firmar convênio de cooperação técnica com estas instituições para implantação dos SILOS e do P.S.F. no Estado.

O programa passou a ter, então, interesse governamental. Foi promovida em Fortaleza uma reunião que teve como participantes: a Coordenadora da COSAC/ MS, o Secretário de Saúde do Estado do Ceará e o grupo de diretores da SESA, para definir o encaminhamento e fluxo dos convênios do P.S.F. O Ministério resolveu não mais conveniar isoladamente com os municípios, passando esta competência para os Estados.

Segundo a Coordenação Estadual do P.S.F., em dezembro de 1995, foi firmado o primeiro convênio entre o Ministério da Saúde e a SESA, beneficiando 23 Municípios, num total de 83 equipes financiadas.

A Secretaria Estadual de Saúde passou a considerar o P.S.F. como o programa estruturante que integrava todos os grupos técnicos de

nível central e regional para executar a nova missão institucional, a de assessorar os municípios na construção dos SILOS e na implantação do modelo de Vigilância à Saúde da Família. (CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado, 1995)

Em março de 1996, no Ceará, já havia 56 municípios implantando ou implementando o P.S.F. e um total de 221 equipes. Aproximadamente 30 cooperadores técnicos já prestavam assessoramento técnico aos Municípios na implantação do novo modelo de atenção. (Fonte: Coordenação Estadual do P.S.F.)

Novos Municípios continuavam implantando o P.S.F. num processo dinâmico em que o Estado do Ceará coloca-se como pioneiro na implantação desta estratégia direcionada para a consolidação do SUS a nível municipal.

5. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO P.S.F. EM BEBERIBE

5.1. O Cenário e a Análise Situacional

Beberibe é palavra de origem indígena, cujo significado é “lugar onde cresce a cana”, clara alusão às terras férteis onde se situa o município, na região centro-leste cearense, micro-região do litoral de Pacajus. Possui uma área territorial de 1.617km² e uma população de 36.801 habitantes, segundo o censo demográfico do IBGE de 1991. As atividades básicas de subsistência são a pesca artesanal, o artesanato e o extrativismo vegetal.

É uma cidade cheia de contrastes. No lado litorâneo, estão as casas de veraneio, os hotéis de luxo, as famílias abastadas que convivem com os pescadores e artesãos da área; do lado sertenejo, vemos o desemprego, a má habitação, a falta de alimentos e de água, a pobreza, o isolamento geográfico.

Os indicadores sociais refletem esta realidade. A taxa de analfabetismo é alta em Beberibe. Os dados mostram que considerando homens e mulheres, por faixa etária, tem respectivamente: de 9 a 10 anos - 70,9%; de 11 a 14 anos - 46,6%; 15 a mais - 51% (INDICADORES SOCIAIS DOS MUNICÍPIOS DO CEARÁ. Analfabetismo, p.8). O poder aquisitivo das famílias é muito baixo, 71% dos chefes de família recebem até 1 salário mínimo (INDICADORES SOCIAIS DOS MUNICÍPIOS DO CEARÁ. Renda da População e Finanças Municipais, p.9). Existem sérios problemas de saneamento e abastecimento de água - 99% dos domicílios não possuem rede de esgoto, 98% destes têm abastecimento de água inadequado e em 65% não é coletado o lixo (INDICADORES SOCIAIS DOS MUNICÍPIOS DO CEARÁ. Água, Saneamento e Saúde Materno-Infantil, p.7).

Em relação ao perfil epidemiológico, no final do 2.º trimestre de 1994, os profissionais que atendiam nas unidades de referência, apontaram como doenças mais comuns em crianças: as diarreias, verminoses e infecções respiratórias agudas (IRAs). Em adultos: hipertensão, diabetes, doenças de pele e músculo-esqueléticas. Em relação aos óbitos, a causa básica nas crianças eram as IRAs e diarreias e nos adultos as doenças cardiovasculares e neoplásicas. (Fonte: Médicos das Unidades de Referência de Beberibe)

Através dos dados do SIPAS/SESA podemos comprovar esta indicação quando examinamos as ocorrências de óbitos em crianças menores de 1 ano em Beberibe no ano de 1993 (50 óbitos), sendo 9 por diarreia, 7 por IRA e 34 por outras causas.

Quanto ao perfil de internação, examinando os dados de Beberibe, no 1.º semestre de 1994, identificamos uma concentração dos internamentos nas clínicas médica e pediátrica, respectivamente 501 e 383, a seguir a obstetrícia com 186 e cirúrgica 64.

A cobertura assistencial era baixa, como constatamos no Quadro 1.

Quadro 1: Situação da cobertura assistencial de Beberibe-Ce. 1993.

AÇÃO	Percentual (%) *
Gestantes com pré-natal em dia na unidade	66
Crianças de até 4 meses só mamando	24
Criança de 0 a 11 meses cadastradas com vacina em dia	74
Crianças de 0 a 11 meses com duas pesagens nos últimos 60 dias	45
Crianças de 0 a 11 meses com peso abaixo de percentil 10	90

Fonte: SIPAS/ SESA

* Média dos valores acumulados no ano

Até então, no município não havia um sistema de informação bem estruturado, a não ser os dados coletados e consolidados a partir dos agentes comunitários de saúde.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Beberibe, a rede básica de saúde dispunha de 1 hospital, 1 centro de saúde, 13 postos de saúde e 3 casas de parto. Quanto aos programas de saúde, eram desenvolvidos os seguintes: assistência materno-infantil, prevenção do câncer, planejamento familiar, controle de hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, órteses e próteses e odontologia sanitária.

Em relação aos recursos humanos de nível superior, já havia um contingente significativo, mas a maior parte dos técnicos eram lotados na sede municipal e não nos distritos. Ver quadro 2.

Quadro 2: Situação dos Recursos Humanos de Nível Superior, por categoria profissional e área de lotação. Beberibe-Ce, 1.º semestre de 1994.

Categoria	DISTRITO						
	Sede	Sucatinga	Paripueira	Parajuru	Itapeim	Serra	Total
Médicos	* 03	-	-	-	-	-	03
Enfermeiros	04	-	01	-	-	-	05
Dentistas	03	-	01	01	-	-	05
Assist. Sociais	01	-	-	-	-	-	02
Farmacêuticos	01	-	-	-	-	-	01
Total	13	-	02	01	-	-	16

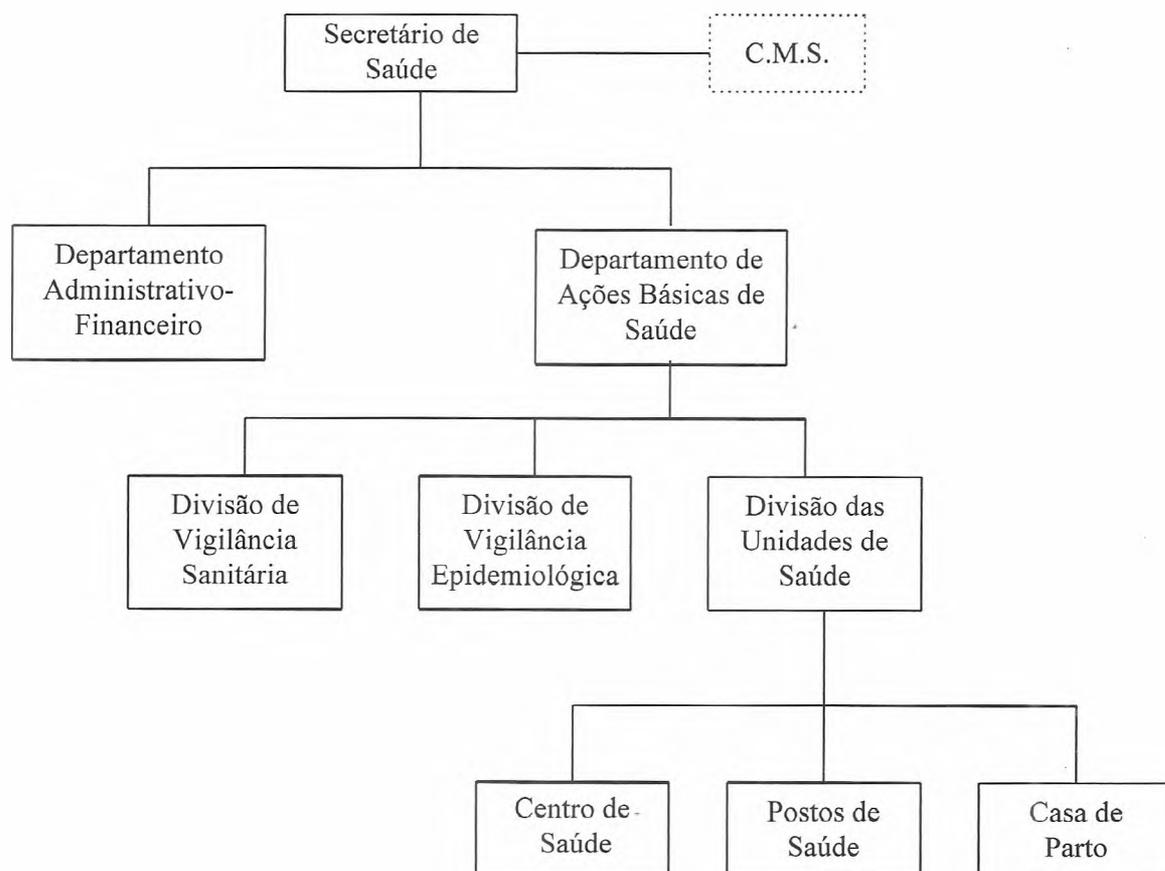
Fonte: Secretaria de Saúde de Beberibe

* Não incluídos plantonistas do Hospital

A Secretaria de Saúde tinha uma estrutura organizacional composta por um Departamento Técnico ao qual estavam vinculadas as unidades, e um Departamento Administrativo-Financeiro, mas o encaminhamento dos problemas era muito centralizado no Secretário de Saúde, desde aqueles tão específicos, como a falta de algodão nos postos, até a programação físico-financeira do SIA-SUS.

Havia funcionalmente um Conselho Diretor da Secretaria de Saúde, mas ao nosso ver, com composição equivocada, pois em vez de ter representantes por unidades de serviços, era composto por representantes de categorias profissionais, gerando discussões corporativistas.

Figura 1: Organograma Administrativo da Secretaria de Saúde de Beberibe em abril de 1994.



Fonte: Secretaria de Saúde de Beberibe.

Em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, observávamos uma concentração na sede municipal da maior parte de ações assistenciais ofertadas no município.

O único hospital existente tinha os leitos sempre ocupados, e nos dois ambulatórios de referência (o hospital e o Centro de Saúde)

havia demanda reprimida. Era usual, no período da manhã, chegar caminhões ou carros de frete com pessoas de várias localidades, desde as mais distantes até as mais próximas da sede municipal. Esta demanda procurava o hospital por este ter médico 24 horas. As pessoas que não conseguiam ser atendidas procuravam, então, o Centro de Saúde, que, apesar de atender um grande número de pessoas, mantinha também demanda reprimida. Encontrávamos pelos corredores destas unidades de saúde, pessoas insatisfeitas pela “dificuldade de arrumar fichas” ou pela demora no atendimento. Quanto ao atendimento odontológico, era ainda mais difícil. As pessoas chegavam à unidade às 5 horas da manhã e muitas vezes não eram atendidas.

Quanto ao nível de integração dos profissionais, deixava muito a desejar. Havia uma desintegração facilmente percebida em vários níveis, entre a equipe do Centro de Saúde e do hospital e em cada unidade internamente. No Centro de Saúde, observamos que os profissionais eram comprometidos, desempenhavam bem suas funções, mas trabalhavam isoladamente, cada um cuidando bem do seu programa de forma verticalizada.

Junto ao Secretário e outros técnicos de nível central da Secretaria Municipal de Beberibe, planejamos algumas ações estratégicas visando ao enfrentamento dos problemas e à reorganização dos serviços de saúde voltadas para consolidação do SUS municipal.

5.2. Os Problemas, o Delineamento das Situações-Objetivo e as Ações voltadas para a inversão do Modelo de Atenção

A partir da análise situacional, foram selecionados alguns problemas prioritários, para os quais seriam concentrados todos os recursos e esforços.

Definimos, então, algumas situações-objetivo das quais desejávamos nos aproximar num prazo mínimo de 12 meses e alguns indicadores de avaliação.

Entendemos situação-objetivo da forma trabalhada por Mattus, referida por CECÍLIO,

“A situação-objetivo tem que ser precisa em relação ao problema selecionado e é construída a partir do enfrentamento “dos nós críticos” (grifo do autor), que deverão ser corrigidos ou pelo menos modificados para melhor. A situação-objetivo traduz-se em indicadores para avaliação do sucesso do mesmo.” (CECÍLIO, 1994, p.259)

Agrupamos os problemas tendo como parâmetro alguns princípios ou diretrizes do S.U.S.: participação popular;

descentralização gerencial; universalidade do acesso; integralidade da atenção. Selecionamos os prioritários e definimos as situações-objetivo e os indicadores de avaliação para os mesmos na matriz 1.

Matriz 1: Os problemas prioritários selecionados do Sistema Municipal de Saúde, segundo os princípios do SUS, as situações-objetivo e os indicadores de avaliação. Beberibe-Ce, em abril de 1994.

I - Participação Popular		
Problema Selecionado:	Situação-objetivo:	Indicadores de avaliação:
Na discussão dos problemas de saúde e na definição das políticas municipais de saúde, a participação popular se restringia aos membros do Conselho Municipal.	Gestão municipal de saúde mais democratizada e com maior espaço para participação popular no planejamento, execução e controle das ações de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Conselhos Locais e Distritais implantados. • Realização de reuniões periódicas dos Conselhos Distritais com as equipes distritais de saúde para discussão dos problemas de saúde da área, das propostas de enfrentamento destes e das ações a serem desenvolvidas. • Resoluções dos Conselhos Distritais referenciadas pelo Conselho Municipal e parcialmente executadas pelo gestor municipal de saúde.
II - Descentralização Gerencial		
Problema Selecionado:	Situação-objetivo:	Indicadores de avaliação:
A gerência dos serviços de saúde era muito centralizada no Secretário de Saúde.	Gerência dos serviços de saúde mais descentralizada.	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da função de gerência distrital de saúde, instituindo autoridade sanitária distrital e responsabilizando o gerente distrital pelos problemas técnicos, administrativos e epidemiológicos da área. • Inserção no organograma da Secretaria Municipal de Saúde da instância gestora a nível municipal. • Instituição de uma gratificação pelo cargo de gerente distrital de saúde e nomeação de um técnico para exercer a função. • Constituição do Conselho diretor ou colegiado de gerência com representação das várias unidades de serviço, e este estar inserido oficialmente no organograma da SMS.

III - Universalidade do Acesso		
Problemas Selecionados:	Situações-objetivo:	Indicadores de avaliação:
Os recursos humanos de nível superior e as ações de atenção básica eram muito concentradas na sede municipal.	Os recursos humanos e as ações de atenção básica descentralizadas para os distritos.	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos de nível superior lotados em unidades dos distritos. Ações de atenção básica como pré-natal, prevenção de câncer, planejamento familiar, acompanhamento da criança, vacinação e atendimento aos portadores de diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, ofertadas a nível de distrito de saúde.
Area territorial extensa, com grande dispersão dos grupos populacionais, muitas barreiras geográficas e usuários insatisfeitos pela dificuldade de acesso à atenção à saúde.	Maior facilidade de acesso aos serviços de saúde por parte da população.	<ul style="list-style-type: none"> Descentralização do atendimento de saúde para as localidades mais distantes da sede municipal ou distrital, com maior número de famílias assistidas.
Sérias dificuldades de transporte para locomoção de doentes em situação de urgência e emergência.	Aquisição de veículos (ambulâncias) ou outros para cada distrito, destinados ao transporte de pacientes em situação de urgência e emergência.	<ul style="list-style-type: none"> Veículos adquiridos e fazendo o transporte de doentes em situação de urgência e emergência dos distritos para as unidades de referência.
IV - Integralidade da Atenção		
Problemas Selecionados:	Situações-objetivo:	Indicadores de avaliação:
Os serviços de saúde não estavam bem organizados segundo o nível de complexidade da assistência.	Serviços de saúde organizados por nível de complexidade crescente, sendo mais resolutivos em cada nível de complexidade.	<ul style="list-style-type: none"> Unidades das sedes distritais estruturadas para a atenção primária de saúde, sendo porta-entrada para o sistema municipal de saúde e ofertando as ações de promoção, prevenção e cura de doenças, compatíveis com seu nível de complexidade. Ambulatórios do Centro de Saúde e do Hospital ofertando ações mais especializadas. Mudança no perfil de internação hospitalar com aumento de internamentos em clínicas que realizem intervenções de maior complexidade tecnológica, como nas obstétrica e cirúrgica.
Modelo de atenção centrado nos doentes que comparecem às unidades de saúde, privilegiando a cura destes e não a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.	Modelo de atenção que desenvolva além das ações curativas, ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos.	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de ações de educação em saúde a nível individual e coletivo que visem a estimular hábitos saudáveis de vida. Oferta das vacinas BCG, anatox, Sabin, DTP e anti-sarampo nas unidades de atendimento ambulatorial nas várias localidades do município. Oferta do pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer a nível distrital.

IV - Integralidade da Atenção - continuação		
Problemas Selecionados:	Situações-objetivo:	Indicadores de avaliação:
		<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento e acompanhamento dos doentes em geral a nível distrital. • Acompanhamento, a nível distrital, dos doentes portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, AIDS, CA e busca ativa destes, especialmente dos hipertensos e diabéticos.. • Acompanhamento ponderal de crianças menores de 1 ano e desenvolvimento de ações de reabilitação.
O Sistema Municipal de Saúde oferecia poucas ações a nível ambulatorial, mais especializadas e reabilitadoras.	Incremento na oferta de ações ambulatoriais mais especializadas e de reabilitação.	• Programação física do SIA-SUS com incremento das ações especializadas e de reabilitação.
Percentual de cobertura assistencial baixo em gestantes com pré-natal em dia, vacinação em dia, e crianças até 4 meses só mamando.	Melhoria nos indicadores de cobertura assistencial.	• Os dados de cobertura assistencial do Sistema de Informação do Programa Agente de Saúde (SIPAS).
Alto número de óbitos infantis, principalmente por diarreia e IRAs.	Redução de óbitos infantis, especialmente por diarreias e IRAs.	• Os dados de mortalidade infantil do SIPAS.
Alto número de internações hospitalares na clínica pediátrica, tendo como causa as diarreias e IRAs e alto número de internações em adultos por doenças cardiovasculares.	Redução de internamentos hospitalares na clínica pediátrica por diarreia e IRAs e na clínica médica por doenças cardiovasculares.	• Dados do Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SISE-SUS) do hospital de referência municipal.
Indicadores sociais denotando graves problemas de analfabetismo, desemprego, baixa renda, desnutrição infantil.	Melhores indicadores sociais.	• Desenvolvimento a nível municipal de ações intersetoriais direcionadas ao enfrentamento dos problemas de analfabetismo, desemprego, baixa renda e desnutrição.
Situação de saneamento precária, com alto índice de domicílios sem esgotamento sanitário, sem abastecimento de água adequada e sem coleta de lixo.	Melhores condições de saneamento.	• Desenvolvimento de ações intersetoriais para enfrentamento dos problemas de saneamento.

Considerando os problemas selecionados e as situações-objetivo definidas, foram pensadas pela equipe local de saúde as

seguintes ações estratégicas, direcionadas para a reorganização dos serviços de saúde e transformação do modelo de atenção:

- Promover um seminário para discutir o SUS e modelos de atenção, tendo como clientela técnicos da equipe local de saúde, membros do Conselho Municipal de Saúde e autoridades municipais.
- Restruir as unidades das sedes municipais para que as mesmas permitam o desenvolvimento de ações resolutivas a nível de atenção primária, transformando-as de Postos de Saúde em Centros de Saúde.
- Descentralizar os recursos humanos como médico, enfermeira e dentista para os distritos, organizados em equipes que, após serem treinadas, se responsabilizariam por uma área territorial delimitada e por um número de famílias definidas onde desenvolveriam ações de atenção integral.
- Descentralizar a gerência técnica e administrativa dos serviços de saúde através da criação da função de gerente distrital de saúde e nomear técnicos para exercerem a mesma.
- Organizar a assistência para que a mesma seja mais acessível à população, descentralizando o atendimento para as localidades mais distantes, de difícil acesso e com concentração populacional.
- Adquirir veículos, equipamentos e insumos para viabilizar o trabalho dos técnicos a nível distrital.
- Reorganizar as unidades de referência municipais para se tornarem resolutivas na atenção secundária.
- Adquirir ambulâncias para os distritos visando ao transporte adequado de pacientes em casos de urgência e emergência.

- Reorganizar o sistema de referência e contra referência, definindo como porta de entrada as unidades a nível distrital.
- Estabelecer prioridades na oferta de ações nos vários níveis de atenção considerando os indicadores epidemiológicos, os problemas prioritários, a capacidade instalada e os recursos financeiros existentes
- Conveniar serviços complementares visando a garantir aos munícipes a atenção integral.
- Estabelecer prioridades no uso de medicamentos e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, a nível municipal.
- Organizar, na Secretaria Municipal de Saúde, uma sala de Situação para demonstração dos dados epidemiológicos e de cobertura assistencial do município, e um painel de parede nas unidades distritais de saúde com a mesma finalidade.
- Organizar, na Secretaria Municipal de Saúde, uma sala de encontro e de estudo para os técnicos da equipe local de saúde com uma minibiblioteca .
- Prover as equipes de saúde de recursos audiovisuais para o trabalho de educação em saúde.
- Reorganizar as ações de saúde bucal através da inversão no modelo de atenção.
- Elaborar calendário de reuniões sistemáticas com representantes das várias unidades do SMS, coordenadores dos programas, para discutir problemas, avaliar indicadores de saúde, dados de cobertura assistencial, ações desenvolvidas e, a partir da realidade delineada em cada momento de avaliação, definir novas estratégias de ação no enfrentamento dos problemas, num processo dinâmico, participativo, voltado para um aperfeiçoamento crescente.

5.3. O Caminhar na Implantação do P.S.F. em Beberibe

Para uma melhor apreensão do processo da implantação do P.S.F. em Beberibe, optamos por descrever o desenrolar deste, num encadeamento histórico, a partir de um recorte da realidade que teve como ponto de partida a análise situacional do Sistema Municipal de Saúde do Município, em abril de 1994.

Os atores sociais que estavam envolvidos naquele contexto estavam conscientes dos problemas e dispostos a se dedicarem às propostas de mudanças, desde que as mesmas resultassem no reconhecimento, pela população, da qualidade dos serviços de saúde. Esta preocupação tinha um componente político forte, que poderia ser utilizado estrategicamente no sentido de viabilizar mudanças rumo à consolidação do SUS municipal. É importante ressaltarmos que quando nos referimos a “atores sociais”, o fizemos a partir do conceito formulado por Müller e referenciado por CECÍLIO, de que “atores sociais seriam aqueles indivíduos ou grupos que ocupam posição estratégica no sistema de decisões e que respondem, no processo de formação das políticas, pelas funções de articulação no campo cognitivo e no campo do poder.” (CECÍLIO, 1994, p.12)

Nesta visão, podíamos considerar atores sociais, o Prefeito, o Secretário de Saúde, os Diretores da Secretaria de Saúde (nos incluímos neste grupo), os coordenadores dos programas, os membros do Conselho Municipal de Saúde, os técnicos de saúde e os usuários dos serviços de saúde.

