

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ  
UMA ANÁLISE DE SUA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Francisca Maria Oliveira Andrade

Fortaleza  
1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ  
Uma análise de sua estrutura e funcionamento

Francisca Maria Oliveira Andrade

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará

Orientadora : Prof<sup>ª</sup>. Dra. Zenilda Vieira Bruno  
Co-orientador : Prof. Luciano Lima Correia

Fortaleza  
1998

## FICHA CATALOGRÁFICA

**A567 *Andrade, Francisca Maria Oliveira***

**O Programa de Saúde da Família no Ceará:  
Uma análise de sua estrutura e funcionamento/ Francisca  
Maria Oliveira Andrade. – Fortaleza,1998.**

**92f.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Zenilda Vieira Bruno**

**Co-orientador: Prof. Luciano Lima Correia**

**Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do  
Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde  
Comunitária**

**1.Saúde da Família- Ceará 2. Promoção da Saúde, 3.  
Atenção Primária de Saúde. I. Título**

**CDD 362.1**

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ.  
UMA ANÁLISE DE SUA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

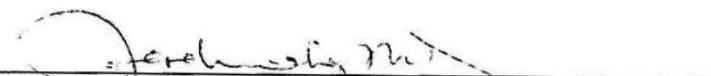
Dissertação apresentada ao curso de Pós- Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.



Data da aprovação: 27 / 08 / 198

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Zenilda Vieira Bruno  
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Terezinha do Menino Jesus Silva

\_\_\_\_\_  
Dra. Ana Cristina Terra de Sousa

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Lígia Regina Sansigolo Kerr Pontes  
Coordenadora do Mestrado em Saúde Pública

Aos meus pais, Maria e Bernardo, pelo exemplo de seriedade, simplicidade e amor ao próximo que sempre me proporcionaram. Para Carolina e Bernardo, filhos queridos, razão maior da minha existência. Para Barbosa, companheiro maravilhoso de todas as horas, por todo o amor e dedicação. Para meus irmãos, Cícero, Cristiana e Eremita pelo que aprendemos juntos na nossa infância e juventude.

## AGRADECIMENTOS

---

Ao Senhor Deus, nosso pai, pelo supremo amor e pela energia que nos proporciona para enfrentarmos todos os desafios.

À Professora Zenilda Bruno, pela forma carinhosa como sempre se colocou à minha disposição, para as muitas discussões e revisões.

Ao Professor Luciano Correia, pelo acompanhamento cuidadoso de todos os detalhes durante a elaboração deste trabalho.

Ao Dr. Anastácio de Queiroz Sousa, Secretário da Saúde do Estado do Ceará, pelo apoio durante a realização do mestrado e deste estudo.

À Anamaria Cavalcante e Silva e Jocileide Sales Campos, irmãs de coração, com as quais compartilho o sonho de um Ceará cada vez melhor, pelos comentários e sugestões.

Ao grande amigo Jay McAuliffe pela enorme contribuição na definição metodológica e na elaboração dos instrumentos de coleta de dados.

Às companheiras Inês Amaral e Lucineide Lavor, por terem compartilhado comigo a responsabilidade de realização deste estudo.

Aos membros das equipes da Diretoria de Saúde -DIS: Departamento de Epidemiologia/ Departamento de Vigilância Sanitária/ Departamento de Assistência Farmacêutica/ Departamento Técnico de Saúde/ Coordenação do Programa de Saúde da Família/ Agentes de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado- SESA, Manoel Fonseca, Imaculada Fonseca, Najla, Rosélia, Vilane, e o Assessor Dr. Carlile Lavor pelas sugestões sobre diversos aspectos que deveríamos considerar.

À equipe do Departamento de Controle e Avaliação da SESA - DECAS; da Diretoria de Coordenação Regional e dos Departamentos Regionais de Saúde pelo apoio durante a coleta dos dados.

À Escola de Saúde Pública do Ceará- ESP , na pessoa da sua superintendente, Dra. Sílvia Mamede, pelo apoio financeiro e excelentes comentários, além das informações prestadas pelos colegas: Paola, Holanda Júnior, João Macêdo, Júlio Penaforte, Mônica, João Batista, Álvaro Jorge, João Macêdo, Nádia, e Romero. Um agradecimento especial também aos funcionários da biblioteca da ESP, pela colaboração na busca por fontes de consulta.

Às minhas grandes companheiras de trabalho, Virgínia Costa Oliveira, Maria Tereza Baima Castelo, Lídia Gonçalves, Erlane Ribeiro e Maria Julieta Barroso Lima Dantas, pela forma como assumiram comigo o peso de realizar um mestrado, mantendo o mesmo ritmo de trabalho, na busca de contribuir positivamente para transformar a dura realidade de muitas crianças, adolescentes, mulheres e suas famílias. Ao colega Alberto Farias, pelos comentários sobre o caminho certo a seguir.