Como pesquisadora e ator social participante deste processo, estávamos sempre inserida nas discussões da SMS e contribuindo com

propostas de ações para o enfrentamento dos problemas e para inversão do modelo assistencial. O fato de estarmos como observadora do processo, além de participante, nos exigia uma permanente análise crítica da realidade que utilizávamos de forma construtiva para argumentar propostas junto ao Secretário de Saúde e equipe local. Na verdade, desempenhávamos um papel de assessora, e percebíamos que gozávamos de certa credibilidade e respeito junto à equipe local, provavelmente por razões técnicas (por ser mestrande de enfermagem em saúde comunitária) e pessoais (o vínculo familiar com o Secretário de Saúde). Nossa condição, portanto, facilitou o papel de assessora e dificultou o de pesquisadora, pois para descrevermos este processo tivemos que, a todo momento, apesar de estarmos inserida na realidade, nos abstrairmos e tentarmos tirar da mesma conhecimentos da forma mais imparcial e fidedigna possível.

Para facilitar o nosso trabalho como pesquisadora, ao descrever o processo, ao longo do texto, muitas vezes, utilizamos o nome da função que exercemos na 3.^a pessoa, como Diretora de Departamento ou de Coordenadora do P.S.F.

Tínhamos identificado, no Sistema Municipal de Saúde, muitos problemas, e quando nos deparamos com eles, difícil foi identificarmos quais os mais importantes e delimitarmos o ponto de partida no enfrentamento dos mesmos. Percebemos, também, que muitos deles estão tão intimamente ligados que não poderíamos enfrentá-los de forma isolada.

Achávamos pertinente trabalhar o problema da desintegração, pois sabíamos que para qualquer projeto ter êxito era necessária a adesão e integração dos recursos humanos envolvidos.

Pensamos, então, em algumas estratégias visando a possibilitar uma melhor integração da equipe local de saúde.

Sugerimos ao Secretário de Saúde a transformação da sala do Departamento de Ações Básicas da S.M.S., onde ficava só a Diretora em um bureau, numa sala dos técnicos, com mesas grandes para o trabalho coletivo e estantes para cada técnico colocar seus pertences ou material de trabalho. A S.M.S. era um anexo do Centro de Saúde. Então, combinamos com os técnicos dos vários programas, que quando terminassem suas atividades assistenciais, em vez de ficarem isolados nas suas salas, se reunissem na sala do Departamento para trocarem idéias, discutirem o desempenho dos programas, planejarem tarefas ou estudarem.

Foi interessante porque, a partir disto, começou a nascer um sentimento de equipe, de grupo. Naturalmente os técnicos foram intensificando as relações pessoais e profissionais pois começaram a discutir problemas, planejar ações e avaliar resultados, de forma conjunta. Utilizavam a sala, enfermeiras, dentistas, médicos, assistentes sociais da S.M.S. e Centro de Saúde. Depois, o médico e enfermeira do hospital também compareciam para troca de informações e para encaminhamentos.

Com a equipe local de saúde mais integrada, o modelo de gerência era um problema importante a ser trabalhado.

Como havia uma centralização dos problemas e resoluções destes na pessoa do Secretário, era preciso descentralizar a gerência e organizar um fluxo de demandas de problemas segundo a sua categoria, para os órgãos que tinham competência de resolvê-los, e dotar os responsáveis por estes de maior poder de decisão e resolução.

Não sabíamos até que ponto havia interesse do Secretário de Saúde de descentralizar a gerência. Isso implicaria em diluição de poder e quem exerce o poder dificilmente quer perdê-lo ou diminuí-lo. A grande questão posta foi sobre a utilização objetiva do poder, a sua finalidade.

O poder pode ser exercido para fins positivos, negativos individuais ou coletivos, e permeia todas as relações sociais.

Sobre poder diz FOUCAULT:

“O poder não é um objeto natural, uma coisa, é uma prática social e, como tal constituída historicamente (...) o poder não existe, existem sim práticas de relações de poder o que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, e que funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação. Esse caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício não possam ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior pois nada está isento do poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede de poder, tem que se alastrar por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar, ele está sempre presente e se exerce como uma multiplicidade de relações de força; - poder é luta, confronto, relação de força, situação estratégica. Não é um lugar, que se ocupa, nem um objeto que se possui, ele se exerce, se disputa. E não é uma relação unívoca, unilateral, nesta disputa ou se ganha ou se perde.” (FOUCAULT, 1993, p.XXV)

Fizemos estas citações sobre poder tentando clarear um conceito necessário ao entendimento das relações muitas vezes conflituosas acontecidas no processo de implantação do P.S.F. no município em estudo, que não deixam de ser relações de poder.

Sabíamos que propostas de mudanças que não tivessem maiores implicações em relação ao poder adquirido pelos atores envolvidos no processo seriam mais fáceis de ser acatadas. Ao contrário, as outras, que interferissem neste aspecto, teriam dificuldades em ser aceitas, enfrentariam resistência e com certeza gerariam conflitos muitas vezes necessários para o avanço de processos democratizadores.

Apesar das resistências, havia canais abertos para mudanças. Era preciso desenvolver estratégias de fortalecer a adesão dos atores participantes deste processo de mudança, para a proposta mais operacional do S.U.S. municipal.

Sugerimos a organização de uma mini-biblioteca com livros sobre políticas de saúde, modelos assistenciais, epidemiologia social entre outros. O Secretário viabilizou a idéia, e em pouco tempo os técnicos estavam levando livros para ler dentro de um prazo estabelecido para devolução. Com isto, novos conhecimentos iam circulando entre os técnicos, melhorando o nível de consciência política e instrumentalização teórica dos mesmos.

No início de maio de 1994 começou-se a falar mais intensamente no Programa Saúde da Família (P.S.F.). O Secretário de Saúde divulgou entre os técnicos que estaria firmando convênio com o Ministério da Saúde (MS) para implantação de 06 equipes.

Isto significava dizer que o MS se comprometia ao repasse financeiro de R\$ 31.150,00 por equipe. Sendo R\$ 15.000,00 para

investimento e R\$ 16.150,00 para custeio, totalizava um recurso na ordem de R\$ 218.050,00. Isto gerou uma grande expectativa em todos, principalmente porque também foi divulgado que aqueles profissionais que fossem morar nas áreas descentralizadas ganhariam diferenciado.

Entendemos que este movimento foi o marco inicial de uma nova forma de organizar os recursos quer sejam humanos, materiais, financeiros, ou políticos para uma mudança no modelo de atenção de saúde municipal.

Recebemos também do Ministério da Saúde, um manual de normas e diretrizes operacionais de orientação para implantação do Programa. Apesar de se apresentar como um programa um tanto verticalizado, com algumas regras rígidas, tentamos operacionalizá-lo inserindo-o no contexto de reorganização do Sistema Municipal de Saúde. Na verdade, ele possibilitou e reforçou as estratégias pensadas de consolidação do SUS municipal. Os recursos ajudaram e as diretrizes também.

Não tínhamos naquele momento um conhecimento teórico mais aprofundado ou uma referência de experiência prática de implantação do modelo de atenção de Vigilância à Saúde, por esta razão, resolvemos seguir as normas e diretrizes ministeriais fazendo adequações locais. E num processo intuitivo e um tanto empírico fomos desenvolvendo passos operacionais na tentativa de construirmos algo novo.

Éramos um dos dois primeiros municípios do Brasil a implantar o programa, o outro era Quixadá, também do Ceará. Havia muitas expectativas em relação ao êxito desta estratégia. Neste sentido o Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), procurava apoiar ao máximo, monitorando os resultados de uma experiência piloto que poderia ser expandida para o país.

Não tínhamos, também, instrumentos operacionais criados como fichas de cadastro familiar, prontuários, mapas de controle. Íamos utilizando os já existentes com pequenas adaptações e criando outros à medida que a necessidade era sentida.

O passo inicial para implantação do P.S.F. em Beberibe foi a seleção dos profissionais.

Muitos dos profissionais que já trabalhavam no município desejavam integrar as Equipes Saúde da Família. Por este motivo, foi definido um critério de seleção, dando prioridade aos profissionais mais antigos.

Houve dificuldades em conseguir médicos com o perfil adequado (especialização em Saúde Pública, experiência como generalista), e que se dispusessem a morar na área de atuação, trabalhando por tempo integral.

Após muita discussão, o Conselho Diretor da SMS definiu os salários para os profissionais que iam integrar as equipes do P.S.F., sendo o do médico de R\$ 2.850,00, o da enfermeira de R\$ 1.200,00 e os dos dentistas de R\$ 1.100,00. Além destes salários, a prefeitura municipal pagava uma bolsa alimento de R\$ 360,00 para cada profissional.

O Secretário de Saúde definiu que além de sermos responsáveis pela gerência do Departamento Técnico, nós seríamos também Coordenadora Municipal do P.S.F., e teríamos a incumbência de conduzir a implantação desta estratégia no município.

Achamos oportuno naquela ocasião discutir com o Coordenadora Municipal do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (P.A.C.S.) sobre a integração destes profissionais nas Equipes Saúde da Família.

Como cada equipe se responsabilizaria por um distrito administrativo e pelas famílias residentes, era preciso saber sobre as famílias cadastradas de cada área e sobre os agentes de saúde responsáveis por estas, visto que a idéia era a de que a enfermeira da Equipe Saúde da Família coordenaria diretamente os agentes de sua área.

Organizamos, então, um encontro municipal "Saúde da Família", que teve participação dos técnicos da SMS, de todos os agentes comunitários de saúde (ACS), membros do Conselho Municipal, lideranças comunitárias e políticas do município. Os objetivos deste eram apresentar a proposta do SUS e sua operacionalização tendo como estratégia a implantação do P.S.F., discutir a reorganização dos serviços de saúde, decidir sobre o local de moradia das equipes e os locais de atendimento.

No encontro foram definidas várias diretrizes operacionais.

Resolvemos centrar os esforços no treinamento das equipes.

O treinamento foi realizado num período de 15 dias e teve como conteúdo: diretrizes e normas operacionais do P.S.F. do Ministério da Saúde (M.S.) e as locais; o papel dos conselhos de saúde; indicadores epidemiológicos e sistema de informação; reciclagem nas áreas programáticas de atenção à criança, à mulher, ao adulto; assistência farmacêutica e terapias alternativas.

Durante o treinamento, houve discussões sobre a infraestrutura necessária para o trabalho das equipes, as ações a serem desenvolvidas inicialmente em cada área, o sistema de avaliação e a forma de lançar oficialmente o P.S.F. e de como apresentá-lo para a comunidade.

O Secretário de Saúde participava de todas as discussões e se comprometia em apoiar as propostas apresentadas pelo grupo em relação à operacionalização do programa.

Em relação à infra-estrutura, ficou definido que se organizaria em cada um dos 6 distritos uma Unidade Distrital de Saúde, utilizando o Posto de Saúde já existente, que seria ampliado e equipado de forma que viabilizasse a oferta das ações antes concentradas no Centro de Saúde da sede. Esta unidade deveria ter um mini-almoxarifado, salas para o atendimento do médico, da enfermeira, do dentista, sala de vacinas, de esterilização, de observação de pacientes. Em 3 distritos já havia sido ampliado o Posto de Saúde para a realização de partos; nestes, as reformas seriam menores.

Como o atendimento seria descentralizado a várias localidades, onde havia Posto de Saúde foram levantadas as necessidades de restaurações, onde não havia, foram improvisadas unidades em espaços cedidos pela população local, como prédios de associações, escolas e até em igrejas. Estas unidades foram denominadas Satélites, pois se localizavam em torno da unidade distrital.

Nestas unidades satélites, em vez de equipá-las, a equipe pensou em utilizar equipamentos móveis que eram transportados em um veículo chamado de Unidade Móvel, pois levava a todos estes locais de atendimento grande parte dos equipamentos utilizados em Postos de Saúde.

Durante as discussões com as equipes, foram elaboradas algumas relações padronizadas que seriam utilizadas na organização da infra-estrutura de trabalho de cada equipe, sendo elas: relação de material permanente da unidade distrital, da unidade móvel e da unidade satélite; relação de material de consumo das unidades distrital e móvel;

relação de medicamentos das unidades distrital e móvel; e relação de material de expediente para a unidade distrital.

Quanto às ações que as equipes operacionalizariam no primeiro mês de trabalho, ficou decidido que iniciariam por um reconhecimento da área, visitando cada local de atendimento, observando as condições dos postos de saúde ou outros locais de atendimento, reunindo-se com as comunidades para apresentar a proposta de trabalho, formando os Conselhos Locais de Saúde e discutindo os principais problemas de saúde.

Apesar de considerar a realidade de cada área na programação das ações, ficou decidido também que todos tentariam balancear o tempo com atividades individuais e coletivas, promocionais ou de cura na sua rotina de trabalho, o que parecia difícil, considerando que muitos dos profissionais já eram habituados apenas na atenção curativa e alguns na atenção curativa especializada.

Priorizamos alguns grupos no atendimento e identificamos algumas ações que deveriam ser operacionalizadas por todas as equipes.

Os grupos priorizados foram: o materno-infantil, o de hipertensão e o de diabéticos. E em relação às consultas, tinham prioridade: crianças doentes; casos de urgência e emergência; e gestantes.

Das ações que deveriam ser operacionalizadas por todas as equipes, selecionamos: acompanhamento pré-natal das gestantes da área; acompanhamento dos desnutridos; vacinação contra doenças imunopreveníveis em todos os locais de atendimento; planejamento familiar e prevenção de câncer na unidade distrital e nas localidades de difícil acesso; busca ativa de hipertensos e diabéticos e

acompanhamento dos doentes; incentivo ao aleitamento materno. As demais ações seriam orientadas pelos problemas específicos de cada área e pela realidade epidemiológica.

Foram discutidos, também, com todos, os mecanismos de acompanhamento e avaliação do desempenho das equipes, bem como dos indicadores de saúde de cada área.

Ficou decidido que nos primeiros 3 meses, semanalmente à noite, haveria uma reunião de avaliação, da qual deveriam participar todas as Equipes Saúde da Família, a coordenadora municipal do P.S.F., o Secretário de Saúde, os coordenadores dos programas especiais e representantes das unidades de referência municipal.

Estas reuniões tratariam de assuntos administrativos e técnicos.

Mensalmente, haveria uma reunião mais dirigida a avaliar os indicadores de saúde e de cobertura assistencial e a planejar as estratégias de transformação destes, caso não se encontrassem em situação desejável.

Após 3 meses, seria realizada uma avaliação geral do processo de implantação do P.S.F., das mudanças e resultados obtidos e nesta ocasião, os conselhos distritais seriam convidados e junto à coordenadora municipal do P.S.F., fariam uma avaliação do trabalho das equipes, sendo esta avaliação feita em separado, por cada distrito. O objetivo era o de avaliar o nível de satisfação da população.

Em relação ao lançamento oficial do P.S.F. e apresentação deste à população, ficou decidido que seria realizado um grande evento,

com participação dos vários segmentos da sociedade municipal e de representantes de órgãos estaduais e federais da área da saúde.

No dia 3 de junho de 1994, foi lançado oficialmente o P.S.F. em Beberibe. Estavam presentes os agentes comunitários de saúde, membros dos conselhos distritais e municipal de saúde, técnicos da equipe local de saúde, autoridades municipais, a Secretária de Saúde do Estado, o representante do Ministério da Saúde e a imprensa.

O Secretário de Saúde do município fez o lançamento oficial; em seguida, a Coordenadora apresentou como o P.S.F. ia ser operacionalizado no município e a forma de participação da comunidade através dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde. As equipes apresentaram-se, alguns participantes da mesa se pronunciaram e ficou a palavra aberta aos participantes, para tirarem dúvidas ou fazer sugestões.

Tentamos esclarecer aos participantes quanto à forma democrática com que pretendíamos conduzir o processo de implantação do P.S.F. e solicitamos o apoio e colaboração de todos no sentido de apontar falhas ou explicitar insatisfações no decorrer deste.

Com a apresentação da proposta à população, as equipes puderam iniciar o trabalho nas suas áreas de atuação.

Após muita discussão, treinamento, reuniões de preparação, estávamos finalmente operacionalizando uma nova estratégia de atenção à saúde das famílias. Isto se revestia de grande importância para todos. Muitos diziam “parece até um sonho” o que está acontecendo. Outros diziam “isto só pode ser coisa de política, chega mas vai logo embora” ou então “é bom demais para ser verdade”.

As equipes começaram o trabalho com entusiasmo, mas logo viram que tinham muito o que fazer pela saúde das famílias de suas áreas. No primeiro mês, como estava previsto, apareceram muitas pessoas para serem consultadas nos postos e localidades de atendimento, foi difícil para os ACS fazerem triagens, e os médicos, enfermeiros e dentistas atenderem apenas o número de consultas programadas em cada turno e dedicarem maior tempo no atendimento. Parece que todos queriam ir conhecer o “doutor” e a “doutora” de sua comunidade. Mas à medida que as pessoas foram se acostumando e tiveram certeza que os “doutores” não iriam embora, só procuravam ser atendidos quando precisavam de fato.

De forma sistemática, realizavam-se as reuniões semanais com as Equipes Saúde da Família para discussão dos problemas operacionais técnicos e administrativos, e as mensais com os demais técnicos das unidades de referência municipal para discussão dos problemas de referência e contra-referência, e para avaliação dos indicadores de saúde.

Nestas reuniões o Secretário de Saúde sempre estava presente, como também o diretor do hospital, e elas eram de importância vital, pois ao tomar conhecimento dos problemas de uma forma sistêmica, o Secretário tinha condições de identificar as prioridades e programar os recursos para a resolução dos problemas de forma racional. Observávamos nele uma capacidade grande de resolver os problemas demandados. Ele se articulava, fazia projetos na busca de investimentos, buscava apoio da Secretaria Estadual, do Ministério da Saúde, de forma a manter todas as despesas com pessoal, medicamentos, material de consumo, gasolina, manutenção de veículos e de equipamentos advindas com a implantação das Equipes Saúde da Família nas áreas descentralizadas, e que não eram poucas.

Estas reuniões eram muito importantes, pois através delas era mantido um sentimento de grupo e todos naqueles momentos compartilhavam as dificuldades, as angústias, os desestímulos, as frustrações, mas também os avanços obtidos, as estratégias exitosas, as alegrias. Eram momentos de forte interação, de criação de vínculos.

Na nossa concepção, grupo não quer dizer uniformidade, consenso absoluto, estabilidade ou inércia. O grupo é dinâmico, é conflituoso, é instável, mas tem uma característica que tem que ser comum a todos que integram um grupo, são os objetivos, estes precisam ser consensuais.

Nesta visão éramos um grupo, apesar de ser formado por pessoas com visões de mundo diferentes, apesar das distorções gerenciais, tínhamos todos, o Secretário, a coordenadora, os membros das equipes descentralizadas, os técnicos do Centro de Saúde e do hospital, o mesmo objetivo, o de que esta estratégia de reorganização dos serviços fosse exitosa, fosse capaz de impactar positivamente nas condições de saúde e no nível de satisfação da população. Em relação a isto, podíamos constatar que havia consenso.

No interior do grupo havia relações de poder que geravam conflitos. O Secretário, muitas vezes, nas reuniões, queria impor o seu ponto de vista pessoal na tomada de algumas decisões, e a coordenadora defendia que todas as decisões fossem submetidas ao grupo. Isto gerava um conflito porque estas posições antagônicas eram explicitadas diante do grupo que ficava sem saber muito como lidar com esta situação. Com a continuação o Secretário foi se adaptando à democratização do processo decisório, mas passou a achar desnecessária a sua presença nas reuniões visto que o grupo decidia tudo sozinho. É claro, que era um pensamento equivocado pois tanto ele participava das decisões como era

quem articulava os recursos no sentido de viabilizá-las politicamente. Sem a sua presença e atuação dificilmente as propostas do grupo iam ser concretizadas.

Por outro lado, havia uma constante preocupação com o êxito da estratégia com que a Coordenadora monitorava o desempenho das equipes com um nível de exigência elevado, considerado por alguns membros das equipes como autoritário. Isto provocou uma reflexão, pois de repente tomou consciência de que estava tendo uma atitude contraditória, contra tudo que defendia

Instalou-se a necessidade de uma reflexão com todo o grupo, de análise do processo, e num acordo entre todos foi organizado no início de setembro de 1994 um seminário de uma semana para avaliação geral.

Foi feita, em um primeiro momento, uma avaliação individual com cada membro das Equipes Saúde da Família, através de um roteiro, o qual incluía: avaliação das ações ofertadas na área; avanços em relação às questões gerenciais e administrativas; nível de comunicação e integração; funcionamento dos Conselhos de Saúde; avaliação da Coordenadora Municipal do P.S.F. e do Secretário de Saúde; avaliação das condições de trabalho, necessidades e problemas mais urgentes.

Em seguida, foi feita uma avaliação coletiva dos indicadores de saúde e de cobertura assistencial de cada distrito.

Tinham sido convidados palestrantes para apresentarem temas de interesse de todos, como: município saudável; vigilância epidemiológica; entre outros. Por isto, enquanto as palestras eram

proferidas para as equipes, a Coordenadora realizava avaliações junto a cada conselho distrital, utilizando a técnica de grupo focal.

Destas avaliações conseguimos tirar subsídios importantes para a recondução do processo, como também uma demonstração de que tínhamos obtido com a implantação desta estratégia de reorganização de serviços, bons resultados iniciais no que se refere à oferta de ações e serviços a nível descentralizado, maior acessibilidade por parte da população das ações ofertadas, maior nível de satisfação dos usuários, e uma descentralização gerencial significativa segundo os membros dos conselhos distritais e municipal de saúde e os membros das equipes que realizaram a avaliação.

Com apenas 3 meses de implantação do P.S.F. já podíamos ver diferenças positivas em relação ao quadro inicial:

- Não havia mais demanda reprimida no ambulatório do hospital e do Centro de Saúde para o médico e enfermeira, apesar de continuar a do dentista.
- Em relação à oferta de ações, em todos os distritos já era feito pré-natal, planejamento familiar, atendimento ao diabético, hipertenso, tuberculoso, e na maioria destes já era feita também prevenção do câncer, excetuando 2 distritos nos quais os profissionais não tinham sido ainda capacitados.
- Cada equipe dispunha de um veículo para o deslocamento às localidades de atendimento, supervisão das unidades do distrito, transporte de medicamentos, insumos ou equipamentos da S.M.S. para unidade distrital e postos.
- A Coordenação dos Agentes de Saúde que era centralizada, estava descentralizada. Cada enfermeira supervisionava os A.C.S. de

sua área, e isto possibilitou uma melhor qualidade do trabalho destes com as famílias. Semanalmente as enfermeiras reuniam-se com os A.C.S. de sua área para identificar problemas, doentes, pessoas ou grupos em situações de risco, como também para a avaliação da situação vacinal das crianças e gestantes, entre outras atividades.

- Tinha sido realizado um censo vacinal de todas as crianças do município, reativada a entrega de cloro para as famílias tratarem a água, e o soro oral para crianças com diarreia. Os desnutridos estavam sendo acompanhados e começou o trabalho de investigação de óbitos infantis e maternos.

- O perfil de internação começava a mudar, com redução dos internamentos em pediatria e clínica, e aumento dos internamentos em obstetrícia e cirurgia, provavelmente devido aos encaminhamentos feitos pelos médicos e enfermeiros das unidades porta - de - entrada do sistema .

- Os indicadores de cobertura assistencial já assinalavam diferenças positivas, com aumento nos percentuais de gestantes com pré-natal em dia, crianças até 4 meses só mamando, e cobertura vacinal (estes resultados serão aprofundados no 6.º capítulo deste estudo).