Aos prefeitos, secretários municipais de saúde e coordenadores do PSF dos municípios onde o mesmo está implantado, pela forma como encaminharam as providências para o preenchimento e devolução dos questionários.

Ao Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Ceará - COSEMS - Ce pelo apoio a realização deste estudo

Um agradecimento muito especial aos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde e demais componentes das equipes de saúde da família que responderam aos questionários, pela paciência e colaboração no fornecimento das informações indispensáveis a este estudo.

Aos colegas de Sobral, Odorico Andrade, Socorro Carneiro, Ítalo Wagner Lobo Filgueira, Francisco Freitas Gurgel Júnior e Lucinete Lopes do Nascimento, pelas reflexões sobre o que é necessário fazer para termos um programa mais efetivo.

Ao escritório do Unicef para o Ceará e Rio Grande do Norte, que apoiou este trabalho, desde o seu início. Ao ex-coordenador do escritório, Dr. Ennio Svitone e ao atual, Sr. Patricio Fuentes, meus sinceros agradecimentos.

Ao Conselho Regional de Medicina do Ceará, na pessoa do Dr. Lino Holanda, e ao Conselho Regional de Enfermagem, na pessoa da Dra. Nájla Gurgel Passos, pela presteza com que nos disponibilizaram todas as informações solicitadas.

À Dra. Maria Neile Torres de Araújo, Diretora da Faculdade de Medicina da UFC, pelos comentários e sugestões.

Ao colega José Wellington, por sua ajuda na etapa inicial do estudo, e à companheira do Instituto de Saúde e Desenvolvimento Social- ISDS , Gilvani Granjeiro, pela colaboração na organização de tantos dados relevantes.

Aos colegas e professores do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará- UFC, pelo incentivo, pelo companheirismo e por tudo o que aprendemos juntos. À atual coordenadora do mestrado, Dra. Lígia Regina Sansigolo Kerr Pontes, pela determinação de fazer um curso de alto padrão, como a UFC e o povo do Ceará merecem.

Às colegas de mestrado, Graça Barbosa, Marilac Barbosa e Socorro Martins, pelas palavras de incentivo nas horas difíceis.

Ao caro amigo Barreira Nanan e a Suely Câmara Medeiros pelo trabalho minucioso de revisão das várias versões deste estudo.

À Regina Alice de Albuquerque Mendes e à Veruska, pelas longas horas de digitação dos questionários, um trabalho quase interminável.

À Coordenação Nacional do Programa de Saúde da Família - PSF , nas pessoas da Dra. Heloísa Machado, Maria Fátima de Sousa e Marilena Gentile, pelas informações prestadas e o incentivo para a realização deste estudo.

Ao Dr. José Policarpo Barbosa, coordenador do PSF de Fortaleza, pela presteza com que forneceu todas as informações referentes ao programa na nossa capital.

Ao João Markan Brito, Antônio de Pádua, Maria Fernanda dos Santos, Glauciane Paula da Silva, João Neto, Luís Lisboa Pereira Junior e Francisco Gomes Diniz, por todo apoio administrativo.

Às bibliotecárias Norma Linhares da UFC, Tereza Kátia do SEBRAE e Selma do Hospital Albert Sabin pelo apoio na organização das várias referências bibliográficas consultadas.

À Rosita Botelho, Ana Lourdes, Lucelene Palhano e Nilciane da Silva pela forma carinhosa como sempre me apoiaram no gabinete da Subsecretaria da Saúde do Estado.

Aos funcionários do mestrado em saúde pública da UFC - Roberto e Dulce, em especial a Zenaide, sempre preocupada em nos lembrar todos os compromissos com seus prazos.

## SUMÁRIO

	<b>Página</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b>	
<b>RESUMO</b>	
<b>1.INTRODUÇÃO</b>	<b>01</b>
1.1 Organização da atenção à saúde	01
1.2 A atenção à saúde da família	09
<b>2.JUSTIFICATIVA</b>	<b>24</b>
<b>3.OBJETIVOS</b>	<b>25</b>
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
<b>4.METODOLOGIA</b>	<b>26</b>
4.1 Coleta de dados	26
4.2 População do estudo	27
4.3 Processamento e análise de dados	29
<b>5.RESULTADOS</b>	<b>30</b>
5.1 Perfil dos profissionais do PSF	30
5.2 Características pessoais e de trabalho dos agentes de saúde que integram as equipes do PSF	37
5.3 Características das equipes do PSF	42
5.4 Atividades realizadas pelas equipes	45
5.5 Condições de trabalho das equipes	50
5.6 Opiniões sobre o PSF	55