- A avaliação feita com os membros dos Conselhos Distritais mostrou a satisfação destes quanto ao trabalho das equipes nos seus distritos, excetuando o distrito de Serra do Félix, no qual havia sido substituída a enfermeira que iniciou o trabalho, pois esta se acidentou. Os conselheiros não aprovaram o trabalho da substituta e, considerando esta avaliação, ficou decidido que após o término da licença, a enfermeira que iniciou o trabalho retornaria.

Foram identificados, também, na avaliação, muitos problemas operacionais relacionados à insuficiência de insumos, de pessoal e outros, tais como o desemprego, a desnutrição infantil, falta de saneamento, dificuldade de transportes, etc.

Percebemos que a partir desta avaliação tínhamos que nos planejar melhor em relação à utilização dos recursos, selecionar prioridades, porque à medida que as equipes se integravam mais à comunidade, se inseriam no contexto de vida das famílias, iam percebendo as necessidades, os fatores condicionantes do processo saúde/doença e as intervenções necessárias. Esta percepção era a prova de que a estratégia era capaz de provocar nos profissionais a preocupação e disposição de enfrentar não só os efeitos ou conseqüências dos problemas, mas também as causas.

Era difícil para toda a equipe municipal de saúde descobrir caminhos ou inventar estratégias para solucionar tantos problemas.

Tínhamos vontade de acertar mas faltavam-nos uma instrumentalização técnica melhor, um assessoramento e, muitas vezes, recursos.

Oportunamente, o município foi selecionado pela Secretaria Estadual para participar de oficinas de trabalho de gerência em SILOS que seriam realizadas pela Escola de Saúde Pública com a Assessoria da DPAS, sendo os instrutores do Núcleo de Saúde Coletiva de Minas Gerais.

Estavam programadas várias oficinas, de Planejamento estratégico Situacional (P.E.S.), gerenciamento por operações entre outras. A Coordenadora, junto com outro técnico, foram indicados pelo

Secretário para participarem. A idéia era a de que os participantes fossem capacitados para ser multiplicadores a nível municipal.

Estas oficinas tiveram um valor inestimável para nós. Da primeira de que participamos, a de P.E.S., saímos com a idéia de que o planejamento é um grande instrumento de gerência, principalmente o P.E.S., e que ao utilizá-lo poderíamos, na prática, enfrentar os problemas de forma estratégica, observando prioridades, dimensionando os limites no controle de variáveis, identificando parceiros para ações intersetoriais na resolução dos problemas.

Repassamos a oficina para a equipe local de saúde, e em pouco tempo surgiu um problema sério em relação à produtividade. Decidimos reunir todos para discutir e explicar o problema, usando o P.E.S. Conseguimos identificar os problemas e a partir daí, as propostas de enfrentamento.

A oficina de territorialização também foi importante e foi repassada por técnicos da 1.^a Regional de Saúde na qual Beberibe estava inserido. Pudemos fazer reajustes importantes que facilitaram o trabalho das equipes durante realização desta.

Refizemos a demarcação dos territórios não mais tendo como parâmetro os limites do distrito administrativo, mas os limites que consideravam as barreiras geográficas, as vias de acesso, as áreas de influência.

Convencionamos as áreas de abrangência de cada equipe por setores censitários, pois precisávamos trabalhar os indicadores de saúde a partir da descrição dos grupos populacionais.

Este dia de trabalho foi muito proveitoso e teve a presença dos agentes de saúde, pois alguns passariam para outras áreas e tinham que participar do processo de elaboração dos novos mapas. Convidamos

também um técnico do IBGE para ajudar na elaboração dos mapas: geral do município, e por área de abrangência. Ele tinha fornecido as carteiras de descrição censitária de cada setor o que facilitou muito a distribuição das famílias de cada área para os agentes de saúde e Equipes Saúde da Família.

A oficina de gerenciamento por operações foi de fundamental importância para nós. Através dela entramos em contato com um novo modelo de gerência mais democrático, com participação de todos a nível decisório através de colegiados de gerência de unidades, a organização das unidades a partir do tipo de produto, a comunicação lateral.

Pessoalmente tivemos uma transformação após esta oficina. Sempre afirmamos que ninguém é a mesma pessoa após ler um bom livro, apreciar uma bonita poesia, assistir a um bom filme, ter uma conversa interessante com um interlocutor inteligente, ou participar de uma oficina de trabalho com bons produtos e conduzida com competência e método pedagógico.

A oficina nos fez pensar no modelo de gerência da Secretaria Municipal de Saúde e na nossa forma de conduzir e coordenar o grupo técnico das áreas descentralizadas de saúde. Tomamos consciência de que em grau menor do que o Secretário, também estávamos gerenciando e forma centralizadora e verticalizada, em coerência com o organograma da S.M.S, tendo inclusive, em algumas ocasiões nos excedido no uso do poder, quando cobrávamos de forma enfática às equipes tarefas ou resultados de desempenho.

Estávamos conscientes de que era muito importante implantarmos um modelo de gerência descentralizado e que isto implicava em desmontar toda a lógica de direção funcionante até então. A mudança no organograma iria mexer nas relações de poder no grupo.

O poder que exercíamos pela função de Coordenadora e Diretora de Departamento iria ser modificado, pois o modelo de gerência descentralizado prevê a horizontalização no mando, e a gestão colegiada em todos os níveis, logo, não teríamos mais a função de “coordenar as equipes” mas talvez a de assessorá-las numa relação horizontal, que não pressupõe subordinação. Era um grande desafio para todos. Enquanto nós teríamos que aprender a deixar as equipes com autonomia, as equipes teriam que aprender a ser autônomas, resolutivas.

Estávamos dispostos e sensibilizados para mudanças. Não sabíamos muito bem era como conduzir este processo de desconstrução da gestão tradicional centralizadora para a construção de uma gestão moderna descentralizadora.

Era uma missão difícil, com muitas implicações e não estávamos nos sentindo instrumentalizada suficientemente e segura para desencadear este processo.

Na oficina, tivemos a oportunidade de conhecer uma experiência interessantíssima de implantação da gestão descentralizada na Santa Casa do Pará, mas este processo foi conduzido com a assessoria de um grupo capacitado e experiente da Universidade de Campinas - Unicamp.

O nosso temor era o de iniciarmos este processo, articular o desmonte da estrutura antiga e por não ter uma assessoria mais operacional e contínua na condução deste, nos arriscarmos a desestruturar um sistema de direção que apesar de tradicional e com distorções estava funcionando, para outro que não sabíamos bem como iria se delinear ou quem iria dar continuidade à sua organização e implantação, principalmente porque, por motivos pessoais, teríamos que

nos ausentar do município ficando apenas o outro técnico que participou da oficina com esta incumbência. Era uma grande responsabilidade.

Era preciso, portanto, um planejamento detalhado das etapas deste processo, um acompanhamento permanente do desempenho das unidades a partir dos contratos dos indicadores de avaliação e metas estabelecidas pelos atores envolvidos.

Fomos participar desta oficina com o compromisso de repassá-la para a equipe local, junto com o outro técnico.

Com esta perspectiva, organizamos em novembro de 1994 uma oficina a nível local sobre gerenciamento por operações. Para a oficina foram convidados todos os funcionários do Centro de Saúde, do hospital e as equipes descentralizadas de saúde.

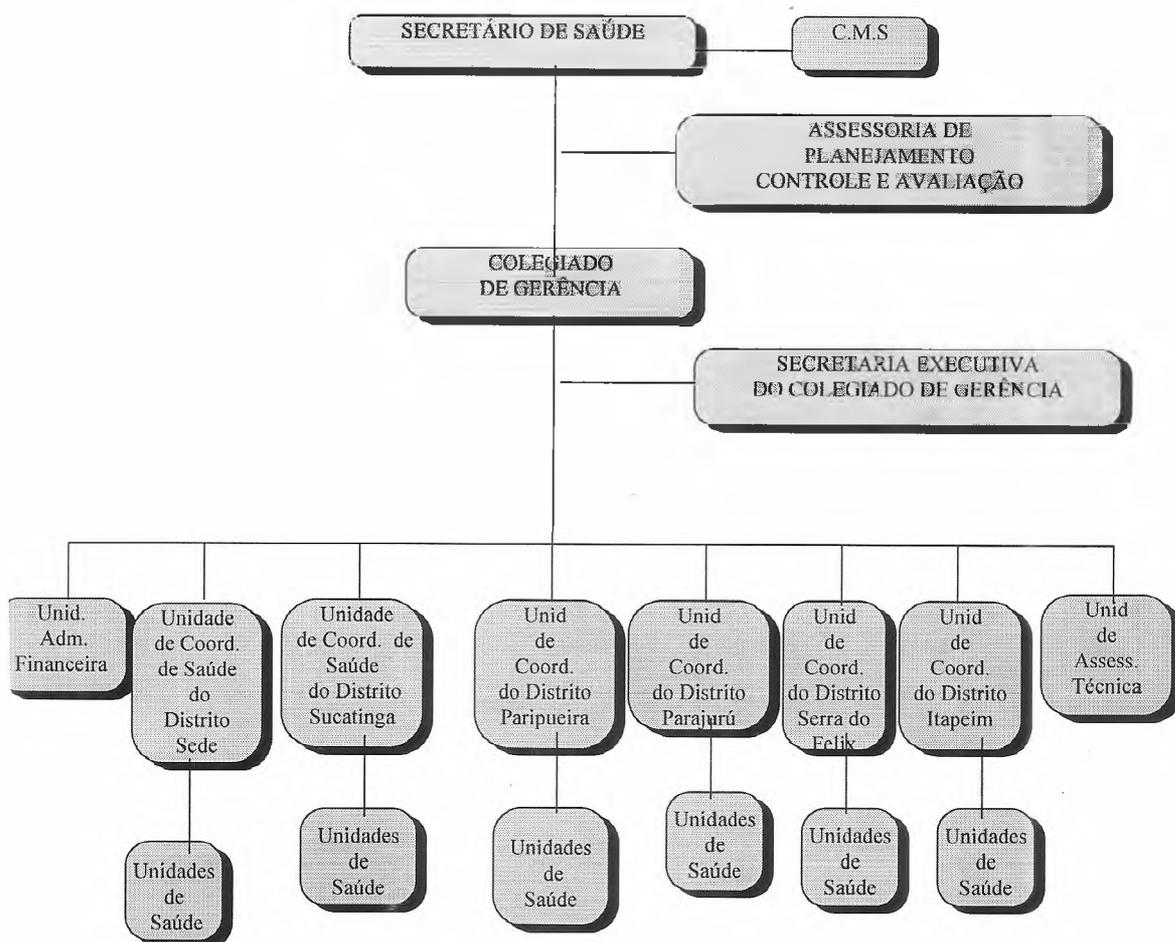
Na oficina todos tiveram oportunidade de discutir as competências, as responsabilidades de cada setor e principalmente as distorções, as dificuldades, os problemas, e as propostas de solução. Na plenária cada grupo apresentou a missão de sua unidade de trabalho, apontando as falhas, e propostas de correções.

Como produto também saiu a proposta de um novo organograma para Secretaria de Saúde (figura 2), que previa um sistema de alta direção e responsabilidade, a horizontalização na hierarquia, a criação dos colegiados de gerência.

Foi pensado num grupo para elaborar o regimento e o novo organograma da S.M.S., que posteriormente seria submetido à Câmara e Vereadores para a aprovação, como também uma Secretaria executiva ligada ao colegiado de gerência que teria o papel de conduzir este processo de transição. Desejávamos compor este grupo na S.M.S., e

nos integrarmos ao mesmo, mas tínhamos estabelecido um prazo para nos ausentar do município, e este já estava se esgotando.

Figura 2: Proposta de organograma da Secretaria de Saúde de Beberibe, em novembro de 1994.



Fonte: Secretaria de Saúde de Beberibe.

A elaboração do regimento do novo organograma da S.M.S., a aprovação deste pela Câmara, e a implantação funcional e operacional do mesmo seriam os próximos passos a serem dados rumo a um novo modelo de gerência.

No final do mês de dezembro de 1994 até meados de janeiro de 1995, as Equipes Saúde da Família tiraram férias coletivas.

Fomos contrária a esta decisão por acharmos que a população não pára de adoecer e não deveria ficar sem assistência por um mês quando havia uma saída, que era a de fazer um escala em que a equipe de cada distrito ficaria de férias em um período e sua clientela seria referenciada para o distrito mais próximo.

A decisão foi tomada numa reunião, em que o Secretário ançou a proposta e na qual as equipes votaram, na grande maioria, a favor.

No início de março de 1995, em reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, como Diretora do Departamento de Ações Básicas e ainda Coordenadora do P.S.F. apresentamos a proposta do novo modelo de gerência.

A nossa grande preocupação era quanto ao preparo da equipe para este processo. Achávamos que era necessária uma melhor instrumentalização de todos para esta mudança, e era preciso mais do que nunca acompanhamento, assessoramento e animadores ou condutores deste processo de mudança na Secretaria Municipal de Saúde. Seriam imprescindíveis, naquele período de transição, reuniões temáticas de avaliação.

Angustiamo-nos muito naquele momento, visto que em breve nos ausentariamos do município. Desejávamos poder contribuir mais

com o processo que estava sendo ali desencadeado. Na verdade tínhamos nos apaixonado pelo trabalho, criado vínculos de amizade com a equipe local de saúde e mais intensamente com os profissionais das Equipes Saúde da Família, os coordenadores dos programas do Centro de Saúde, e com os membros dos conselhos distritais de saúde com os quais tivemos oportunidade de ter discussões enriquecedoras, que foram muito úteis para o nosso aprendizado de vida.

Em meados de maio de 1995, mais uma boa oportunidade. Dois odontólogos do município estariam participando das oficinas de Trabalho visando à “inversão do modelo de atenção de Saúde Bucal”, uma metodologia interessante trabalhada pelo grupo de Estação Saúde de Minas Gerais, com assessoria da OPAS e coordenada pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Era o caminho para a mudança do perfil de Saúde Bucal existente no município

No final de maio de 1995, já havíamos concluído quase 12 meses de observação participante, era o tempo que tínhamos programado para concluir esta fase da pesquisa ” in loco”.

Pretendíamos obter mais alguns dados do processo de construção do novo modelo de atenção do município.

Tínhamos a convicção de que além de termos tido a oportunidade de obter dados e conhecimentos que pudessem gerar esta dissertação de mestrado, como pesquisadora participante, procuramos contribuir da melhor forma possível no processo de construção de um novo modelo de atenção no município, voltado para consolidação do US e o desenvolvimento da prática da vigilância à saúde.

Sabíamos que este seria um processo demorado, com momentos de avanços e de recuos, de erros e de acertos, mas o mais importante era ele ter-se iniciado.

Havia sementes de transformação brotando nas cabeças dos atores envolvidos no processo.

As transformações no Sistema Municipal de Beberibe iriam continuar e historicamente determinariam novos cenários a partir também do relacionamento e intervenções de novos atores num processo dinâmico e essencialmente provisório, em que de uma forma dialética, tanto os atores causariam transformações na realidade como, seriam transformados por esta, construindo assim o processo histórico.

6. OS MOMENTOS MARCANTES, OS CONFLITOS, OS FATORES E ATORES QUE EXERCERAM INFLUÊNCIA DETERMINANTE

6.1. Os Momentos Marcantes

Entrando em contato com o material transcrito das entrevistas realizadas no período de julho a setembro de 1996, pudemos constatar como o conteúdo destas foi rico em relação ao processo de implantação do P.S.F. em Beberibe.

Achamos que a escolha dos entrevistados foi acertada, pois os mesmos nos deram subsídios relevantes para consolidação das análises.

A nossa dificuldade foi a de extrair dos depoimentos apenas partes ou trechos, pois os mesmos eram extensos e continham uma riqueza de detalhes muito grande. Procuramos por este motivo, apresentar, em alguns casos, o texto na íntegra, visando a contemplar aspectos importantes mencionados pelos entrevistados, quando se colocavam diante das perguntas feitas.

Organizamos os dados obtidos através dos depoimentos dos entrevistados, categorizados por temas com a posterior realização de

análises interpretativas que buscaram identificar as coincidências e contrastes nos discursos examinados.

Para facilitar a estruturação das matrizes temáticas e as possíveis utilizações de trechos das entrevistas ao longo deste capítulo ou dos subseqüentes, fizemos uma codificação das entrevistas no quadro 3 abaixo.

Quadro 3: Codificação das entrevistas realizadas no período de junho a setembro de 1996, em Beberibe, por área e categoria de entrevistados.

Entrevista Número	Área de Atuação	Categoria do Entrevistado	Código
1	Paripueira	Médico	E1 Med. Parip.
2	Paripueira	Enfermeira	E2 Enf. Parip.
3	Paripueira	Agente de Saúde	E3 Ag. S. Parip.
4	Sucatinga	Médico	E4 Med. Sucat.
5	Sucatinga	Enfermeira	E5 Enf. Sucat.
6	Sucatinga	Agente de Saúde	E6 Ag. S. Sucat.
7	Parajuru	Médico	E7 Med. Paraj.
8	Parajuru	Enfermeira	E8 Enf. Paraj.
9	Parajuru	Agente de Saúde	E9 Ag. S. Paraj.
10	Beberibe	Secretário de Saúde	E10 SSB

Quando interrogados sobre os momentos mais marcantes na implantação do P.S.F. em Beberibe, os entrevistados posicionaram-se conforme a Matriz 1 a seguir.

Matriz 1 - Os momentos marcantes

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E1 Med Parip	“Ao meu ver, o momento mais marcante foi o início do P.S.F. (...) Quando começou a haver debates, formulações de idéias para ver como implantaria, e a partir destas reuniões, foi decidido que seriam implantadas as equipes em todos os distritos sanitários e todos passariam por um treinamento.”
E2 Enf Parip	“O planejamento inicial, quando os próprios funcionários escolheram os medicamentos para distribuição, a territorialização, a apresentação das equipes no campo de trabalho, o entrosamento com os agentes de saúde.”
E3 AgS Parip	“O que achei mais importante foi que o P.S.F. implantou o programa até as comunidades, a assistência médica até as comunidades.” “Houve envolvimento das comunidades... Eles nem sonhavam que isso ia acontecer como está acontecendo.”
E4 Med Sucat	“O início do programa foi uma coisa que a gente percebeu que modificou a estrutura de saúde do município, porque houve um momento inicial muito forte, um grupo que queria mudar o Sistema de Saúde que até então só tinha a imagem curativa de saúde no município. Eu pelo menos já estou com 15 anos de saúde aqui no município e conheço essa parte de saúde não preventiva, mais curativa, eu trabalhava nisso no hospital, então a partir daí, em 94, foi que entrei e me engajei nesse outro sistema de saúde, da prevenção da saúde.”
E5 Enf Sucat	“Acho que o momento mais marcante foi com as comunidades... Principalmente o contato com o paciente, com a comunidade, que era diferente, você atendia no Centro de Saúde em contato com todo o município, de repente, a gente começa a ter um contato maior com as pessoas dentro das suas próprias residências, a gente saiu só se comunicando, mudando a relação de enfermeira e paciente para a de equipe e cliente... Cada equipe na sua área fazendo análise de todo território para trabalhar, as dificuldades, os transportes, as unidades de cada localidade, o que estava faltando de material, para a gente ter uma visão de como realmente estava a saúde, na expectativa de se fazer uma mudança neste processo todo, numa coisa bem mais acessível à população.”
E6 AgS Sucat	“Nós junto com a equipe que foi escalada pra cá, a gente fez essa reunião com o povo e todos estavam empolgados, e foi muito bonito porque eles estavam naquela ansiedade, foi um momento muito importante.”
E7 Med Paraj	“Os marcantes bons: foi quando conseguimos reduzir a taxa de mortalidade infantil a zero, pois a principal causa de morte no Brasil e nos países subdesenvolvidos é por diarreia e desidratação, e em Parajuru esse índice nestes 2 anos e 4 meses foi zero, não morreu uma única criança por esta causa. Outra causa importante de morte é infecção respiratória e não morreu também nenhuma criança nestes 2 anos e 4 meses por esta causa.” “O marcante ruim: foi justamente o período da greve que marcou toda a história, decidiu o rumo que tomou o P.S.F. aqui em Beberibe.”
E8 Enf Paraj	“Acho que o momento mais marcante foi a formação dos conselhos locais de saúde, cada um se reunia em cada localidade, formava o conselho, explicava bem a filosofia do programa.”

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E9 AgS Paraj	“Foi mais marcante para mim porque melhorou muito, a gente não tinha médico, não tinha uma assistência adequada, depois apareceram muitas coisas, as pessoas gostavam muito, se engajavam melhor no trabalho.”
E10 SSB	“O treinamento das equipes.” “A apresentação do programa à população do município.”

Examinamos o conteúdo dos depoimentos e observamos que o momento marcante mais comum a todos foi quanto ao início da implantação do P.S.F., sendo referenciadas também as discussões preparatórias sobre o novo modelo, o planejamento da reorganização dos serviços e das ações de saúde, o treinamento das equipes, o dia da apresentação da proposta à comunidade, os primeiros contatos com a comunidade, a formação dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde, a descentralização das ações e início das mudanças nas práticas de saúde. Foi mencionado, ainda, como momento marcante as mudanças nos indicadores de saúde.

Na visão dos agentes de saúde, os momentos marcantes foram a permanência da equipe do P.S.F. na comunidade e as reuniões realizadas para discutir os problemas locais no início do programa.

Um médico, colocou como marcante ruim o período de greve, que aconteceu do final de dezembro de 1995 a início de fevereiro de 1996.

Tivemos dificuldades de apontar os momentos marcantes, pois foram muitos, durante aqueles 12 meses de intensa convivência com os diversos atores que participaram mais diretamente no processo. Na nossa opinião, realmente os momentos mais marcantes aconteceram nos 3 primeiros meses, pois foi um período de muito trabalho, muito entusiasmo pelo novo, pelas possibilidades de mudanças.

No caminhar da implantação do P.S.F., tivemos momentos positivos, de integração, de entusiasmo, de satisfação, de alegria, como momentos de crise, de conflitos, de insatisfação, de tristeza, mas éramos um grupo enfrentando a dialeticidade da vida.

Além dos momentos iniciais, foram também marcantes para nós a apresentação da proposta do P.S.F. para a população, a escolha das localidades de atendimento que tentamos conduzir de uma forma democrática, a avaliação trimestral, na qual tivemos a alegria de constatar avanços e mudanças positivas nos indicadores de saúde e de cobertura assistencial. E principalmente, quando fizemos uma avaliação com cada Conselho Distrital sobre o desempenho das equipes, foi gratificante ouvir os elogios dos conselheiros em relação ao trabalho destas. Também marcou a apresentação da experiência do P.S.F. de Beberibe, em Brasília, para os Secretários Estaduais de Saúde do Nordeste, feita por nós junto ao Secretário Municipal de Saúde.

Houve um episódio que nos marcou profundamente, foi no momento em que se discutiam as primeiras férias dos profissionais das equipes descentralizadas. O Secretário defendia férias coletivas e nós defendíamos férias por equipe, respeitando uma escala acordada por todos, pois não admitíamos deixar o atendimento à população totalmente descoberto por 1 mês. Sugerimos ao Secretário que a decisão fosse submetida ao grupo e colocamos as propostas em votação e todos votaram a favor da proposta do secretário, com exceção de uma médica e uma enfermeira de uma equipe. Este fato foi decepcionante.

Outro momento marcante, foi quando por motivos pessoais, optamos por nos ausentar do município. Foi um momento de tristeza, pois estávamos inteiramente envolvida com o processo, com as pessoas do município e com o projeto de consolidação do S.U.S. municipal.

Foram estes, portanto, os momentos mais marcantes do P.S.F. na nossa visão e dos atores envolvidos entrevistados.

6.2. Os conflitos

No processo de implantação do P.S.F. em Beberibe ocorreram alguns conflitos. Na Matriz 2 os entrevistados apontaram aqueles por eles percebidos.

Matriz 2 - Os Conflitos

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E1 Med Parip	<p>“Em relação à comunidade, o maior conflito foi o dela entender a mudança de trabalho... Não é só o fato da pessoa ser consultada e sair com remédio que resolve o problema. Com o tempo a comunidade passa a aceitar muito bem o trabalho, mas no começo é conflitante, eles ligam mais para quantidade que qualidade.”</p> <p>“Em relação aos profissionais e o nível central surgem problemas em relação à falta de direitos trabalhistas dos profissionais. Acho que o ponto básico do conflito é esse.”</p>
E2 Enf Parip	<p>“A questão da interferência política, de interferência do administrador com a equipe.”</p> <p>“A administração não tinha confiança nos profissionais e isso foi uma das causas que dificultou, a questão política.”</p>
E3 AgS Parip	<p>“Quando a população ficou sem atendimento porque a equipe saiu... Tinha uma equipe, uma médica, ela saiu, logo depois houve conflito.”</p>
E4 Med Sucat	<p>“Tudo começou com a parte econômica, a oferta que foi feita durante o período em que todas as equipes vieram para cá, ofertaram uma coisa pra gente e depois começaram a tirar aquilo que eles prometeram. Tudo isso, gerou a greve.”</p>
E5 Enf Sucat	<p>“Pra mim, o conflito que houve foi esta questão da divisão de trabalho, a gente tinha de ser gerente e enfermeira.”</p> <p>“A questão disso não ter sido reconhecido, a gente queria pelo menos um incentivo.”</p> <p>“Eu trabalhava de manhã, tarde e noite. De manhã para atender, a tarde e noite para gerenciar e o salário do mesmo jeito, não está justo.”</p>
E6 AgS Sucat	<p>“O maior conflito foi a greve que houve porque o pagamento estava atrasado, passou acho que uns três meses, aí isso caiu muito e foi um grande conflito, tanto cai a gente, como cai o povo.”</p>

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E7 Med Paraj	<p>“O principal conflito foi justamente entre a equipe e os pacientes, ou seja, a população estava acostumada com o tipo de atendimento em que o doente vem para o consultório e sai com 2 ou 3 vidros de remédio, e com o P.S.F. isto mudou.”</p> <p>“Outro conflito foi porque estavam acostumados com o atendimento de 80 pessoas só num expediente, quando passou para 16, isso gerou conflito.”</p>
E8 Enf Paraj	<p>“Nós nos reunimos bastante, todo o distrito nos recebeu de braços abertos, sem conflito nenhum. Este conflito na implantação não teve não, tivemos foi facilidade.”</p>
E9 AgS Paraj	<p>“A questão do pagamento dos profissionais, foi o conflito que fez com que fosse desacreditado o programa, foi isso, porque não houve o pagamento, teve um tempo que eles tiveram que parar mesmo.”</p>
E10 SSB	<p>“Lotação das equipes dos distritos de Serra do Félix e Itapeim.”</p>

Foi interessante percebermos que, em alguns aspectos, a visão de cada um muda, de acordo com sua realidade, seus interesses, seu ponto de vista.

Em relação aos conflitos identificados pelos entrevistados, percebemos uniformidade nos discursos dos agentes de saúde, todos apontaram como conflito o problema da falta de pagamento, da greve, da saída de profissionais por este motivo, enquanto que os discursos das enfermeiras divergiram bastante, identificaram como conflito interferência política, o problema do excesso de trabalho das enfermeiras que acumulavam tarefas como gerente e como profissional de assistência, e outra não identificou conflito. Enquanto que os médicos, em seus depoimentos, foram mais uniformes, destacaram as questões de direitos trabalhistas e do atraso do pagamento como geradores de grandes conflitos, além da dificuldade da população em se adaptar com as novas práticas de saúde que eram direcionadas também para promoção da saúde.

No nosso ponto de vista, durante os 12 meses em que permanecemos no município, os maiores conflitos foram em relação à produtividade. Como o sistema pagava por produtividade e a tabela de

procedimentos privilegiava as ações curativas, era quase inviável a realização de procedimentos preventivos, denotando total incoerência com o novo paradigma assistencial em processo de implantação, o que gerava angústia nos profissionais.

Além deste, apontamos o problema das férias coletivas e do atraso freqüente do pagamento do S.I.A.-S.U.S., que mensalmente era um grande problema para todos nós e foi gerador de uma demorada greve de quase 2 meses.

Não podemos deixar de referir também os conflitos originários das diferentes “visões de mundo” dos vários atores envolvidos, o que é perfeitamente esperado em grupos heterogêneos.

Estes conflitos e contradições apontados, fazem parte do processo social de mudança, muitas vezes a partir destes é que se dá a superação e transformação da realidade, num permanente caminhar histórico, onde ora os atores sociais transformam a realidade e ora são transformados por ela, num movimento dialético e dinâmico.

6.3. Os fatores facilitadores

Na implantação de estratégias que buscam mudanças, existem sempre elementos que favorecem ou facilitam este processo. Na implantação do P.S.F. em Beberibe, foram apontados pelos entrevistados os seguintes fatores favorecedores, conforme é visto na Matriz 3.

Matriz 3 - Os Fatores Facilitadores

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E1 Med Parip	<p>“O que facilitou foi a vontade de fazer de todo mundo, de se integrar (...) Em termos de recursos para funcionar, houve recursos, no início do programa eles foram direcionados para isto.”</p> <p>“Vontade política é fundamental, se não tiver vontade política não se faz nada (...) O pessoal que se adaptou a este tipo de trabalho, pois se não for um pessoal com uma visão adequada, não dá certo.”</p>
E2 Enf Parip	<p>“Foi a unidade móvel só para o distrito.”</p> <p>“O trabalho junto com os agentes de saúde, e estes terem sido treinados, eles eram como a mola mestra da gente no distrito. Outra coisa que facilitou foi o agente de saúde ser o elo entre a equipe e a comunidade e os conselhos distrital e locais de saúde.”</p>
E3 Ag S Parip	<p>“O agente de saúde colaborou e a comunidade também.”</p>
E4 Med Sucat	<p>“Com o P.S.F. houve uma distribuição de uma maneira ordenada e bem coordenada do atendimento. Cada localidade você trabalhando de acordo com as necessidades daquela localidade.”</p>
E5 Enf Sucat	<p>“Os profissionais que moravam nas localidades favoreceram, pois agem como intercâmbio de comunicação entre a gente que tá chegando agora, “os novatos”, e as unidades (...) Esta questão de ter sido organizado antes, previamente, pra gente estar na localidade, inclusive fazer um atendimento de qualidade. Foi muito bem organizado, a forma como as equipes chegaram nas localidades.”</p>
E6 AgS Sucat	<p>“Eles se empolgaram muito porque era um programa diferente aqui em Beberibe. Nem todos os municípios tiveram esta chance de implantar.”</p>
E7 Med Paraj	<p>“Na minha opinião, foi a acomodação dos profissionais, porque é claro que um profissional acostumado a um certo tipo de vida, não vai se deslocar para um lugar onde não há condição, tem que ter o básico para viver, uma remuneração digna.”</p>
E8 Enf Paraj	<p>“Um dos fatores que favoreceram foi a vontade política, porque sem a vontade política não adianta a gente querer trabalhar. A vontade dos profissionais, que se dispuseram a deixar sua comunidade pra trabalhar aqui.”</p>
E9 Ag S Paraj	<p>“O que facilitou foi que todos estavam disponíveis. No caso de localidades em que o médico atendia nas casas, ou então na escola, houve aceitação da comunidade.”</p> <p>“O trabalho do agente de saúde também facilitou pois a gente já tinha esse trabalho antes da implantação do P.S.F.</p>
E10 SSB	<p>“O momento político, a nossa política de descentralização da saúde.”</p>

A partir da análise dos discursos, em relação aos fatores facilitadores, identificamos como ponto comum a vontade política do Secretário, do Prefeito, da Coordenadora, dos técnicos de promoverem a inversão do modelo de atenção e o diálogo que existia entre todos. Foram

apontados também como fatores facilitadores: todo o planejamento e organização prévia na forma de atender à população; a adequação da infraestrutura, tendo como base a realidade local; os recursos que existiam no início do programa, que conseguiram manter os gastos operacionais; os agentes de saúde e profissionais que já trabalhavam a nível local; a aceitação dos profissionais a este tipo de trabalho; segundo um entrevistado, a acomodação dos mesmos com as condições de trabalho; a disponibilidade de todos; o momento político; a política de descentralização; e a própria comunidade, que aceitou bem o trabalho.

Na nossa opinião, todos esses fatores apresentados foram facilitadores, mas consideramos como os de maior peso, a autonomia gerencial do Secretário, a decisão política dele e do Prefeito de implantarem esta estratégia, os recursos repassados pelo Ministério da Saúde, os quais viabilizaram a infra-estrutura operacional, a instrumentalização em saúde pública do Secretário de Saúde, da Coordenadora e de alguns profissionais do Centro de Saúde e das equipes descentralizadas, a experiência dos técnicos e o diálogo mantido por todos. Estes fatores favoreceram muito o processo de reorganização dos serviços a nível local.

Outro fator fundamental foi a política de descentralização já iniciada, e o nível de organização das comunidades. Já existiam muitas associações comunitárias no Município e isto facilitou a mobilização social para a formação dos Conselhos Locais e Distritais, que tiveram um papel importante neste processo.

Concluimos, portanto, que uma estratégia como o P.S.F., por si só, não é uma garantia de êxito. Na sua implantação existem elementos da realidade que interferem, favorecendo ou dificultando o processo.

6.4. Os fatores dificultadores

Como fatores dificultadores na implantação do P.S.F. em Beberibe, os entrevistados apontaram na Matriz 4 o seguinte.

Matriz 4 - Os Fatores Dificultadores

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E1 Med Parip	“Dificuldades surgiram várias, principalmente em relação aos profissionais que passaram a ter uma responsabilidade muito maior do que tinham anteriormente e não tinham qualquer reconhecimento de direito trabalhista. Então um profissional deste é impedido de adoecer, de sofrer acidente, inclusive sair não pode, não tem férias, você não tem nada. O salário não condiz com a realidade do mercado.”
E2 Enf Parip	“Dificultou mais foi a questão da interferência política.” “Dificultou também o nosso trabalho foi a diminuição da verba da saúde. As estradas também dificultaram, em época de inverno quase não podíamos transitar. Os profissionais do P.S.F. não têm a segurança dos direitos trabalhistas.”
E3 AgS Parip	“No início teve dificuldade da moradia dos médicos, mas depois foi resolvida.”
E4 Med Sucat	“Eu acho que as dificuldades foram econômicas, quer dizer, hoje a gente não tem o material que a gente tinha antes, não houve mais reposição, a gente tinha toda aparelhagem no início, mas aos poucos, em 2 anos, está se acabando. Não temos quase medicamento. O próprio período político, que está chegando, dificulta, agora houve uma queda muito grande e até pode-se dizer uma ruptura do programa.”
E5 Enf Sucat	“Acho que primeiro a questão cultural mesmo da localidade, teve várias dificuldades pra gente, o dinheiro também, as condições do nosso contrato.” “Foi uma grande dificuldade na implantação como nós encontramos as unidades, a falta de material, falta de condições dos agentes de saúde.” “Dificuldades a nível mesmo local e das pessoas entenderem realmente qual era o nosso papel.”
E6 AgS Sucat	“É porque as pessoas queriam ser atendidas logo tudo na hora, mas não podia, aí a gente teve de dizer pra eles como era o P.S.F., como era que ia acontecer.”
E7 Med Paraj	“Na minha maneira de ver, uma dificuldade é prender o profissional de nível superior, porque com o salário que está se pagando não se prende profissional nenhum, por isso a grande rotatividade. Segundo, a falta de medicamentos, os constantes atrasos nos pagamentos, tudo isso dificulta muito, principalmente a política econômica.”

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E8 Enf Paraj	<p>“As distâncias e as barreiras geográficas.”</p> <p>“Está dificultando o desenvolvimento do programa a falta de medicamentos, a falta de manutenção dos meios de transporte. No distrito distante, que não tem infra-estrutura pra manter a equipe, as equipes não passam 6 meses e se desestruturam, sai o médico, sai a enfermeira, aí quebra o trabalho, e a comunidade sente mesmo esse problema.”</p>
E9 AgS Paraj	<p>“Eu acho que foi a questão do pagamento dos profissionais, teve uma época inclusive que teve greve, e o programa passou a ser desacreditado, eu acredito que tinha gente até que pensava que tinha acabado. A mudança de área, também dificultou.”</p>
E10 SSB	<p>“A formação dos profissionais, principalmente os médicos (inadequada para o tipo de trabalho).”</p>

Em relação aos depoimentos dos médicos, foram apontados como elementos dificultadores a política econômica, tendo destaque os salários, considerados baixos para a responsabilidade e trabalho que assumiam, o atraso permanente do pagamento destes, a falta de vínculo empregatício. A maioria dos profissionais era contratada por serviço prestado, sem os direitos trabalhistas, tendo como consequência a dificuldade de fixação destes nas áreas descentralizadas, principalmente o médico. Daí a alta rotatividade de profissionais no município.

As enfermeiras, além de se referirem à falta dos direitos trabalhistas, identificaram outros elementos dificultadores, como a redução da verba de saúde e a consequente falta de infra-estrutura de trabalho, a interferência política no trabalho das equipes, fatores culturais (dificuldades de as pessoas aceitarem a nova forma de fazer saúde, mais voltada para promoção da saúde e prevenção das doenças), as distâncias e barreiras geográficas.

Os agentes de saúde reforçaram as questões trabalhistas, que culminaram com uma greve, prejudicando a população. Preocuparam-se também com o descrédito da proposta e mencionaram a exigência, por parte

dos pacientes e clientes, quanto ao atendimento imediato nas unidades de saúde.

Já o Secretário de Saúde destacou a formação inadequada dos profissionais, principalmente a dos médicos para trabalharem no P.S.F.

Concordamos com a indicação de todos esses elementos dificultadores e enfatizamos o destaque feito pelo Secretário. Achamos que existe um grande descompasso entre a Universidade e os serviços de saúde. É necessário uma reformulação curricular nos cursos da área da saúde, visando a uma adequação da formação profissional ao Sistema de Saúde criado para o País.

Se a formação dos profissionais da área de saúde fosse voltada para a integralidade da assistência, para a promoção de saúde, para o trabalho multidisciplinar, para utilização eqüitativa dos conhecimentos de clínica e epidemiologia, para visão do homem como ser holístico, inserido num contexto familiar e social, a construção de modelos de atenção coerentes com o SUS teria um processo bem menos demorado.

Mas temos a opinião de que um dos elementos dificultadores da implantação de propostas como o P.S.F., seja a insuficiência de recursos e o sistema de financiamento do SUS, totalmente incoerente com o novo paradigma.

Portanto, desta premissa nos indagamos, como os serviços de saúde podem ser resolutivos e oferecerem uma assistência integral quando, por exemplo, segundo informações dadas pelo Diretor do Hospital Monsenhor Dourado de Beberibe, a vacina RHOGAN, destinada a gestantes com RH negativo, custa R\$ 100,00 e o S.U.S. paga R\$ 36,00. Em relação ao custo de uma cirurgia de fimose, só o plastibel utilizado na correção custa R\$ 26,00 e o S.U.S. paga por todo procedimento R\$ 25,00. Estes dados mostram o quanto é difícil a prestação de uma atenção de qualidade quando é considerada a análise de custo.

É preciso que o Governo Federal repense o financiamento da saúde, destine mais recursos para o setor, como o Estado também, porque experiências operacionais de consolidação do SUS a nível municipal bem sucedidas já temos, mas na maioria delas, o financiamento se torna o grande elemento dificultador. Cabe ao poder público, portanto, priorizar a assistência à saúde, injetando recursos financeiros que sejam suficientes para viabilizarem serviços de saúde eficientes e eficazes.

6.5. Os atores que exerceram influência determinante

Matriz 5 - Os Atores que Exerceram Influência Determinante

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E1 Med Parip	“Eu acho que todos os atores foram importantes. O Governo, tanto no nível federal como municipal que tiveram vontade de fazer, os profissionais de saúde, que se engajaram de corpo e alma no projeto e tiveram muita vontade de mudar o que existia, as lideranças comunitárias, que apesar das dificuldades no início, conseguiram entender a mudança e aceitar muito bem.”
E2 Enf Parip	“Primeiro a comunidade, depois os agentes de saúde, terceiro as equipes, quarto a Coordenadora do P.S.F., quinto o próprio Secretário de Saúde, e sexta a prefeitura e conseqüentemente vem o Estado e a União.”
E3 Ag S Parip	“Os agentes de saúde que ajudaram, o Dr. Marcos (Secretário), o Dr. Paulo (Assessoria), a Igreja, os professores, porque eles, os professores, formaram também reuniões e explicavam, para o povo, eles ajudaram também nisso.”
E4 Med Sucat	“Aqui foi bilateral, teve uma força muito grande do Secretário, da Coordenadora do município. A Coordenadora é uma pessoa muito aberta, muito acostumada a este tipo de trabalho e isso aí ajudou muito a gente chegar ao conhecimento que a gente tem, de aprender sobre o Programa Saúde da Família, porque até então a gente só tinha nos livros, no papel, mas ela veio pra que a gente sentisse realmente que o trabalho era um trabalho de prevenção, um trabalho de grupo, de resposta, tanto é que logo no início teve uma diminuição no número de óbitos infantis. Aqui a gente tinha muito no hospital, a transferência pra Fortaleza diminuiu, o hospital diminuiu a carga, então a participação dos dois foi importante e em contrapartida teve uma participação grande desses profissionais, porque éramos equipes, o município foi dividido, cada grupo tinha interesse em melhorar a qualidade de vida daquela população.”

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E5 Enf Sucat	“Dra. Imaculada, que era a Coordenadora, eu admiro muito o trabalho dela, Dr. Marcos (Secretário), os próprios profissionais, não todos, mas pelo menos uma parte estavam indo muito mais por acreditar no P.S.F. Muita gente saiu. Algumas pessoas pensavam na melhoria do trabalho, mas também mexeu com a questão do seu amor pela profissão, e em uma mudança que poderia ter, em acreditar na saúde pública. No início, Dr. Paulo (Assessoria de Planejamento do município) também estava empolgado, a Dra. Imaculada. Eu não senti isso da parte do Prefeito, a nível de autoridade local, eu não senti um apoio muito grande por parte da prefeitura, envolvimento dos vereadores, só da parte da própria Secretaria.”
E6 AgS Sucat	“Os agentes de saúde porque a gente mostrou que ia ser bom para a comunidade, a Vitória que trabalha aqui no posto de saúde, o João Fernandes, que agora é da Associação e a Flavilda, que também a gente chamou para fazer parte do Conselho Local, que foi formado há pouco tempo... Aí a gente, a comunidade.”
E7 Med Paraj	“Fica difícil de dizer, porque a gente pode esquecer alguém, mas assim de cabeça a gente pode lembrar o nome do nosso Secretário de Saúde, a Dra. Imaculada, que foi a mola mestra, o ponto chave pra implantação do P.S.F. aqui em Beberibe, e pra trazer os recursos todos sabem que foi o Dr. Paulo e é claro com o apoio também do prefeito.”
E8 Enf Paraj	“Foi a equipe, os agentes de saúde.”
E9 Ag S Paraj	“Não estou lembrando, foram os agentes de saúde, a equipe mesmo.”
E10 SSB	“A enfermeira Imaculada (Coordenadora) e os profissionais lotados na sede do município.”

A identificação dos principais atores do processo de implantação do P.S.F. pelos entrevistados, teve uma diferença maior só na colocação de importância, mas a maioria identificou como atores de influência determinante: o Secretário; a Coordenadora do P.S.F.; o Assessor de Planejamento; os profissionais de saúde; as lideranças comunitárias; os agentes de saúde; os Governos Federal e Municipal. Tendo sido ainda apontados os professores, a Igreja, os profissionais lotados na sede do município, além de alguns funcionários de postos de saúde e membros dos Conselhos Locais.

Estamos de acordo com a identificação dos atores e além de todos já apresentados, acrescentamos os membros dos Conselhos Municipal, Distrital e Locais de Saúde, que apesar de, no início não terem tido uma atuação muito evidente, à medida que foram adquirindo conhecimento e

manejo com a política de saúde municipal, deram contribuições significativas para a construção do novo modelo de atenção que estava sendo implantado.

Achamos que a identificação do Secretário de Saúde como um dos principais atores no processo de implantação do P.S.F. se deu pela função que exercia como gestor municipal de saúde e pelo poder de decisão de que dispunha. Na verdade, este projeto se tornou viável devido ao apoio político dado por ele e pelo Prefeito Municipal. Sem este apoio, não teriam sido contratados os profissionais das Equipes Saúde da Família, não teriam sido adquiridos os equipamentos, os medicamentos e material de consumo, os veículos não teriam sido restauradas e ampliadas as unidades.

Achamos, portanto, que a sensibilização e apoio positivo destes atores (Secretário de Saúde e Prefeito) constituíram pré-condições para o êxito desta estratégia de reorganização dos serviços a nível municipal.

O papel da Coordenadora foi destacado também, provavelmente por ser esta a pessoa que tinha contatos mais diretos e mais freqüentes com as Equipes Saúde da Família e com os Conselhos Distritais por ocasião das reuniões de rotina de acompanhamento e avaliação, e por funcionar como elo de ligação entre a equipe de saúde e o gestor municipal de saúde. Todas as demandas e problemas identificados nas reuniões eram repassados para o Secretário, que buscava encaminhá-los ou solucioná-los.

A importância dos profissionais das Equipes Saúde da Família, dos Agentes de Saúde e dos outros técnicos de nível local foi ressaltada porque sem estes atores, não haveria operacionalização das ações e nem seria implementada a estratégia.

Neste contexto os membros dos Conselhos de Saúde também tiveram papel fundamental no planejamento e controle social das ações de saúde.

Em um projeto coletivo como este de mudança do modelo de atenção de saúde a nível municipal, todos os atores envolvidos têm a sua importância.

As metas e objetivos propostos são atingidos à medida em que cada um cumpre sua tarefa e seu papel. Em Beberibe, as mudanças ocorridas foram resultantes do esforço conjunto dos gestores municipais (Prefeito e Secretário Municipal de Saúde) e de toda a equipe local de saúde e da população residente.

7. AS MUDANÇAS OCORRIDAS NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Tivemos a oportunidade de reunir elementos que nos possibilitaram uma análise sobre os resultados e/ou mudanças observadas no Sistema Municipal de Saúde (S.M.S.) com a implantação do P.S.F., tendo como ponto de partida o diagnóstico situacional realizado no momento inicial de implantação do programa.

Tentamos apresentar neste capítulo as mudanças ocorridas no SMS de Beberibe e/ou resultados obtidos considerando o delineamento das situações-objetivo esperadas após 12 meses de implantação do P.S.F. e os indicadores de avaliação previamente definidos no Capítulo 3, tendo como parâmetros os princípios e diretrizes do S.U.S.