<b>6.DISSCUSSÃO</b>	<b>62</b>
<b>7.RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES</b>	<b>77</b>
<b>8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>88</b>
<b>ABSTRACT</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** - Número de questionários enviados, número e percentual de questionários devolvidos preenchidos por categoria. Ceará, 1998.
- TABELA 2** - Tempo de dedicação ao programa, salário mensal e local de moradia dos médicos e enfermeiros do PSF. Ceará, 1998.
- TABELA 3** - Características pessoais e de trabalho dos médicos e enfermeiros do PSF. Ceará, 1998.
- TABELA 4** - Formação profissional dos médicos e enfermeiros das equipes do PSF. Ceará, 1998.
- TABELA 5** - Informações sobre os agentes de saúde integrantes das equipes do PSF. Ceará, 1998.
- TABELA 6** - Relacionamento dos agentes de saúde com os outros membros da equipe do PSF. Ceará, 1998.
- TABELA 7** - Aspectos sobre o trabalho das equipes do PSF. Ceará, 1998.
- TABELA 8** - Informações sobre as atividades realizadas para a população atendida pelo PSF. Ceará, 1998.
- TABELA 9** - Condições de trabalho das equipes do PSF. Ceará, 1998.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi contribuir para o aperfeiçoamento do Programa de Saúde da Família (PSF) desenvolvido no Ceará, através da análise de sua estrutura e funcionamento e da elaboração de propostas de intervenção para a solução dos principais problemas encontrados.

O estudo foi baseado em questionários sobre vários aspectos do programa respondidos por 82 (78%) secretários de saúde dos municípios onde o mesmo está implantado; 230 (67,4%) médicos; 278 (81,5%) enfermeiros e 2.507 (73,5%) agentes de saúde envolvidos no PSF. Além disso, 149 (43,6%) equipes responderam, conjuntamente, outro tipo de questionário.

Os resultados encontrados evidenciaram pontos bastante positivos do programa, tais como: a realização de diversas ações de saúde em localidades anteriormente não assistidas com uma atenção regular, inclusive contemplando atividades voltadas para grupos muitas vezes esquecidos pelos sistemas de saúde, como adolescentes e idosos; um acompanhamento mais freqüente de pacientes com patologias crônicas, como diabéticos e hipertensos; praticamente todos os médicos e enfermeiros dedicando tempo integral ao programa; muitos agentes de saúde sentindo-se bem apoiados e recebendo treinamento por intermédio de outros membros das respectivas equipes; médicos e enfermeiros acompanhando os agentes durante as visitas domiciliares, analisando dados produzidos pelos mesmos e encaminhando providências para os problemas encontrados. Verificou-se também um encaminhamento mais organizado dos pacientes que necessitam de

atendimento nos níveis de maior complexidade de assistência. Além disso, pelo relato dos diversos respondentes, parece ter havido uma melhoria significativa na qualidade da atenção, passando a ser mais contínua, integral e humanizada.

Também foram encontrados problemas, dentre os quais destacamos: a maioria dos médicos e enfermeiros sem a garantia dos direitos trabalhistas; um número significativo de profissionais sem a qualificação adequada para a atuação no programa; uma grande variação salarial entre os municípios e falta do profissional médico em algumas equipes, decorrente da dificuldade de fixação do mesmo em municípios mais carentes; número excessivo de famílias sob a responsabilidade de algumas equipes; más instalações físicas das unidades de saúde e atendimento sendo prestado em várias localidades, quase sempre em situação precária; quantidade de medicamentos insatisfatória; poucas ações de vigilância sanitária e somente uma incipiente tentativa de ação intersetorial. Constatou-se, igualmente, que muitas ações básicas de saúde, como o exame ginecológico e pequenas cirurgias, infelizmente não estão sendo ainda realizadas em todas as comunidades atendidas pelo programa. Percebe-se, também, que não há uma grande ênfase nas ações de promoção da saúde e nem tampouco de participação da comunidade no planejamento e acompanhamento das atividades realizadas.

As conclusões do estudo indicam a necessidade de uma ampla discussão, entre os gestores dos níveis federal, estadual e municipal de saúde, com a participação efetiva dos profissionais do PSF sobre os ajustes que são necessários e redefinições de vários aspectos relacionados ao programa. Essa discussão deveria ser realizada antes da ampliação do número de equipes, prevista para os próximos anos. Espera-se, finalmente, que este estudo

seja útil para outros estados que estejam desenvolvendo ou pretendam iniciar o programa, assim como para a coordenação nacional do PSF, na permanente busca de um Sistema Único de Saúde verdadeiramente resolutivo, humano e solidário.