Em relação ao princípio do S.U.S., da participação popular, tinha sido definida uma situação-objetivo, na qual a gestão municipal de saúde estivesse mais democratizada e com maior espaço para participação popular no controle das ações e serviços de saúde.

No decorrer da implantação do P.S.F. foram formados 7 Conselhos Distritais de Saúde e 50 Conselhos Locais de Saúde. As Equipes Saúde da Família reuniam-se mensalmente com os membros dos Conselhos Distritais

de Saúde para discutir os problemas de saúde da área e as estratégias locais no enfrentamento destes.

O Conselho Distrital de Saúde era composto por representantes dos vários Conselhos Locais de Saúde, que nas reuniões ordinárias mensais definiam resoluções que eram encaminhadas ao Conselho Municipal para apreciação e posterior deliberação.

Dentre as resoluções definidas nos Conselhos Distritais, destacamos: a definição dos locais e horários do atendimento de saúde; locais para construção de unidades de saúde; estratégias locais de combate a endemias e epidemias, como no caso da cólera e dengue; permanência ou transferência de membros da equipe local de saúde, considerando o nível de satisfação da população em relação aos mesmos; liberação das ambulâncias distritais a cargo da equipe de saúde durante a semana, e a um membro do Conselho Distrital no final de semana, tirando esta competência das mãos de vereadores, entre outras. Ressaltamos que estas resoluções foram referendadas pelo Conselho Municipal de Saúde e acatadas e executadas pelo gestor municipal de saúde.

Podemos afirmar portanto que a gestão de saúde ficou mais democratizada e criou-se maior espaço para participação popular. Destacamos o papel importante dos membros das Equipes Saúde da Família na organização e formação dos Conselhos, em especial o das enfermeiras, que por serem gerentes dos distritos de saúde eram membros do Conselho Municipal, e levavam e defendiam as resoluções definidas nos Conselhos Distritais, além de conduzirem as reuniões ordinárias destes.

Mesmo com estes avanços em relação aos Conselhos Distritais e Locais de Saúde, observamos que havia algumas insatisfações em relação ao Conselho Municipal de Saúde por parte de membros das Equipes Saúde da Família, como denota este depoimento de um entrevistado.

“Você pensa que o Conselho de Saúde seja uma coisa atuante e eficiente para coibir desmandos na área da saúde, mas não é. Isto porque na maioria das vezes o que acontece é que o Conselho Municipal é manipulado pelos Secretários e as pessoas normalmente não têm esclarecimentos, e os poucos que têm são impedidos de falar, como lá em Beberibe mesmo a gente vê casos assim.” (El Med Parip)

Quanto à diretriz do S.U.S. da descentralização gerencial, as situações-objetivo previstas foram: a gerência dos serviços de saúde mais descentralizada; maior integração da equipe local de saúde com o desenvolvimento das ações de saúde de forma integrada.

Pudemos constatar alguns avanços significativos em relação à descentralização gerencial, pois apesar de o município há algum tempo já ter iniciado este processo com o deslocamento de alguns profissionais para atuarem nos distritos, com o P.S.F. houve mudanças mais amplas, que apresentamos de forma resumida a seguir:

- Foi criada a função do gerente distrital de saúde, e indicada uma enfermeira para desempenhá-la em cada distrito administrativo, ficando sob sua responsabilidade a gerência dos problemas administrativos, técnicos e epidemiológicos de sua área de abrangência. Para exercer esta função, cada enfermeira recebia uma gratificação e uma pequena quantia de recursos financeiros para manutenção da unidade distrital de saúde. Ressaltamos que apesar de existirem funcionalmente, as gerências distritais oficialmente não existiam, pois a proposta de organograma da SMS que inseria as gerências distritais, não havia sido submetida à apreciação pela Câmara dos Vereadores.

- Foram descentralizados profissionais de nível superior para os distritos de saúde, que após a territorialização se subdividiram em áreas descentralizadas de saúde, delimitadas a partir de setores censitários, considerando as barreiras geográficas, técnicas ou culturais existentes e a adstrição de clientela. Ficaram delimitadas 7 áreas, e em cada uma destas morava um médico e uma enfermeira que trabalhavam em tempo integral de segunda a sexta feira. Em algumas áreas, o dentista também integrava a equipe.

No Quadro 4, mostramos a situação dos recursos humanos a nível descentralizado antes e depois da implantação do P.S.F.

Quadro 4: Situação dos Recursos Humanos de nível superior, por categoria profissional e área descentralizada de saúde. Beberibe-Ce. Em maio de 94 a maio de 95.

Categoria Profissional	Maio de 94 (antes do PSE)							Maio de 95 (após o PSF)						
	Áreas Desc. de Saúde							Áreas Desc. de Saúde						
	Sede	Suc	Pari	Para	Itap	Serr	Bq	Sede	Suc	Pari	Para	Itap	Serr	Bq
Médico	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	1	1	1	1
Enfermeira	-	-	1	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1
Dentista *	1	-	1	1	-	-	-	2	1	-	1	-	1	-
TOTAL	-	-	2	1	-	-	-	3	3	2	3	2	3	2

Fonte: Secretaria de Saúde de Beberibe.

(*) Em maio de 95, excetuando o dentista da sede, que cumpria oito horas, os outros três dividiam 32 horas de trabalho com 2 distritos, respectivamente: Sucatinga/ Paripueira; Parajuru/ Itapeim; Serra/ Boqueirão

- Ficaram estabelecidas reuniões quinzenais que tinham como participantes os integrantes das Equipes Saúde da Família das áreas

descentralizadas de saúde, a Coordenadora Municipal do P.S.F., os coordenadores dos programas especiais, os representantes das unidades de referência municipal e o Secretário de Saúde. Nestas reuniões eram discutidos os problemas administrativos, técnico-gerenciais e epidemiológicos ocorridos em cada área, problemas de referência e contra-referência que ocorriam no sistema de saúde e outros problemas operacionais na execução dos serviços de saúde. De forma integrada, todos procuravam identificar resoluções e encaminhamentos para as diversas categorias de problemas, que posteriormente eram providenciados pelo gestor municipal.

- A Secretaria Municipal de Saúde se organizava para criar e implantar o Colegiado de Gerência, que deveria ser formado por representantes das várias unidades de serviço e se reuniria mensalmente para discutir e encaminhar os problemas da Secretaria Municipal de Saúde. Em seminário realizado em novembro de 1994, foi elaborada uma proposta de organograma para esta Secretaria e também uma Secretaria Executiva para coordenar a mudança da estrutura organizacional que passaria a ter um caráter mais horizontal e tudo isto deveria ser submetido à aprovação da Câmara de Vereadores. Após nos ausentarmos do município, este processo sofreu uma parada. Em depoimentos recentes de profissionais entrevistados nesta pesquisa, no terceiro trimestre de 1996, percebemos uma certa insatisfação por parte destes em relação ao modelo de gerência vigente, principalmente quanto à falta de um sistema de acompanhamento e avaliação. Selecionamos dois destes depoimentos que representam o conjunto dos que se manifestaram sobre o tema.

“Hoje não são mais aquelas equipes que iniciaram. Tem o grupo de Paripueira que fica em Paripueira, não existe mais aquelas reuniões que a gente fazia para fazer algumas coisas, quebrou isto aí. (...)”

Houve desintegração. A gente está trabalhando muito solto, cada um fazendo o que quer, como quer, embora obedeça uma carga horária de 8 horas, mas você vai do jeito que você quer. Hoje não quer trabalhar assim, vai trabalhar assado.” (E4 Med Sucat).

“Infelizmente não estão mais havendo aquelas reuniões que a gente tinha mensais ou quinzenais com as equipes. (...) Não há na coordenação esse interesse que a gente tinha de unir, discutir problemas, o que pode melhorar, o que pode tirar idéia de um para passar para outro.” (E8 Enf Paraj).

Pelos depoimentos, percebemos que não avançou muito o processo de construção do novo modelo de gerência colegiada.

Na nossa opinião, os técnicos que ficaram com a incumbência de conduzir o processo de mudança não estavam instrumentalizados suficientemente para este trabalho, ocorrendo equívocos em relação ao modelo de gerência, deixando as equipes trabalharem sem coordenação e sem avaliação sistemática. Não foi considerado que numa gestão descentralizada, como diz CECÍLIO, não basta dar autonomia às unidades de trabalho, é preciso ter a gestão colegiada em todos os níveis (com a criação dos colegiados de gerência), viabilizar a comunicação lateral entre as unidades, buscando a solução conjunta no enfrentamento dos problemas e como elemento fundamental do sistema de gestão, o processo de avaliação. No modelo de gestão descentralizada da Santa Casa do Pará, o mesmo autor apresenta, em um triângulo, as bases do sistema de direção e diz que a “amarração do sistema” é facilitada por um processo sistemático de avaliação de resultados. (CECÍLIO, 1994).

Ao nosso ver, tais equívocos comprometeram o sistema de direção da Secretaria Municipal de Saúde. As Equipes Saúde da Família ficaram trabalhando de forma espontaneísta, sem um projeto definido, sem indicadores de desempenho estabelecidos e sem um sistema de avaliação e prestação de contas. As equipes ficaram desestimuladas com o processo, com os problemas de atraso de seus vencimentos, com o não atendimento dos direitos trabalhistas. Estas insatisfações culminaram com uma greve e com a saída de muitos profissionais.

Podemos afirmar, portanto, que os avanços em relação à descentralização gerencial do sistema municipal de saúde de Beberibe foram discretos e que é preciso, ainda, aperfeiçoar bastante o modelo de gestão.

Quanto ao princípio do S.U.S., da universalidade do acesso, a situação-objetivo traçada era ter os serviços de saúde mais acessíveis à população, resolutivos e organizados em nível de complexidade crescente. Em relação a este princípio, observamos o seguinte, na fase final de coleta de dados desta pesquisa:

- As Unidades Distritais de Saúde estavam reequipadas e em processo de ampliação física, sendo que em três das seis unidades, estava sendo construída sala para observação temporária de pacientes para o acompanhamento médico por algumas horas, evitando maiores gastos com transportes e de internação hospitalar na sede municipal.

- As Equipes Saúde da Família já tinham sido treinadas para a atenção especial à mulher, à criança, aos hipertensos, diabéticos, tuberculosos e hansenianos. Em relação à prevenção de câncer, duas equipes faltavam ser treinadas. Todas estas ações eram ofertadas a nível distrital e a Unidade Distrital já funcionava como porta de entrada para o sistema municipal de saúde.

- O sistema de referência e contra-referência estava em processo de implantação, com falhas, principalmente, na contra-referência conforme descrevemos em seguida.

- Já havia sido adquirido um veículo para cada equipe de saúde trabalhar nas suas áreas e em quatro das seis áreas já havia ambulância para o transporte de pacientes em situações de urgência e emergência.

- Estava sendo executado um cronograma de atendimento descentralizado, privilegiando as localidades de difícil acesso e com maior concentração de famílias. No Quadro 5, apresentamos as localidades cobertas pelo atendimento em cada área. Esclarecemos que em algumas destas localidades, o atendimento era realizado em unidades improvisadas (Unidades Alternativas), cedidas pela população local; em outras, era feito em Postos de Saúde localizados na Sede Distrital (Unidades Distritais de Saúde).

Quadro 5: Situação das Unidades de Atendimento descentralizado de Saúde por área. Beberibe-Ce. Em maio de 1994 e maio de 1995.

ÁREAS	Maio de 1994				Maio de 1995			
	Unid. Distrit.	Postos Saúde	Unid. Altern.	Total	Unid. Distrit.	Postos Saúde	Unid. Altern.	Total
Sede	-	04	-	04	01	04	12 *	17
Sucatinga	-	03	-	03	01 **	03 **	07	11
Paripueira	-	03	-	03	01 **	03	04	08
Parajuru	-	03	-	03	01	-	10	11
Itapeim	-	03	-	03	01 **	02 **	09 **	22
Serra	-	07	-	07	01	05 **	16	22
Boqueirão	-	-	-	-	01	03	02	06
TOTAL	-	23	-	23	07	20	60	97

Fonte: Secretaria de Saúde de Beberibe.

- (*) Unidade Distrital: é uma denominação usada para Postos de Saúde das sedes distritais após ampliação e reequipamento.
- (**) Unidades nas quais são realizados partos.

- O hospital de referência municipal já estava se estruturando para desempenhar atenção em nível secundário. Com esta finalidade, contratou um cirurgião e anestesista por 40 horas semanais, convencionou novos serviços especializados e de reabilitação.

Na nossa opinião, o resultado mais evidente com a implantação do P.S.F., além do impacto nos indicadores de saúde, foi a melhoria no acesso aos serviços de saúde por parte da população. Com as equipes residindo nos distritos e atendendo de forma descentralizada em localidades de difícil acesso, rompendo barreiras geográficas e ofertando ações básicas de saúde de grande resolutividade o mais próximo possível das moradias das famílias adstritas, conseguiu-se a efetivação de um dos princípios mais importantes do S.U.S., que é o da universalidade do acesso. Mesmo que tenha sido de forma parcial, foi um grande avanço.

Pudemos constatar estes fatos nos depoimentos dos agentes de saúde entrevistados, que são também membros dos Conselhos de Saúde e representantes legítimos da comunidade.

“Para mim, o P.S.F. expandiu no sentido de que agora toda a comunidade aqui vai ao médico e à enfermeira na sua própria localidade de moradia. Agora aqui tem uma seriedade que é a Unidade Distrital, onde toda a comunidade é atendida.” (E6 AgS Sucat).

“Achei importante o P.S.F. ter implantado a assistência médica até as comunidades.” (E3 AgS Parip).

“Na minha opinião, o Sistema de Saúde tem que melhorar muito, mas já melhorou sim, porque agora a pessoa tem o médico com mais facilidade quando precisa. Não tem que sair procurando. Agora, o médico se desloca para as comunidades mais distantes.” (E9 AgS Paraj).

Pelos depoimentos, observamos a satisfação dos entrevistados com a assistência de saúde a nível municipal, principalmente no aspecto da acessibilidade aos serviços de saúde.

O princípio do S.U.S. da Integralidade da Atenção é, talvez, o mais difícil de operacionalizar-se, de tornar-se efetivo. Em relação a este princípio, foram delineadas as seguintes situações-objetivo: melhor oferta a nível municipal das ações de promoção da saúde; prevenção e cura de doenças e de reabilitação; programação físico-financeira do SIA-SUS contemplando procedimentos nos vários níveis de complexidade; melhoria nos indicadores de saúde e de cobertura assistencial.

Considerando os indicadores de avaliação definidos previamente no Capítulo 3, elaboramos esta análise avaliativa.

- Apesar do P.S.F. ter possibilitado avanços quanto ao desenvolvimento das ações de proteção à saúde, de prevenção e cura de doentes e de reabilitação, no município em estudo, em relação à promoção à saúde, estes avanços não foram tão expressivos.

Observamos que com a implantação das Equipes Saúde da Família nas áreas descentralizadas de saúde, tentando operacionalizar o modelo de vigilância à saúde, foram implementadas muitas ações, antes não desenvolvidas, direcionadas à integralidade de assistência. Na verdade o sistema de saúde como um todo, reorganizou-se e reestruturou-se para viabilizar a efetivação deste princípio.

Em relação à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, as equipes de saúde passaram a desenvolver ações como: educação em saúde nos vários contatos com os indivíduos ou famílias das comunidades; sessões educativas dirigidas a grupos especiais de estudantes, adolescentes, gestantes, mães nutrizes, portadores de hipertensão, diabetes

ou AIDS, viciados em droga, entre outros; busca ativa das doenças prevalentes como hipertensão, diabetes; pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer ginecológico na unidade distrital e em alguns casos nas localidades de difícil acesso; vacinação sistemática em todas as localidades de atendimento; fornecimento de leite aos desnutridos e acompanhamento ponderal destes, além de experiências com a alimentação alternativa em algumas áreas; mutirões de combate a endemias ou epidemias, como a do dengue e da cólera; movimentos reivindicatórios com a comunidade, visando a solucionar problemas coletivos, como acúmulo de lixo ambiental, animais soltos, inexistência de matadouros, chafarizes danificados, entre outros; reuniões com as comunidades para discussão dos problemas prioritários de saúde, suas causas e fatores condicionantes e as estratégias locais de enfrentamento destes e sobre os hábitos saudáveis e os prejudiciais à saúde individual, coletiva e ambiental. Além destas ações, a S.M.S. garantia a distribuição de hipoclorito a nível domiciliar pelos agentes de saúde para o tratamento da água. Foram estas, portanto, as mudanças positivas identificadas quanto ao desenvolvimento de ações promocionais e preventivas.

Em relação às ações curativas, esta estratégia viabilizou o diagnóstico e tratamento precoce de várias doenças que incidiam sobre a população de cada área de saúde, evitando muitas complicações que culminavam com óbito, como acontecia com as diarreias e infecções respiratórias agudas em crianças e com as doenças cardiovasculares em adultos. Perto de sua moradia, os clientes dispunham de uma atenção à saúde de mais fácil acesso e com um razoável nível de resolutividade, além de acompanhamento sistemático se fossem portadores de doenças crônicas ou de longo tratamento, como hipertensão, diabetes, AIDS, tuberculose, hanseníase e câncer. Aqueles casos de doenças que não podiam ser

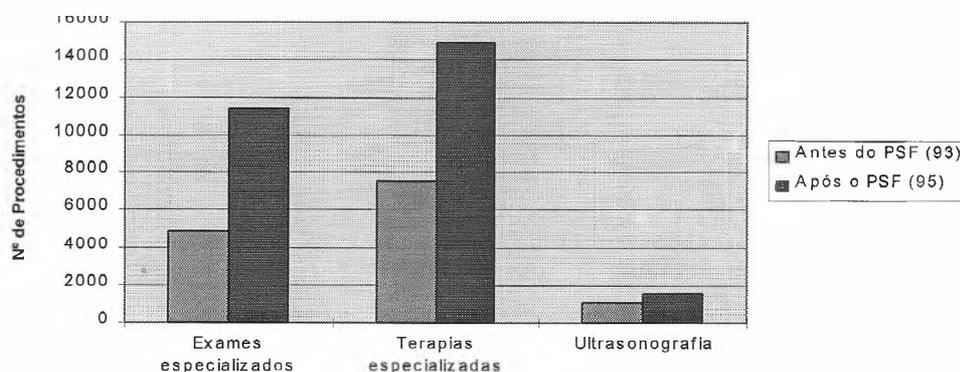
resolvidos nas unidades distritais, eram encaminhados para o hospital de referência municipal, que se estruturava para ser resolutivo na atenção secundária, referenciando para os hospitais mais especializados apenas os casos mais complicados. Os convênios mantidos pela Secretaria Municipal de Saúde garantiam a assistência mais especializada e de alto custo como aquela prestada aos doentes renais crônicos e portadores de câncer.

Em relação às ações de reabilitação, a S.M.S. fez convênio com uma clínica de fisioterapia que oferecia vários procedimentos, e garantiu na programação físico-financeira do S.I.A.-S.U.S, recursos para outros serviços especializados, se necessários.

Pudemos observar as mudanças na assistência ambulatorial com a implantação do P.S.F., através dos gráficos apresentados a seguir, referentes à programação física de atendimento ambulatorial no ano de 1993 e no ano de 1995. Houve um aumento significativo na programação de exames e terapias especializadas, no atendimento médico e odontológico, bem como em fisioterapia, indicando que o município não só avançou na atenção básica mas também na mais especializada.

No Gráfico 1 pudemos constatar o incremento na atenção especializada, com o número de exames e terapias especializadas aumentados em mais de 50%.

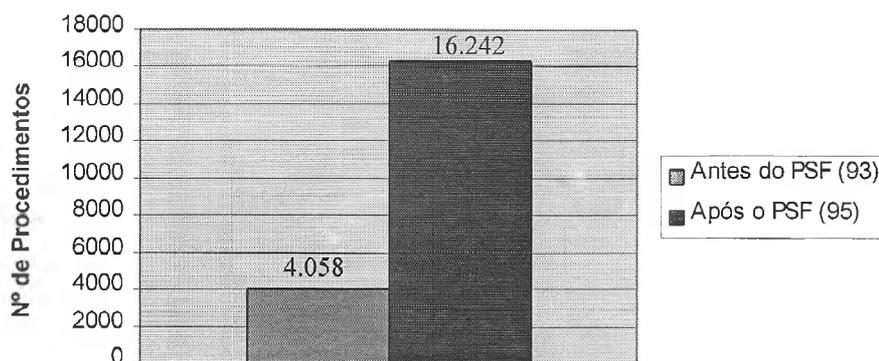
Gráfico 1 - Produção física de atendimento ambulatorial na atenção especializada. Beberibe-Ce. Nos períodos de jan a dez de 93 e jan a nov de 1995.



Fonte: NUINF/ APC/ SESA.

A produção física na atenção reabilitadora aumentou sensivelmente, principalmente na área de fisioterapia, como podemos observar no Gráfico 2.

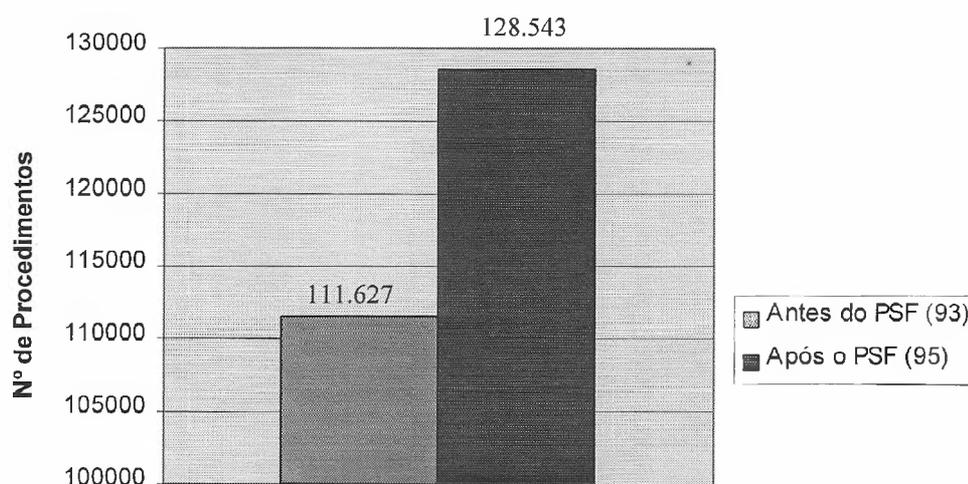
Gráfico 2 - Produção física de atendimento ambulatorial na atenção reabilitadora de fisioterapia. Beberibe-Ce. Nos períodos de jan a dez de 1993 e jan. a nov. de 1995.



Fonte: NUINF/ APC/ SESA.

Com sete equipes descentralizadas de saúde atendendo nas várias localidades selecionadas, a produção física de atendimento médico-ambulatorial aumentou bastante, como nos mostra o Gráfico 3.

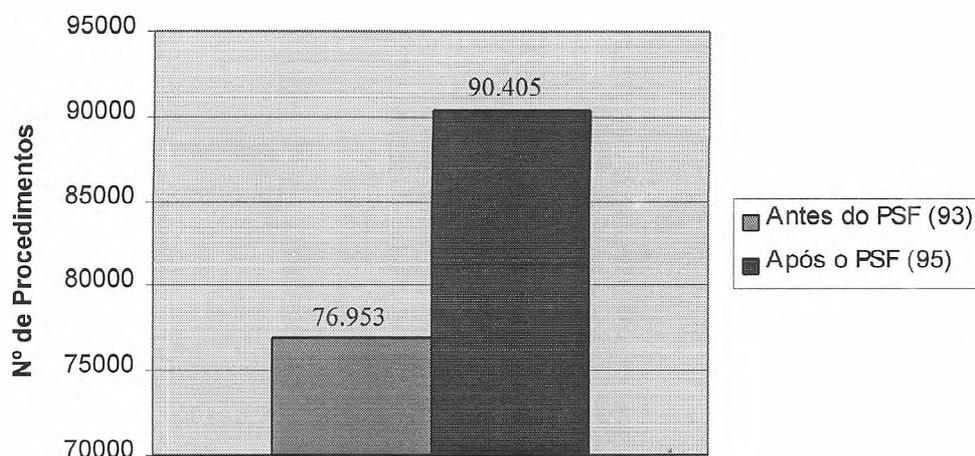
Gráfico 3 - Produção física de atendimento médico ambulatorial. Beberibe-Ce. Nos períodos de jan a dez de 1993 e jan a nov de 1995.



Fonte: NUINF/ APC/ SESA.

A atenção de saúde bucal também foi muito ampliada, pois em três das sete Equipes Saúde da Família havia odontólogos integrados, desenvolvendo ações de saúde bucal. No Gráfico 4 visualizamos o quanto aumentou o número de procedimentos no atendimento odontológico ambulatorial.

Gráfico 4 - Produção física de atendimento odontológico ambulatorial. Beberibe-Ce. Nos períodos de jan a dez de 93 e jan a nov de 95.



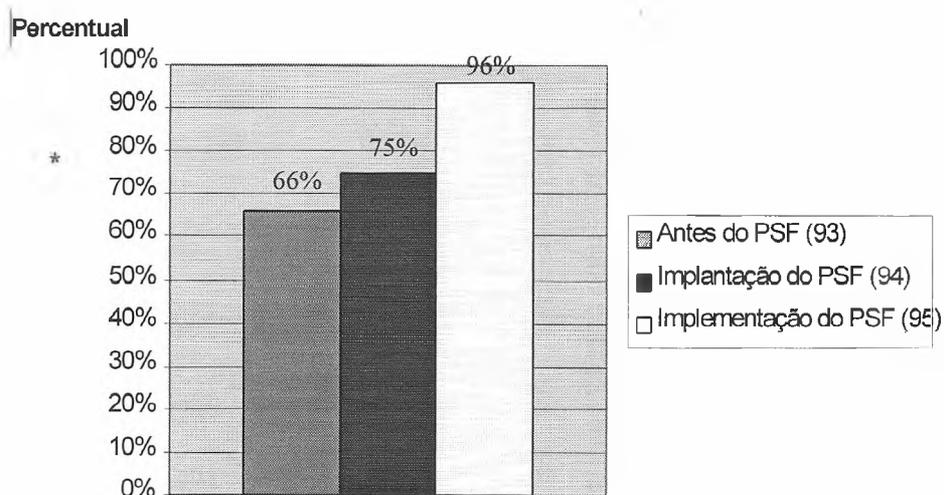
Fonte: NUINF/ APC/ SESA.

A implantação do P.S.F. possibilitou mudanças muito expressivas nos indicadores epidemiológicos e de cobertura assistencial em Beberibe, como demonstramos nos gráficos a seguir. Para a construção destes gráficos, utilizamos fundamentalmente os dados do Sistema de Informação do Programa Agente da Saúde (SIPAS) por este ser o sistema de captação de dados mais sensível e bem estruturado no município, visto que aproximadamente 100% das famílias são acompanhadas pelos 87 agentes de saúde, segundo a Coordenação Municipal do PACS de Beberibe.

O esforço feito pelas Equipes Saúde da Família e dos técnicos das unidades de referência municipal de acompanharem as gestantes cadastradas pelos agentes de saúde de suas áreas de abrangência, modificaram positivamente a cobertura pré-natal, como podemos constatar no Gráfico 5.

Observamos no ano de 1994 uma melhora discreta pois o P.S.F. foi implantado no 2.º semestre de 1994. Já em 1995, com a estratégia em plena implementação, os resultados foram mais evidentes, com a cobertura pré-natal de quase 96%.

Gráfico 5 - Gestantes com pré-natal em dia. Beberibe, Ce, 1993-1995.

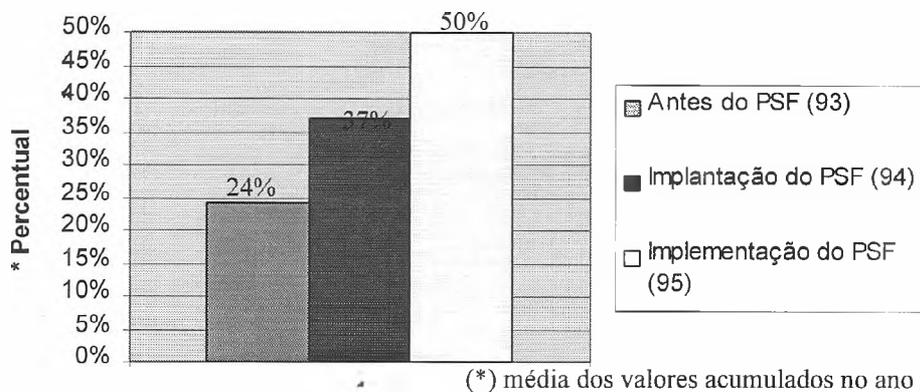


(*) média dos valores acumulados no ano

Fonte: SIPAS/ SESA.

O Gráfico 6 nos mostra que houve melhora também no percentual de crianças até 4 meses só mamando. Relacionamos este resultado às palestras educativas coletivas e orientações individuais realizadas por toda a equipe de cada área de saúde e das unidades de referência municipal.

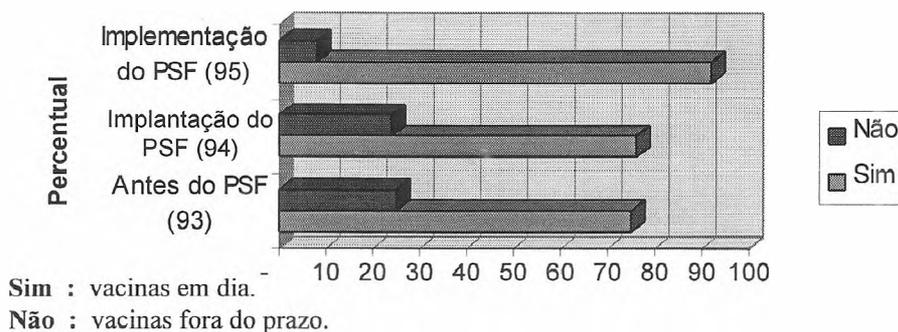
Gráfico 6 - Percentual de crianças até 4 meses só mamando. Beberibe, Ce, 1993-1995.



Fonte: SIPAS/ SESA.

A estratégia de levar todas as vacinas a todos os locais de atendimento, na nossa opinião, foi de fundamental importância para o aumento da cobertura vacinal, verificado no Gráfico 7.

Gráfico 7 - Percentual de crianças de 0 a 11 anos cadastradas, com vacina em dia. Beberibe, Ce, 1993-1995.



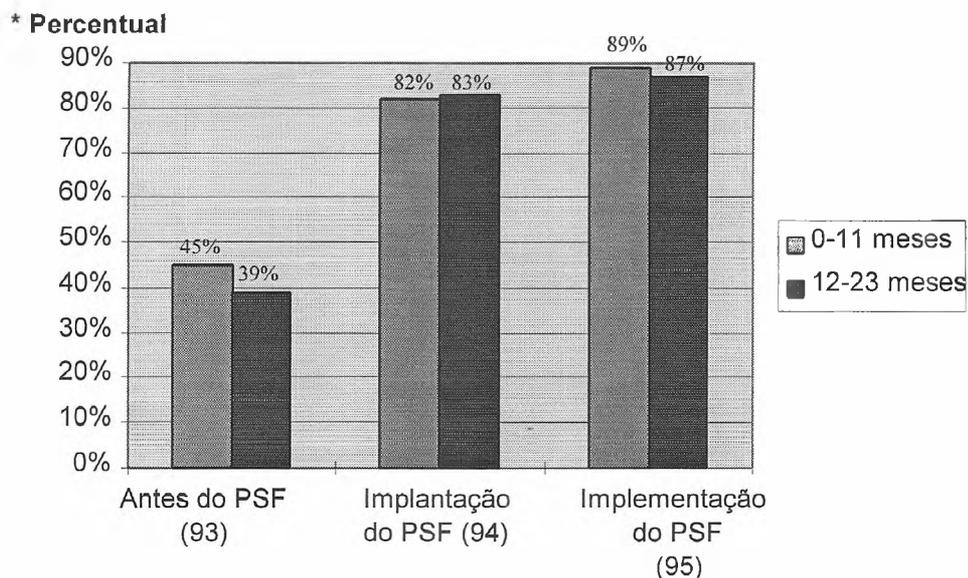
(*) Média dos valores acumulados no ano

Fonte: SIPAS/ SESA.

O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças foi também uma ação intensificada com o P.S.F., principalmente dos desnutridos.

O Gráfico 8 nos mostra que houve um melhor controle de pesagem das crianças nos anos de 1994 e 1995, após a implantação do programa.

Gráfico 8 - Percentual de crianças cadastradas e com 2 verificações de peso nos últimos 60 dias, nas faixas etárias de 0 a 11 meses e de 12 a 23 meses. Beberibe, Ce, 1993-1995.



(*) média dos valores acumulados no ano

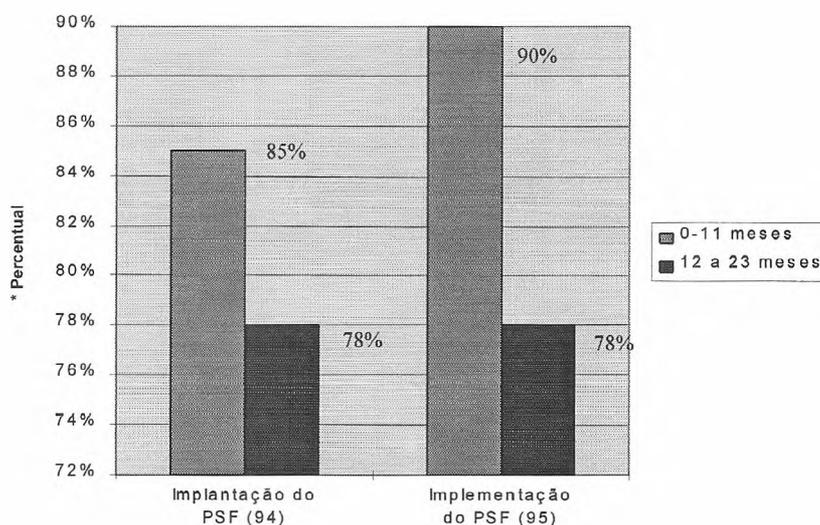
Fonte: SIPAS/ SESA.

Apesar de ter melhorado bastante, o acompanhamento ponderal das crianças de 0 a 23 meses, não aconteceu o mesmo em relação ao bom crescimento destas como demonstra o Gráfico 9, que revela uma discreta

melhoria no percentual de crianças com bom crescimento apenas na faixa etária de 0 a 11 meses, possivelmente das crianças amamentadas.

Este resultado indica que mesmo os serviços de saúde melhor organizados e com mais eficiência, não resolveram problemas graves como a subnutrição ou desnutrição infantil, sendo preciso o desenvolvimento de ações intersetoriais no enfrentamento destas.

Gráfico 9 - Percentual de crianças com bom crescimento nas faixas etárias de 0 a 11 meses e de 12 a 23 meses. Beberibe, Ce, 1993-1995.



(*) média dos valores acumulados no ano

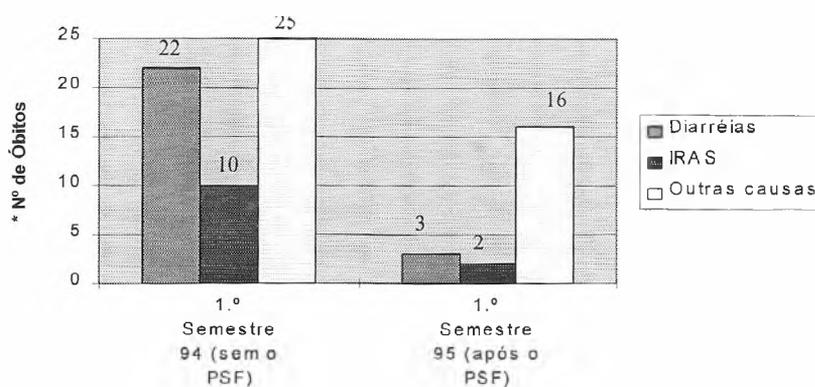
Fonte: SIPAS/ SESA.

Um dos indicadores que teve mudanças das mais expressivas após a implantação do P.S.F. foi o da mortalidade infantil, principalmente por diarreia e IRA. Sabemos que a redução da mortalidade infantil depende de

inúmeros fatores como econômicos, políticos, sociais, tendo uma influência determinante a organização dos serviços de saúde. O modo como se organiza a atenção primária, o sistema de referência e contra referência é fundamental no combate à mortalidade infantil. É preciso educar as famílias nos cuidados com a saúde das crianças, desenvolver ações de promoção e proteção à saúde, diagnosticar precocemente aquelas doentes e garantir a terapêutica indicada para cada caso detectado. Como isto abrange muitas ações, muitas vezes, dependendo da realidade de cada município, os resultados não são imediatos.

Em Beberibe, como em outros municípios cearenses, o número de óbitos infantis aumenta muito no início do 1.º semestre de cada ano devido ao período chuvoso. Por este motivo, apresentamos no Gráfico 10, uma comparação da ocorrência de óbitos infantis no 1.º semestre de 1994, antes da implantação do P.S.F. e no mesmo semestre em 1995, com o P.S.F. implementado e pudemos verificar uma redução drástica do número de óbitos, especialmente por diarreias e IRAS.

Gráfico 10 - Óbitos em menores de 1 ano por diarreias, IRAS e outras causas. Beberibe, Ce, no 1.º semestre de 1994 e 1995.

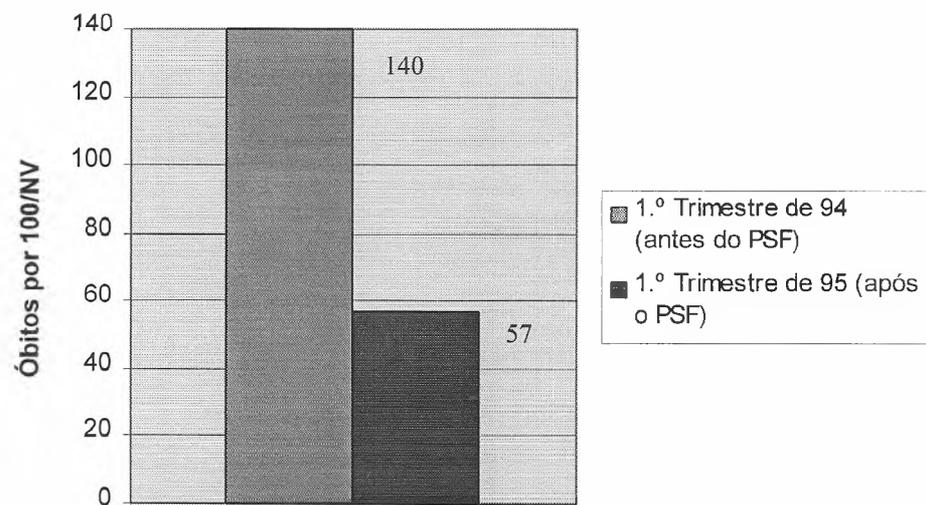


(*) número absoluto de óbitos

Fonte: SIPAS/ SESA.

Em relação à mortalidade infantil em Beberibe, houve uma redução acentuada após a implantação do P.S.F. Comparando o número de óbitos por 1.000 nascidos vivos nos primeiros trimestres de 1994 e 1995, respectivamente antes e depois da implantação do P.S.F., constatamos uma variação significativa. No Gráfico 11, podemos visualizar melhor esta variação.

Gráfico 11 - Mortalidade infantil (óbitos/1.000 nascidos vivos). Primeiros trimestres de 1994 e 1995. Beberibe-Ce.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

O perfil das internações hospitalares também mudou muito depois da implantação do P.S.F., como já era esperado, pois à medida que a atenção primária é resolutive, a demanda hospitalar é filtrada, sendo motivo de internações apenas os casos que requerem uma atenção mais

especializada ou que estão num estado mais grave na evolução de patologias, sem diagnóstico e tratamento precoces.

Um importante estudo realizado por ROCHA FILHO, em 1996, sobre a evolução do perfil das internações hospitalares após a implantação do P.S.F. em Beberibe, contribuiu para aclarar as mudanças que ocorreram após a implantação deste programa. O referido autor encontrou uma redução de 34,33% nas internações na clínica médica e de 32,90% na clínica pediátrica no período correspondente aos anos de 1994 (sem o P.S.F.) e 1995 (com o P.S.F.), como vemos na Tabela 8. Ficou evidente também o aumento das internações na clínica cirúrgica, o que veio comprovar a filtragem da demanda de internação, agora dirigida para uma atenção mais especializada. Como os principais problemas eram resolvidos nas áreas descentralizadas de saúde, o hospital, tentando se adequar à situação, organizou-se para um novo papel, o da atenção secundária, até por uma questão de sustentação, pois com a redução drástica de internação nas outras clínicas, se o mesmo não se organizasse desta forma perderia as AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) e não teria como se manter. Na clínica obstétrica, aumentarem em 15,05% os internamentos, possivelmente devido ao esforço das Equipes Saúde da Família em incentivar as gestantes a terem o parto com mais facilidade e com maior segurança no Hospital e Maternidade de Referência Municipal.

Tabela 8 - Internações hospitalares, por clínica, nos 1.º semestres de 1994 e 1995. H.M.M.D. Beberibe-Ce.

Clínicas	1.º Sem. 1994	1.º Sem. 1995	Difer. 1.º Sem. 94/95	Dif. % 1.º Sem. 94/95
Médica	501	329	-172	-34,33
Obstétrica	186	214	28	15,05
Pediátrica	383	257	-126	-32,90
Cirúrgica	64	258	194	303,13
Total	1.134	1.058	-76	-6,70

Fonte: Secretaria de Saúde de Beberibe (ROCHA FILHO, 1996).

O estudo mostrou que as causas de internação mudaram significativamente quando comparamos o primeiro semestre de 1994 e o mesmo período no ano de 1995, respectivamente antes e após a implantação do P.S.F. em Beberibe.

Na Tabela 9 observamos uma redução acentuada nos internamentos por diarreia e gastroenterite, com uma diferença percentual negativa de 74,60%. Destacamos diferença percentual negativa também nas internações por efeitos tóxicos (92,30%); bronquite e bronquiolites agudas (53,33%); hipertensão essencial (42,85%); insuficiência cardíaca (41,66%); aborto espontâneo (36,84); e pneumonias (32,74%).

A redução de internamentos por diarreias e IRAs provavelmente deveu-se aos trabalhos que desenvolviam ações educativas, monitoravam os casos de diarreia, distribuíam soro oral e medicavam precocemente os doentes com infecções intestinais e IRAs.

A redução de internamentos por causas cardiovasculares pode ter sido ocasionada pela estratégia local adotada em relação ao controle das doenças cardiovasculares, visto que era grande o número de internamentos por esta causa. Visando à realização de busca ativa de doentes hipertensos, a Secretaria Municipal de Saúde treinou todos os agentes de saúde na verificação de pressão arterial, distribuiu um tensiômetro e um estetoscópio para cada um e adotou a medida de verificação da pressão arterial a nível domiciliar nos idosos e nos indivíduos sintomáticos. Este procedimento triava para o atendimento do médico de família todos os pacientes com pressão acima do normal que, a partir daí, eram acompanhados de forma sistemática e recebiam a terapia indicada.

Para a busca ativa dos diabéticos, a Secretaria comprou para cada Equipe Saúde da Família um glicosímetro e material de consumo para a realização de testes em sintomáticos de cada área.

Estas estratégias adotadas possibilitaram a identificação e o acompanhamento de muitos hipertensos e diabéticos que não compareciam

às unidades de saúde e contribuíram para a redução do internamento hospitalar.

Tabela 9 - Causas de Internação mais frequentes no 1.º semestre de 1994 e suas ocorrências no 1.º semestre de 1995, no total geral de internações. HMMD. Beberibe - Ce.

CID 10 - tab. morbidade	Causas de Internação	Grupos de agravos	1.º sem. 1994	1.º sem. 1995	Diferença (n.º)	Diferença (%)
005	Diarréia e gastroenterite infec presumidas	INF	319	81	-238	-74,60%
243	Parto único espontâneo	OBST	192	188	-4	-2,08%
169	Pneumonia	RESP	113	76	-37	-32,74%
176	Asma	RESP	39	32	-7	-17,94%
198	Infecções da pele e do tecido subcutâneo	PELE	37	27	-10	-27,02%
234	Aborto espontâneo	OBST	19	26	7	36,84%
213	Doenças renais túbulo-intersticiais	URIN	16	6	-10	-62,50%
170	Bronquite e bronquiolite agudas	RESP	15	7	-8	-53,33%
145	Hipertensão essencial	CVS	14	8	-6	-42,85%
285	Efeitos tóxicos de substância principal não-medicinais	EXTERNAS	13	1	-12	-92,30%
155	Acidente vascular cerebral não especificado	CVS	12	6	-6	-50,00%
151	Insuficiência cardíaca	CVS	12	17	5	41,66%
184	Gastrite e duodenite	DIG	11	7	-4	-36,66%
242	Outras complicações da gravidez e do parto	OBST	10	9	-1	-10,00%
270	Causas mal definidas	MAL DEFINIDOS	126	209	83	65,00%
-	Outras causas de internação		186	358	172	92,47%
-	Todas as causas de internação	-	1.134	1.058	-76	-6,70%

Fonte: Hospital e Maternidade Monsenhor Dourado, Beberibe. (ROCHA FILHO, 1996).

As mudanças e resultados ocorridos em Beberibe, após a implantação do P.S.F. aqui apresentados, foram indicados a partir da nossa observação, do nosso critério de seleção de dados, de nossa perspectiva de análise da realidade. Visando a enriquecer esta análise, achamos

interessante apresentar também a visão de outros atores envolvidos mais diretamente com a operacionalização deste programa ou estratégia no município em estudo.

Na Matriz 6, apresentamos os depoimentos dos entrevistados em resposta à seguinte pergunta: Houve alguma mudança na sua prática de trabalho ou no sistema municipal de saúde com a implantação do P.S.F. em Beberibe?

Matriz 6 - As mudanças ocorridas nas práticas e no Sistema Municipal de Saúde com a implantação do P.S.F. em Beberibe

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E1 Med Parip	<p>“Eu acho que foi exatamente o vínculo pessoal que a gente desenvolveu com a comunidade. Existiu uma outra mudança no meu caso, eu passei de especialista para generalista, apesar de já ter trabalhado anteriormente como generalista, até um certo tempo eu me dedicava exclusivamente à minha especialidade e a partir do P.S.F. a gente passa a ter uma visão mais ampla das pessoas e realmente forma esse vínculo, a gente não vê o doente, vê uma pessoa, é o que acontece. Quando a gente trabalha no hospital, passa muito tempo a nível hospitalar, aí é que a gente se desvincula.”</p>
E2 Enf Parip	<p>“Mudou porque você ficou acompanhando não só a pessoa, mas também a família, porque antes tinha um médico que atendia só de 15 em 15 dias, tinha a enfermeira que ficava mas ela ficava em dois distritos, então era humanamente impossível atender a todo mundo.”</p> <p>“Os indicadores melhoraram, diminuiu a mortalidade infantil, diminuiu a mortalidade materna, aumentou a assistência pré-natal, aumentou a atenção principalmente na questão de vacina, aumentou a assistência de planejamento familiar, de prevenção do câncer, ou seja, os indicadores acima de 90%, sem exceção de nenhum e principalmente a questão do aleitamento materno, porque quando chegamos lá o índice era mais ou menos 30 e 35% e quando saímos o índice já era de 86%, ou seja, a média de 80% de aleitamento exclusivo na minha área, que é coisa difícil de conseguir.”</p> <p>“Em relação à educação em saúde, mudou porque no começo a gente tinha dificuldade de chamar o pessoal para conversar, quando foi no final, eles estavam cobrando a gente para fazer palestras, porque fazíamos pela manhã e tarde, quando espaçávamos, eles cobravam isso da gente.”</p>
E3 Ag S Parip	<p>“Aconteceu muitas coisas boas, porque chegou o médico que vai até as comunidades, aí isso já facilita muita coisa, porque antes quando adoecia todos iam até a Beberibe. Agora se for uma doença que possa esperar, quando os médicos vão naquela data até a comunidade, as pessoas vão lá.”</p>
E4 Med Sucat	<p>“Na minha prática profissional mudou muito, porque eu fazia mais a parte hospitalar, eu fazia enfermagem, fazia urgência e emergência, plantão, e aqui quando a gente passou para o P.S.F. a gente foi fazer saúde pública, fomos fazer mais aquilo que tem resposta a longo prazo, diferente do que eu fazia antes que tinha que ser a curto prazo, tinha que ser naquele momento. A gente tinha um paciente e tinha que dar resposta naquele momento, e depois que passei para o P.S.F. não.”</p>

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E5 Enf. Sucat	<p>“Na prática como profissional houve mudanças, a questão do relacionamento meu com os pacientes melhorou bastante, porque foi diversificado. Você vai na localidade, aquele paciente deixou de ser uma pessoa desconhecida pra você, ele passa a ser uma pessoa que você vai encontrar na rua, encontrar no dia a dia, aí você começa a conhecer melhor. A questão da satisfação do trabalho, acho que me realizou muito, porque antigamente eu ficava muito presa ao pré-natal, eu atendia num programa pré-natal, programa de prevenção, mas era aquela coisa muito localizada dentro do consultório, daí daqui uns dias aqueles pacientes eu não ia encontrar mais. Hoje não, hoje eu sei o motivo desses pacientes, encontro e pergunto, você melhorou? Como você está? Não tomei o remédio. Não estou me sentindo bem. Então volte lá, na segunda lhe consulto.”</p> <p>“Então isso aí é uma mudança. E a questão de eu ter aprendido muito mais coisas, as vezes até improvisar determinados cuidados.”</p> <p>“O P.S.F. também teve um pequeno problema. A população começou a esperar que resolvêssemos todos os problemas de saúde. Em relação a isto, quer dizer, as pessoas não têm aquela capacidade ainda de se conscientizar que também são atores disso aí, que têm responsabilidade de cuidar do corpo, cuidar da alimentação, de cuidar de uma criança para não pegar sol, eles já pensam assim, se adoecer a Adriana atende, ou a Dra Helena. Isso acho que nós não conseguimos mudar.”</p>
E6 AgS Sucat	<p>“Houve muita mudança, porque agora nós temos o acompanhamento da enfermeira e da médica, isto foi um incentivo muito grande, porque qualquer dúvida a gente tira com elas, a gente encaminha para um atendimento especial e tem mais crédito com as famílias, porque as mães, elas têm confiança na gente.”</p> <p>“Aqui mudou muito porque agora tem atendimento 3 vezes na semana na sede, tanto a consulta médica como a da enfermeira, que atende no “Viva Criança”, faz o atendimento pré-natal à gestante. Agora temos a prevenção do câncer, e ajudou muito, porque a gente não tinha isso, e agora nós temos, o que nem em todo canto tem.”</p>
E7 Med Paraj	<p>“Houve muita mudança. Por exemplo, antes eu atendia 90, 80 pacientes por período. Em Parajuru chegava a atender a 100. Na Pimenteira, já cheguei a atender 104 em uma tarde, isso eu não aceitava. Sabe por que? Porque isto não é trabalho médico. Trabalho médico é justamente o que estamos fazendo agora, atendendo às pessoas com um período de tempo suficiente pra gente ver a doença. Isto é racional, e é assim que a gente pode exercer a medicina, isso é o que é certo, qualquer coisa que venha contra esta filosofia está errada para a boa prática médica. Então, mudei neste sentido, não a minha personalidade, pois eu já queria ser assim, apenas não tinha condições de exercer. O P.S.F. me deu condições de fazer o que eu realmente queria.”</p>
E7 Enf Paraj	<p>“A minha prática profissional mudou, mas pouco, porque sempre trabalhei em saúde pública.”</p> <p>“Aprendi um pouco do palavreado local, que é um pouco diferente. Muitas vezes tem que consultar com este palavreado se não a gente não se entende.”</p> <p>“Melhorou muito a minha relação com o paciente.”</p> <p>“Isto prova que o P.S.F. muda. Apesar das dificuldades, quando há integração da equipe e a equipe quer trabalhar, muda bastante a qualidade dos serviços de uma comunidade.”</p>

Código da Entrevista	Depoimentos dos Entrevistados
E9 AgS Paraj	“Nas minhas atividades profissionais, houve mudanças, essa questão de marcar ficha, que antes eu não marcava e também a reunião da gente que era feito em outro canto, agora a gente faz com a gerente aqui mesmo. O pagamento da gente, agora ela trás pra cá. E mudou porque a gente tá sempre em ligação, porque antes a gente fazia o trabalho aqui e não tinha uma pessoa como ela pra recorrer, ela está mais perto, a gerente. A gente recorre a ela quando tem problema.”
E10 SSB	“A descentralização das equipes de saúde significou a descentralização das ações de saúde e, conseqüentemente, a eficácia deste trabalho traduziu-se na redução da mortalidade infantil, incremento nas taxas de vacinação, aleitamento, pré-natal, etc.”

Buscamos, através da leitura dos depoimentos, abstrair de forma qualitativa as mudanças ocorridas nas práticas de saúde e no sistema de saúde como um todo.

Na visão dos entrevistados, houve mudanças significativas na sua prática, a partir do momento em que passaram a trabalhar no P.S.F., nas áreas descentralizadas de saúde, tendo sido ressaltado: a melhoria no relacionamento com os pacientes e suas famílias, que passou a ser mais intenso com a criação de vínculos fortes; uma aculturação, ou seja, os profissionais assimilarem a linguagem e os costumes das pessoas para poderem se comunicar melhor, serem mais aceitos.

Quanto à forma de atendimento, indicaram as seguintes modificações: agendamento prévio das consultas pelos agentes de saúde e triagem da clientela; limite de consultas por turno de trabalho (aproximadamente de 16 a 20); maior tempo em cada consulta; maior freqüência em cada local; descentralização do atendimento às áreas de difícil acesso, com ofertas de ações mais resolutivas e diversificadas, tanto a nível preventivo como curativo, individual e coletivo, sendo muito referido o desenvolvimento das ações educativas que, segundo um dos entrevistados, teve muita importância para a melhoria da saúde da população local.

Os médicos entrevistados colocaram em foco a mudança da prática especialista para a generalista, da atenção curativa para integral (curativa e preventiva), da individual para a global (indivíduo, família, comunidade) e do uso eqüitativo da clínica e epidemiologia no cotidiano de trabalho, quando identificavam grupos de risco e programavam ações de controle e prevenção.

Foram mencionadas também mudanças em relação ao controle social, com a articulação e formação dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde.

Os agentes de saúde perceberam mudanças em relação à fixação do médico e enfermeira no distrito, o que, segundo os mesmos, facilitou e deu credibilidade ao seu trabalho, pois qualquer dúvida ou problema identificado tinham a quem recorrer.

As enfermeiras destacaram mudanças em relação ao foco da atenção ser a família e não mais ao indivíduo, à introdução da alimentação alternativa, o grande aprendizado profissional com a experiência neste trabalho, e um melhor nível de satisfação profissional.

E de maneira geral, quase todos apontaram como resultados desta prática e desta forma de organização dos serviços: uma melhoria nos indicadores de saúde (com redução de óbitos infantis); uma melhoria na cobertura assistencial (como o aumento de gestantes com pré-natal em dia, aumento de crianças com vacinação em dia); aumento na oferta de serviços; melhoria no acesso aos serviços de saúde e no nível de satisfação da população usuária; uma redução da demanda reprimida, das internações hospitalares, das transferências de paciente para outros municípios e dos custos em relação aos benefícios.

O Secretário apontou muitas destas mudanças e concluiu que a descentralização dos profissionais e das ações teve como conseqüência a eficácia no trabalho.

Além de todas as mudanças já identificadas pelos entrevistados, pessoalmente identificamos também mudanças ocorridas na mentalidade de todos os atores envolvidos neste processo de construção de um modelo de atenção orientado pelos princípios e diretrizes do S.U.S. Com certeza, por insignificantes que possam parecer, na verdade não são. Estes médicos, enfermeiros, agentes de saúde, com sua experiência de trabalho, vivenciaram e passaram a acreditar em uma nova forma de produzir saúde, mesmo com falhas, conflitos, erros, entraram em contato com esta possibilidade.

Em relação aos membros dos Conselhos Locais, estes também tiveram oportunidade de conhecer mais de perto “o fazer saúde”, aprenderam a identificar os problemas prioritários e, junto com a equipe local, apontar soluções no seu enfrentamento. Puderam, mesmo com limitações, exercer o controle social das ações e serviços de saúde e poderão ser parceiros importantes em outras gestões de saúde e administrações municipais.

Os profissionais das unidades de referência puderam integrar-se internamente com as equipes descentralizadas e tomaram consciência da importância desta integração no enfrentamento dos problemas da saúde municipal.

O Secretário de Saúde, com certeza, adquiriu mais experiência como gestor e, como gerente, estará mais habilitado a administrar conflitos, problemas, de forma coletiva, democrática, ao longo de sua vida, quer seja no setor público ou privado.

E nós, como Coordenadora e pesquisadora, tivemos uma possibilidade de aprendizagem muito grande em lidar com pessoas de diferentes “visões de mundo” e com diferentes “projetos sociais”, a perceber limites nas nossas pretensões, a ter paciência histórica quanto ao crescimento da consciência política dos parceiros de trabalho, a voltar atrás e nos retratar quando estivermos errados, a ser menos centralizadora, e a

respeitar os limites e a maneira de ser e pensar das pessoas com quem convivemos.

Estas foram, portanto, as mudanças ocorridas a partir da implantação do P.S.F. em Beberibe identificada por nós e pelos entrevistados. Destacamos como mais importantes aquelas relacionadas com as práticas de saúde. Os profissionais das Equipes Saúde da Família, nas suas áreas de atuação trabalharam em um território delimitado, com uma clientela definida, conheceram as famílias e o estilo de vida destas, bem como o modo de adoecer e morrer de seus membros. Puderam conviver de perto com os problemas e com os fatores que condicionam ou interferem no processo saúde/ doença e a partir deste conhecimento buscaram estratégias locais para o enfrentamento destes através do desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção das doenças e cura dos doentes.

Este impacto positivo do P.S.F. nos indicadores de saúde e de cobertura assistencial, nas práticas de saúde, nos leva a crer que esta estratégia de reorganização dos serviços de saúde a nível municipal poderá instituir-se em uma saída para a crise do setor de saúde no país.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura da realidade por nós procedida neste estudo é parcial e inacabada, mas representa uma tentativa de elucidação, de produção de conhecimento. Faz-se necessário, portanto, reconhecê-la e apresentá-la.

A nossa experiência como enfermeira em serviços de Saúde Pública, lidando com problemas decorrentes do modelo de atenção curativista, tais como: alta demanda reprimida de pacientes, tanto a nível ambulatorial quanto hospitalar; a medicalização; a sofisticação tecnológica; a priorização da atenção especializada e curativa; o baixo impacto dos serviços de saúde na melhoria dos indicadores de saúde; entre outros, instigou-nos a realizar um estudo sobre outro modelo de atenção que fosse organizado a partir de pressupostos diferentes do modelo curativista vigente, com o intuito de descobrir o que a mudança de modelo possibilitaria em relação à eficiência e eficácia dos serviços de saúde e a qualidade da atenção prestada à população.

Ao tomarmos conhecimento da experiência piloto de implantação do Programa Saúde da Família em dois municípios cearenses, e de que este programa era baseado nas diretrizes e princípios do S.U.S. e era estruturado a partir de um outro paradigma que visava à promoção da saúde, decidimos realizar uma investigação que teve como objeto de estudo o processo de

implantação do Programa Saúde da Família em um dos dois municípios-piloto, que no caso foi Beberibe, no Ceará, a qual tinha como objetivos: a descrição deste processo em um encadeamento histórico; a indicação dos momentos marcantes, dos conflitos, dos fatores e atores que exerceram influência determinante; a identificação das mudanças ocorridas no modelo de atenção de saúde municipal.

Na apreensão da realidade em estudo, orientamo-nos por uma linha de pensamento histórico-estrutural, buscando aproximar-nos da lógica dialética.

O método de escolha foi o Estudo de Caso devido à singularidade da experiência, e a principal técnica de obtenção de dados foi a observação participante, além da análise documental, grupos focais e entrevistas semi-estruturadas.

A análise dos dados colhidos foi predominantemente descritiva com intercalações interpretativas, tendo sido utilizada preferencialmente a técnica da análise temática.

A observação participante realizada no município por doze meses possibilitou-nos a obtenção de dados detalhados e aprofundados sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família no município selecionado para o estudo.

Resgatando de forma sintética e em uma perspectiva histórica, o passo inicial para a inversão do modelo de atenção é o de discutir com a equipe local de saúde e com os representantes dos vários segmentos da sociedade civil, o modelo de atenção à saúde vigente, mostrando as falhas e distorções e a nova proposta a ser implantada, apresentando o paradigma sanitário pelo qual se orienta, os pressupostos ideológicos e princípios organizativos. O objetivo desta discussão inicial é o de conquistar a adesão dos atores sociais para o projeto e definir a missão para qual todos devem centrar esforços como participantes.

Com os atores sensibilizados e aderidos ao projeto, o passo seguinte foi o de instrumentalizar a equipe de saúde para operacionalização dos princípios organizativos do modelo de atenção a ser implantado. É preciso que as equipes conheçam o método do processo de territorialização, pois através deste é que se apropriam do território onde atuarão, identificando os recursos existentes, as barreiras e dificuldades na organização da atenção da saúde local, os problemas de saúde, os fatores e áreas de risco epidemiológico. Após se apropriarem do território e delimitarem a sua área de atuação, as equipes trabalharam no cadastramento das famílias que estavam adstritas a sua unidade de responsabilidade. Para isto precisavam também conhecer como se dava este trabalho e quais os instrumentos a serem utilizados. Após o processo de territorialização e adstrição de clientela, as equipes precisaram identificar e selecionar os problemas prioritários e definir estratégias de enfrentamento dos mesmos. Foi necessário, então, que estivessem capacitadas no método de Planejamento Estratégico Situacional (P.E.S.), pois este método de planejamento é o mais coerente com o paradigma e os pressupostos do modelo de atenção de vigilância à saúde.

Na implantação do P.S.F. de Beberibe, a instrumentalização das equipes neste método de trabalho teve fundamental importância. Após toda esta capacitação, elas obtiveram subsídios e conhecimentos que possibilitaram uma melhor atuação na identificação dos problemas e no planejamento de ações estratégicas setoriais ou intersetoriais na resolução destes no cotidiano de trabalho.

Vimos também que mesmo todos aderindo ao projeto, sendo conhecedores da missão a ser alcançada e instrumentalizados para desempenhar esta missão, foi necessário ter um processo contínuo de acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas estabelecidas, das dificuldades e obstáculos encontrados, para que fossem feitos ajustes nas

ações estratégicas pré-estabelecidas e para que fossem encaminhados e superados os problemas operacionais.

As entrevistas realizadas com os membros das equipes do Programa Saúde da Família, os estudos de grupos focais feitos com os membros dos Conselhos Locais de Saúde, com grupos de usuários dos serviços de saúde e com a equipe municipal de saúde deu-nos uma riqueza de dados que somados aos dados obtidos através da observação participante, possibilitou-nos a indicação dos momentos marcantes, dos principais conflitos ocorridos no processo de implantação do P.S.F. em Beberibe, bem como a identificação dos fatores e atores que exerceram influência determinante neste processo e as mudanças obtidas no modelo de atenção, na satisfação dos usuários e nos indicadores de saúde.

Com relação aos momentos marcantes da implantação do P.S.F., reunindo nossas impressões com as dos entrevistados, foram identificados como mais marcantes os seguintes: o início da implantação, quando foram reorganizadas as unidades, descentralizadas as ações de saúde, formados os Conselhos Locais de Saúde; os contatos iniciais com as comunidades, com o estilo de vida das pessoas, com os seus problemas; as avaliações periódicas dos indicadores de saúde, quando todos nós tomamos consciência do impacto positivo que esta estratégia possibilitaria, reduzindo a internação hospitalar de crianças e a mortalidade infantil, aumentando as coberturas assistenciais, como a de vacinação, do pré-natal e do aleitamento materno; o período da greve dos profissionais do P.S.F. em decorrência de atraso no pagamento e das reivindicações dos direitos trabalhistas; o episódio das férias coletivas, em que por decisão do Secretário Municipal de Saúde e a concordância da maioria dos profissionais das equipes do P.S.F., a população ficou desassistida nas áreas descentralizadas por 30 dias; os momentos de integração, de entusiasmo, de satisfação, de alegria, de crise, de conflitos, de insatisfação, de tristeza que tivemos como grupo

enfrentando a dialeticidade da vida no caminhar da implantação do P.S.F.; e de modo particular, quando por motivos pessoais tivemos que nos ausentar do município. Foi um momento de tristeza, pois estávamos inteiramente comprometidos com o processo, com as pessoas e com o projeto de consolidação do S.U.S. municipal.

Em relação aos conflitos, sobressaíram-se os seguintes: aqueles relacionados com o sistema de financiamento do S.U.S. (tabela de procedimentos priorizando ações curativistas, pagamento por produtividade e em constante atraso); com a forma de contratação dos profissionais do P.S.F. (por serviço prestado, sem criação de vínculo e sem garantia dos direitos trabalhistas); aqueles ocorridos por problemas de interferência política no trabalho dos profissionais em algumas áreas de atuação; conflitos ocasionados pela insatisfação dos enfermeiros em relação ao acúmulo de tarefas e responsabilidade assumidas, já que atuavam como profissionais de assistência e gerentes de saúde a nível distrital; além de outros conflitos originados das diferentes visões de mundo dos vários atores envolvidos no processo, o que é perfeitamente esperado em grupos heterogêneos.

Da experiência prática vivenciada, concluímos que a implantação de uma estratégia como o P.S.F. que visa a modificar de forma acentuada o modelo de atenção, não é um trabalho fácil e nem simples, pois existem muitas variáveis que interferem neste processo, favorecendo ou dificultando o seu desenvolvimento.

A vontade do Prefeito e do Secretário Municipal de Saúde de querer transformar o modelo assistencial de saúde e a decisão de ser este um projeto prioritário são condições que garantem o apoio político necessário para a operacionalização desta estratégia.

Como projeto, a inversão do modelo de atenção de saúde passa pela garantia de sua governabilidade, a qual pressupõe: a definição da missão a ser alcançada e a forma de participação de todos os atores neste processo; a instrumentalização dos recursos humanos para desempenhá-la; um gerente com competência e poder de decisão para executar o projeto, capaz de resolver os problemas que estiverem no seu controle e demandar para outras esferas governativas aqueles que não estão, visando à solução dos mesmos.

Em Beberibe, identificamos alguns fatores que facilitaram e outros que dificultaram a implantação do P.S.F..

Como fatores facilitadores, destacamos: a vontade política do Prefeito municipal, do Secretário de Saúde, da Coordenadora e dos técnicos da equipe local de saúde de promoverem a inversão do modelo de atenção e o diálogo que existia entre todos; a autonomia gerencial do Secretário de Saúde; os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, os quais viabilizaram a infra-estrutura operacional; a instrumentalização técnica em Saúde Pública do Secretário de Saúde, da Coordenadora e de alguns profissionais da equipe local de saúde; o bom nível de organização dos serviços de saúde; a rede física e a capacidade instalada já existentes; o número de profissionais de nível superior bastante significativo que já trabalhava no município; e o nível de associativismo da população - em todos os distritos já havia muitas associações, o que facilitou muito a formação dos Conselhos Locais de Saúde e a participação comunitária.

Como fatores dificultadores, identificamos alguns restritos ao município e outros mais gerais que também exerceram uma influência desfavorável na implantação do P.S.F. em Beberibe. Em relação aos fatores dificultadores do município, apontamos a extensão territorial deste, a dispersão populacional, as barreiras geográficas que dificultavam o trabalho

das equipes, o modelo de gerência centralizado, a desarticulação entre os setores da administração municipal no enfrentamento dos problemas. Quanto aos fatores dificultadores mais gerais que interferiram no processo de forma desfavorável, identificamos o sistema de financiamento do S.U.S. por produtividade (deficitário e em constante atraso); a legislação falha em relação à forma de contratação de recursos humanos para o S.U.S.; o descompasso entre o paradigma do ensino Universitário e o que embasa o S.U.S. - daí surge a dificuldade que os profissionais demonstraram, principalmente os médicos, os quais trabalhavam orientados pelo paradigma da promoção da saúde e pelo modelo de atenção de vigilância à saúde; e a insuficiência de recursos para o S.U.S. É preciso que o Governo Federal e Estadual repensem o financiamento da saúde, destinem mais recursos para o setor, porque experiências operacionais de consolidação do S.U.S. a nível municipal bem sucedidas já temos, mas na maioria delas, o financiamento se torna o grande elemento dificultador. Cabe ao poder público, portanto, priorizar a assistência à saúde, injetando recursos financeiros que sejam suficientes para viabilizar serviços de saúde eficientes e eficazes.

Quanto aos atores que exerceram influência determinante, identificamos como os de maior influência no processo de implantação do P.S.F., no município em estudo, os seguintes: o Secretário de Saúde, pela autonomia e poder de decisão de que dispunha; a Coordenadora municipal, pelo compromisso e método de condução deste processo; os profissionais das equipes descentralizadas, pelo esforço em operacionalizarem o modelo de vigilância à saúde e o compromisso com a qualidade da atenção prestada à população.

Ressaltamos o papel importante dos enfermeiros neste processo. Talvez devido a sua formação, estes profissionais tiveram uma atuação mais intensa no trabalho com as comunidades, nas atividades de gerência e nas ações assistenciais. Observamos que a grande parte das ações de promoção

de saúde e prevenção de doenças eram desenvolvidas por estes profissionais, como: o pré-natal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; acompanhamento dos desnutridos; planejamento familiar; prevenção do câncer (coleta de material); sessões educativas; e discussões dos problemas de saúde da população e as propostas de solução.

Daí concluímos que se conseguirmos ter enfermeiros responsáveis pela vigilância da saúde de um número de famílias definido em um território determinado, já estaremos dando um grande passo na promoção da saúde, a qual será muito mais ampliada com a presença do médico.

Acrescentamos como atores também importantes neste processo, os membros dos Conselhos Municipal, Distrital e Locais de Saúde, que apesar de, no início, não terem tido uma atuação muito evidente, à medida que foram adquirindo conhecimento e manejo com a política de saúde municipal, deram contribuições significativas para a construção do novo modelo de atenção que estava sendo implantado.

Pudemos identificar muitas mudanças e/ou resultados positivos com a implantação do P.S.F. pela análise dos dados obtidos através da observação participante, das entrevistas realizadas e dos documentos examinados.

Para uma melhor compreensão, apresentamos estas mudanças e/ou resultados tendo como parâmetro os princípios do S.U.S. da participação comunitária, descentralização gerencial, universalidade do acesso e integralidade da atenção.

Em relação à participação comunitária, houve uma ampliação expressiva desta com a formação dos Conselhos Locais de Saúde nas várias localidades onde as Equipes Saúde da Família realizavam atendimento. Os conselheiros discutiam os problemas locais e as estratégias de enfrentamento destes com esta população.

Quanto à descentralização gerencial, constatamos avanços significativos, como: a indicação de técnicos para gerenciar a saúde nos vários distritos administrativos que com o processo de territorialização foram denominados de áreas descentralizadas de saúde; definição de um incentivo para estes gerentes pelo exercício da função; definição de um suprimento de fundos para cada gerente resolver pequenos problemas administrativos ou de manutenção das unidades da área; descentralização dos recursos humanos de nível superior (médicos, enfermeiras, dentistas) para as áreas descentralizadas; entre outros.

Em relação ao modelo de gerência houve avanços e recuos. Existiu a iniciativa de implantação de um modelo descentralizado de gerência, a definição das unidades de produção, mas este processo sofreu uma paralisação e o modelo de gerência voltou ao modelo centralizador anterior, acrescido de algumas distorções ocasionadas, provavelmente, por falhas na condução deste processo e pela inadequação do processo de acompanhamento e avaliação.

Em relação à universalidade do acesso, ressaltamos os seguintes avanços: em cada área descentralizada de saúde estava sendo ampliada e já havia sido reequipadas as unidades de saúde distritais, nas quais as equipes do P.S.F. realizavam as ações de saúde. A proposta era transformá-las em Centros de Saúde resolutivos na atenção primária; as equipes do P.S.F. estavam treinadas para desenvolver as ações de atenção materno-infantil e dos programas especiais de controle da tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes; as unidades das áreas descentralizadas já funcionavam como porta-de-entrada para a sistema de referência e contra-referência.

Cada equipe tinha um veículo para execução de suas atividades na área de abrangência e, em quatro das sete áreas, já existiam ambulâncias para o transporte de pacientes em situação de urgência e emergência; estava sendo executado um cronograma de atendimento descentralizado, privilegiando as localidades de difícil acesso e com maior concentração de

famílias; o hospital municipal já se estruturava para prestar uma atenção mais especializada, contratando anestesista e conveniando novos serviços especializados.

Na nossa opinião, o resultado mais evidente com a implantação do P.S.F., além do impacto nos indicadores de saúde, foi a melhoria no acesso aos serviços de saúde por parte da população. Com as equipes residindo nos distritos e atendendo de forma descentralizada em localidades de difícil acesso, rompendo barreiras geográficas e ofertando ações básicas de saúde de razoável resolutividade o mais próximo possível das moradias das famílias adstritas, conseguiu-se a efetivação de um dos princípios mais importantes do S.U.S., que é o da universalidade do acesso. Mesmo que tenha sido de forma parcial, foi um grande avanço.

Pelos depoimentos, observamos a satisfação dos entrevistados com a assistência de saúde a nível municipal, principalmente no aspecto da acessibilidade aos serviços de saúde.

Quanto à integralidade da atenção, observamos que apesar do P.S.F. ter possibilitado avanços no desenvolvimento de ações de proteção da saúde, de prevenção e cura de doenças e de reabilitação, em relação à promoção da saúde estes avanços não foram tão expressivos.

Analisando as ações de promoção, de proteção e prevenção de doenças, as equipes do P.S.F. desenvolveram ações educativas individuais e coletivas, ações direcionadas para detecção precoce de doenças, identificaram, junto às comunidades, os problemas prioritários, os grupos e fatores de risco de adoecer e morrer e planejaram ações a partir do diagnóstico realizado.

Em relação às ações curativas, esta estratégia viabilizou o diagnóstico e tratamento precoces de várias doenças que incidiam sobre a população de cada área de saúde, evitando muitas complicações que

culminavam com óbito, como acontecia com as diarreias e infecções respiratórias agudas em crianças e com as doenças cardiovasculares em adultos. Perto de sua moradia, os clientes dispunham de uma atenção à saúde de acesso mais fácil e com um razoável nível de resolutividade, além de acompanhamento sistemático se fossem portadores de doenças crônicas ou de longo tratamento, como hipertensão, diabetes, AIDS, tuberculose, hanseníase e câncer. Aqueles casos de doenças que não podiam ser resolvidos nas unidades distritais, eram encaminhados para o hospital de referência municipal, que se estruturava para ser resolutivo na atenção secundária, referenciando para os hospitais mais especializados apenas os casos mais complicados. Os convênios mantidos pela Secretaria Municipal de Saúde garantiam a assistência mais especializada e de alto custo, como aquela prestada aos doentes renais crônicos e portadores de câncer.

Em relação às ações de reabilitação, a S.M.S. fez convênio com uma clínica de fisioterapia que oferecia vários procedimentos, e garantiu na programação físico-financeira do S.I.A.-S.U.S. recursos para outros serviços especializados.

Pudemos observar também incrementos importantes na produção ambulatorial após a implantação do P.S.F. Houve um aumento significativo na programação de exames e terapias especializadas, no atendimento médico e odontológico, bem como em fisioterapia, indicando que o município não só avançou na atenção básica mas também na mais especializada.

Na nossa opinião, o P.S.F. possibilitou um maior impacto nos indicadores de saúde de cobertura assistencial e epidemiológicos.

Constatamos uma mudança no perfil de internação hospitalar, com redução significativa nos internamentos na clínica pediátrica e médica e um aumento nas clínicas obstétrica e cirúrgica. Ao nosso ver, esta mudança foi ocasionada em consequência do trabalho realizado pelas equipes do P.S.F.

junto às famílias, identificando precocemente os doentes e tratando-os, evitando assim o agravamento destes a ponto de precisarem de internamento hospitalar. O aumento de internações na clínica obstétrica pode ser explicado pela referência de gestantes por parte das Equipes Saúde da Família para o parto hospitalar; e na clínica cirúrgica, provavelmente também ocasionado pelo aumento das referências.

Pudemos observar uma redução acentuada no número de óbitos infantis, especialmente por diarreias e infecções respiratórias agudas. Conseqüentemente, houve uma redução nos índices de mortalidade infantil, que era de 140 mortos por 1.000 nascidos vivos no 1.º trimestre de 1994 (antes da implantação do P.S.F.), e passou para 57 mortos para 1.000 nascidos vivos no 1.º trimestre de 1995 (depois da implantação do P.S.F.).

Os indicadores de cobertura assistencial melhoraram bastante. Verificamos aumento do percentual das gestantes com pré-natal em dia, de crianças com vacinas em dia e de crianças até 4 meses só mamando.

Em relação às práticas de saúde, houve mudanças importantes, como o desenvolvimento do trabalho em equipe, a utilização do enfoque de risco epidemiológico, a orientação por problemas, a inserção de ações promocionais da saúde e de prevenção de doenças nas atividades de trabalho. O aspecto que pouco avançou foi o relacionado ao desenvolvimento de ações intersetoriais na resolução de problemas, como falta de saneamento, falta de água potável e desnutrição infantil.

Este resultado indica que mesmo os serviços de saúde melhor organizados e com mais eficiência não conseguem resolver todos os problemas que interferem no processo saúde/ doença, sendo necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais no enfrentamento destes.

Além de todas as mudanças já identificadas pelos entrevistados, pessoalmente identificamos também mudanças ocorridas na mentalidade de todos os atores envolvidos neste processo de construção de um modelo de atenção orientado pelos princípios e diretrizes do S.U.S. Os membros dos Conselhos de Saúde conheceram mais de perto o 'fazer saúde', os profissionais das Equipes Saúde da Família integraram-se às famílias e puderam entrar em contato e promover ações de intervenção nos fatores que interferiam no processo saúde/ doença, o Secretário de Saúde adquiriu experiência para gerenciar conflitos e problemas e nós, como profissional e pesquisadora, tivemos uma possibilidade de aprendizagem muito importante ao lidar com pessoas de diferentes visões e projetos sociais e trabalhar em equipe.

Estas foram, portanto, as mudanças ocorridas a partir da implantação do P.S.F. identificadas por nós e pelos entrevistados. Destacamos como mais importantes aquelas relacionadas com as práticas de saúde, onde profissionais trabalhando em equipe em um território definido integraram-se às famílias sob sua responsabilidade, conheceram o modo de vida destas e, a partir deste conhecimento da realidade, passaram a desenvolver ações de vigilância à saúde.

Concluimos, portanto, que a implantação do Programa Saúde da Família como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, a nível municipal, orientada pelos princípios do S.U.S. e do modelo de atenção de vigilância à saúde, foi capaz de causar um impacto positivo nas coberturas assistenciais, nos indicadores de saúde, nas práticas de saúde e na satisfação das famílias assistidas no município em estudo. O fato nos leva a crer que este é um caminho acertado para se contrapor à crise do setor saúde existente no país, gerada, provavelmente, pelo paradigma tecno-assistencial ainda vigente da produção da doença e pelas baixos investimentos destinados ao setor pelos governos das várias instâncias governativas.

A inversão do modelo de atenção à saúde é um processo difícil mas não é utópico, é uma possibilidade real, uma estratégia viável, que depende muito dos atores sociais interessados e da decisão política dos governantes.

Por experiência vivenciada no município em estudo, podemos extrair algumas lições do processo de inversão do modelo de atenção. Dentre muitas outras, destacamos:

- Para que o processo de inversão do modelo de atenção, a nível municipal, tenha êxito é essencial o envolvimento da população, dos técnicos que já atuavam nas unidades do sistema municipal e de representantes de outros setores da municipalidade. A implantação das equipes do P.S.F. feita de forma isolada, como um programa vertical, não consegue bons resultados em relação à qualidade e à integralidade da atenção. Na prática, pudemos observar que os problemas que as equipes do P.S.F. apontavam só puderam ser encaminhados mais facilmente quando convidamos para participar da discussão destes os representantes das unidades de referência municipal, de outros setores do governo municipal, e dos usuários dos serviços de saúde.

- A formação e capacitação dos profissionais que integram as equipes do P.S.F. é de importância vital para implantação do modelo de atenção de vigilância à saúde. Observamos que nas áreas onde atuavam médicos com especialização e/ou vivência em medicina geral e enfermeiras de saúde pública, as ações ofertadas eram mais diversificadas e resolutivas. Estes profissionais desenvolviam mais ações de promoção da saúde e prevenção da doença, tinham mais facilidade em trabalhar com a comunidade e resolviam grande parte dos problemas de atenção primária que apareciam. Ressalvamos que mesmo estes profissionais mais especializados precisam ser reciclados em relação ao modelo operacional

do S.U.S. e aos princípios organizativos da vigilância à saúde, bem como em relação às ações de prevenção e controle de tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes, AIDS e ações de atenção à criança, gestante, puérpera, entre outras ações de atenção primária.

- O nível de consciência política e o compromisso ideológico dos profissionais com a consolidação do S.U.S. e com o processo democrático têm uma influência positiva na implantação do novo modelo de atenção. Os profissionais mais politizados comprometem-se mais com o processo, com a operacionalização dos princípios e qualidade da atenção prestada mesmo em situações de conflitos geradas por problemas salariais ou em situações de dificuldades operacionais.

- A falta de vínculo empregatício dos profissionais teve influência muito negativa na implantação do novo modelo. Os profissionais ou são impelidos a entrar em conflito com o gestor municipal de saúde para reivindicar os seus direitos ou a sair do município. Esta situação é capaz de gerar greves e alta rotatividade dos profissionais das equipes, o que compromete muito o processo de inversão do modelo de atenção.

- No desenvolvimento das ações coletivas, de promoção da saúde e prevenção de doenças, como também as ações gerenciais, o profissional de nível superior das Equipes Saúde da Família que se destacou foi a enfermeira, talvez por ela ter uma formação mais compatível com o paradigma de promoção de saúde. Os médicos e dentistas, com algumas exceções, demonstraram dificuldade em trabalhar estas ações.

- Na implantação do novo modelo de atenção, é imprescindível a definição de um técnico de nível superior, com especialização em saúde pública, se possível, ou com competência para se responsabilizar pela condução deste processo. Normalmente, o Secretário de Saúde não dispõe de tempo para exercer esta função de coordenador ou condutor. Este

profissional teria a competência de, junto com as equipes, identificar os problemas operacionais e epidemiológicos, planejar ações de intervenção, definir metas, acompanhar e avaliar o desempenho dos mesmos através de reuniões sistemáticas e a de encaminhar as demandas ao Secretário de Saúde e a outros órgãos da municipalidade. A experiência mostrou que é de fundamental importância a existência de um animador deste processo. A ausência deste ator parece ser um fator de desestímulo. Os profissionais sentem-se “soltos”, sem referencial, sem ter um interlocutor mais direto e mais disponível para compartilharem as dificuldades e os avanços obtidos no cotidiano de trabalho o que os torna desmotivados.

- A reestruturação das unidades de saúde e a compra de alguns equipamentos são essenciais na viabilização da atenção básica resolutive a nível das áreas descentralizadas de saúde, daí a grande importância que tiveram os recursos repassados pelo Ministério da Saúde ao município através de convênio firmado na implantação das equipes do P.S.F.

- O trabalho integrado, em equipe, dos agentes de saúde, enfermeiras, médicos e dentistas, possibilitou a organização da clientela. Os agentes de saúde identificavam os doentes ou os indivíduos que necessitavam de uma atenção especial, como gestantes, e os encaminhava para os profissionais da equipe em data previamente programada, com exceção dos casos de urgência ou emergência que eram atendidos sem marcação prévia. Este procedimento evitou a demanda reprimida e a insatisfação das famílias.

- A orientação por problemas, o enfoque de risco epidemiológico norteiam, de forma muito prática, o planejamento das ações individuais e coletivas a serem realizadas pelas Equipes Saúde da Família. O Método de Planejamento Estratégico Situacional (P.E.S.) facilita muito no

gerenciamento dos serviços de saúde a nível central municipal e nas áreas descentralizadas de saúde.

- O processo de avaliação sistemática dos indicadores de saúde, dos percentuais de cobertura assistencial, do nível de satisfação dos usuários, é muito importante para nortear os ajustes no plano de intervenções e para garantir a qualidade da atenção prestada à população.

- A formação e funcionamento dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde é um fator de grande influência no processo de gestão democrática da saúde a nível municipal. Na prática constatamos que quando é aberto um canal de participação, a população participa de forma efetiva.

- O entendimento por parte da população do modelo de atenção de vigilância à saúde e dos benefícios que ele pode trazer para as famílias assistidas é essencial para sua sustentação e continuidade. A mudança de técnicos responsáveis pela condução do processo de implantação e implementação do novo modelo, a mudança de Secretário de Saúde ou de Prefeito pode comprometer bastante a continuidade do processo da forma como foi concebido. Talvez a elaboração de um protocolo com o modelo operacional de atenção à saúde implantado no município fosse um instrumento útil aos representantes das comunidades ao negociarem com os novos Secretários e Prefeitos a forma de organizar a atenção à saúde aos municípios.

A garantia da continuidade do modelo de atenção implantado vai depender do grau de entendimento da população em relação à sua concepção e do nível de mobilização social. Se os vários atores sociais da municipalidade, em especial, as famílias assistidas estiverem conscientes da importância do novo modelo de atenção e se mobilizarem, com certeza conseguirão a continuidade do processo de inversão do modelo de atenção à saúde respeitando os princípios e diretrizes orientadoras.

Estas foram, portanto, as lições aprendidas a partir da experiência de implantação do Programa Saúde da Família em Beberibe. A sua leitura poderá ser útil para gestores municipais que têm interesse em operacionalizar esta estratégia nos seus municípios.

De toda a experiência vivenciada obtivemos a certeza de que é possível construir um modelo de atenção à saúde em um município de médio porte como a maioria dos municípios brasileiros, voltado para os princípios do S.U.S. e para o paradigma da promoção da saúde. Apesar das falhas, erros, contradições, conflitos, a tentativa de inversão do modelo de atenção curativista vigente realizada no município em estudo possibilitou, mesmo que de forma parcial, a efetivação de muitos dos princípios do S.U.S.

Esperamos que este estudo e os resultados nele contidos possam contribuir para o aperfeiçoamento de modelos de atenção à saúde municipais, para a qualidade da atenção prestada aos usuários dos serviços de saúde e para melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira.

SUMMARY

The presenting style has as a conductor axle the thematic about models of attention to health in Local Systems of Health. Its main objective is learning in a historical chaining up, the process of implantation of the Family's Health Program (F.H.P.) in Beberibe-Ce. One of the first municipalities of Brazil to establish the program as a strategy of reorganization of the services in health to do something again for the inversion of the pattern of curative attention in effect and to the consolidation of the Unique System of Health (U.S.H.) in municipality level. The used method was the study of case and the main technique to obtain data was the participant observation achieved "in loco" for twelve months, besides the focal groups and interviews semi-structured. Beyond these techniques was possible to identify the main moments, the conflicts, the occurred changes, the factors and acts that carried out determining influence in implantation of the F.H.P. in the selected municipality. The study showed that this strategy being accomplished, could contribute in a significant way, to make effective in a municipality level, many of the principles and rules of U.S.H. as a managemental decentralization, the universality of access, the community participation and the integrity of attention, as well as impact positively in the indicators of covering attendance and epidemiologicals. We verify that after the implantation of F.H.P. occurred an increase in the table of contents of covering vaccination, pre-natality and maternal milk-feeding, beyond a changing of profile of hospital internment with a decrease stress of internments in pediatrics and an increase in obstetric and surgical clinics. We also observe an expressive decrease in childish mortality death rate and an improvement in the satisfaction of the users of health services.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECKER, Howard S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: HUCITEC, 1993. 178p. p.118. (Ciências Sociais, 31).

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde dentro de casa: programa de saúde da família. Brasília, 1994. 20p. p.1-20.

BUSS. Paulo Marchiori. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. *In*: BUSS, Paulo Marchiori (Org.), LABRA, Maria Eliana (Org.). Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças. São Paulo: HUCITEC, 1995. 259p. (Saúde em debate, 81). p.74-80.

CAMPOS, Nina Hortwitz *et al.* Família y salud familiar: um enfoque para la atención primaria. Boletim de oficina sanitária Panamericana. Washington, v.98, n.2, p.144-155, fev. 1985.

CARACTERÍSTICAS de famílias saudáveis. *In*: BUB, Lydia Ignes Rossi (Coord.). Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: U.F.S.C., 1994. 195p. (Enfermagem - REPENSUL). p.67-68.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Saúde da família: um novo modelo de atenção. Fortaleza, 1995.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira (Org.) Inventando a mudança da saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994. 334p. p.259.

_____. *Idem ibidem*. p. 12.

_____. *Idem ibdem.* p. 12.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. 429p. p.381-389.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Sistema Único de Saúde. Porto Alegre, 1990. 26p. (Publicações Técnicas, 2). P.16-19.

_____. *Idem ibdem.* P.8.

_____. *Idem ibdem.* P.6.

_____. *Idem ibdem.* p.9.

DEMO, Pedro. Introdução à Metodologia da Ciência. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1985. 118p. p.87.

FOLCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Geral, 1979. 294p. P. Introd. p. X-XV.

INDICADORES SOCIAIS DOS MUNICÍPIOS DO CEARÁ. Analfabetismo. Fortaleza: IPLANCE, n.2, 1995, 56p. P.8.

INDICADORES SOCIAIS DOS MUNICÍPIOS DO CEARÁ. Renda da população e finanças municipais. Fortaleza: IPLANCE, n.3, 1995, 28p. P.9.

INDICADORES SOCIAIS DOS MUNICÍPIOS DO CEARÁ. Água, saneamento e saúde materno-infantil. Fortaleza: IPLANCE, n.4, 1995, 54p. P.7.

LÜDKE, Menga. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 82 p. p. 17.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). A vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília: OPAS, 1993. 104p. (Desenvolvimento de serviços de saúde, 10). p.17.

_____. *Idem ibdem.* p.8.

_____. *Idem ibdem.* p.12-13.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. *In:* MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 310p. (Saúde em debate, 55). P.80-85.

MENDES, Eugênio Vilaça. O processo social de distritalização da saúde. *In:* MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 310p. (Saúde em debate, 55). P.142-143.

_____. *Idem ibdem.* p.143-151.

_____. *Idem ibdem.* p.152.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 1993. 269p. (Saúde em debate, 46). p. 67.

_____. *Idem ibdem.* p.68.

MÜLLER NETO, Júlio S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. Saúde em debate, Londrina, n.31, p.54-66, mar. 1991.

OMS. Cuidados primários de saúde. Brasília: UNICEF, 1979. 64p. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. p.44.

OPAS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locais la salud: la administración estratégica. Washington, 1994. 159 p. p.43.

ORDOÑEZ, Cosme. Saúde em Cuba: plano médico de família. Revista saúde para todos, a.3, n.6, p.24-32, out. 1995.

ROCHA FILHO, Fernando. A evolução do perfil de internações hospitalares após a implantação do programa Saúde da Família em Beberibe. Beberibe, 1996. "Não paginado".

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BERGONZOLI, G.; VICTORIA, D. Rectoria y vigilancia de la salud. San José: OPS, 1994. 151p. Dissertação, 1994.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90): Sistema Único de Saúde. 2.Ed. atual. e ampl. São Paulo : HUCITEC, 1995. 394p. (Saúde em debate, 51).

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* Saber preparar uma pesquisa. Definição, estrutura, financiamento. São Paulo: HUCITEC, 1994. 215p. (Saúde em debate, 70).

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência. São Paulo: Cortez, 1993. 158p.

HEIMANN, Luiza S. *et al.* O município e a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. 200p. (Saúde em debate, 63).

TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1988. 252p.

E R R A T A :

- Pág. 59** Nos indicadores de avaliação II, no parágrafo 2, em vez de “instância gestora a nível municipal”, leia-se “instância gestora a nível distrital”.
- Pág 78** No parágrafo 2, após “estratégia”, leia-se “por parte da coordenadora” ao invés de “com que a coordenadora”.
- Pág 127** No gráfico 11, na coluna vertical, leia-se “óbitos por 1000 nascidos vivos” em vez de “óbitos por 100 nascidos vivos”.
- Pág 128** No 1.º parágrafo, linha 16, antes de “15,05%”, em vez de “aumentarem”, leia-se “aumentaram”.
- Pág 129** No 3.º parágrafo, 2.ª linha, após “deveu-se”, leia-se “ao trabalho das Equipes Saúde da Família que desenvolviam ações educativas...”
- Pág 138** No último parágrafo, na 2.ª linha, após “modelo de atenção”, leia-se “foi o de discutir” em vez de “é o de discutir”.
- Pág 145** No 1.º parágrafo, na 3.ª linha, leia-se “territorialização”.
No 3.º parágrafo, 3.ª linha, em vez de “havia”, leia-se “havam”.
- Pág 148** No último parágrafo, 1.ª linha, leia-se “saúde” ao invés de “saúdem”.
- Pág 153** No parágrafo 3, linha 5, em vez de “Secretário de Saúde”, leia-se “Secretário de Saúde”.