## **1 INTRODUÇÃO**

O setor saúde do Brasil obteve conquistas importantes nos últimos anos, especialmente no que diz respeito à descentralização e à organização dos sistemas locais, também chamados de SILOS. Tais avanços, entretanto, ainda não foram suficientes para assegurar uma assistência adequada à população na maioria dos municípios brasileiros. As más condições socio-econômicas das famílias, a concentração de profissionais nas grandes cidades e com uma formação voltada predominantemente para a atenção curativa, tem contribuído para que o perfil de saúde da população, especialmente das áreas rurais, pouco se modifique. Estes fatos, associados aos altos custos dos tratamentos, têm levado as autoridades sanitárias a voltarem suas atenções para a promoção da saúde e o controle de fatores de risco, muitos deles prevalentes nos ambientes do domicílio, da escola, dos locais de trabalho e de lazer.

Como uma das principais estratégias para enfrentar esta realidade, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família - PSF visando a busca da universalização da atenção básica de saúde, através de um modelo que garantisse às famílias o acesso a cuidados primários e à melhoria da qualidade de vida (Ministério da Saúde - MS 1994).

O Ceará foi um dos primeiros estados a implantar este programa e, apesar de decorridos mais de quatro anos do seu início, poucas avaliações foram realizadas sobre o seu funcionamento e resultados. Além disso, existem muitas dúvidas sobre como o PSF está estruturado nos diversos municípios cearenses. O objetivo deste estudo é analisar a estrutura e o funcionamento do programa no Ceará, de modo a contribuir para o seu aperfeiçoamento.

### **1.1. A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Desde a Segunda Guerra Mundial predomina, na maioria dos países, um modelo de atenção médica especializado e baseado em tecnologia de alto custo. Este modelo não tem

sido capaz de garantir, a uma grande parcela da população, os cuidados básicos de saúde. Além disso, significativos segmentos populacionais ainda não têm acesso a condições mínimas de vida, comprometendo seriamente o seu estado de saúde (Lopez, 1995; Rohde, 1993; Bryant & Harrison, 1996).

Com o objetivo principal de analisar e propor alternativas que mudassem o quadro de saúde predominante, foi realizado, em outubro de 1978, na cidade de Alma Ata, capital da República do Cazaquistão, um grande encontro internacional de saúde, a Conferência de Alma Ata. No relatório deste importante evento ficou claro que *“os cuidados primários são os principais meios para se alcançar, em todo o mundo, um nível aceitável de saúde num futuro previsível, e que este nível de saúde precisa fazer parte do desenvolvimento social, e estar baseado no espírito de justiça”* (Rohde, 1993; World Health Organization- WHO, 1998; Organização Mundial da Saúde - OMS, 1991).

Desde Alma Ata, a proposta de se trabalhar na área de saúde, baseando-se prioritariamente em ações de caráter preventivo, tem sido a principal estratégia dos grandes organismos mundiais para se alcançar a principal meta da Conferência: *“Saúde para todos no Ano 2.000”*. Apesar desta meta parecer utópica para muitos, isto não pode ser razão para a ausência de uma grande mobilização para o enfrentamento dos múltiplos problemas sociais que ainda afetam, na atualidade, vários segmentos populacionais (Victora, 1978; Banzowski & Bryant, 1983).

Embora tenham sido encaminhadas muitas providências no sentido de mudar o quadro sanitário mundial e apesar de alguns avanços terem sido efetivamente obtidos, estes ainda não foram suficientes, especialmente para inverter as prioridades no que diz respeito aos investimentos em saúde. Na presente década os hospitais ainda consomem a maior parte dos recursos financeiros da saúde em quase todos os países e, naqueles em desenvolvimento, as despesas hospitalares podem atingir 80% dos gastos públicos destinados ao setor ( Testa, 1995; Teixeira & Unglert, 1994). Além disso segundo Pessini & Barchifontaine (1994), *“os gastos per capita em saúde, nos países industrializados, são cerca de 80 vezes maiores que nos países pobres”* .

Sabe-se, ainda, que os principais fatores determinantes do processo saúde/doença têm sido pouco influenciados pela ação dos serviços de saúde, guardando uma maior relação com as condições sócio-econômicas do que com a disponibilidade destes serviços. Entretanto, para que os sistemas de saúde cumpram o seu papel de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, mudanças fundamentais devem ocorrer na organização da atenção, na formação e atuação dos profissionais da área. Destaca-se ainda que mesmo a atuação dos trabalhadores de saúde pode ter um impacto muito reduzido, caso não seja acompanhada de uma visão crítica, limitando-se a tratar, no indivíduo, os efeitos das más condições de vida. Os programas de medicina familiar, motivo deste estudo, têm sido citados por vários autores como uma excelente estratégia na busca da qualidade e efetividade dos sistemas de saúde (Duncan & Schimidt & Giugliani, 1996; Victora, 1978; Vaughan & Morrow, 1997).

No Brasil, o sistema de saúde passou por diversas transformações nos últimos cinquenta anos. Segundo Duncan & Schimidt & Giugliani (1996); Mendes e colaboradores (1994); Pessini & Barchifontaine (1994), são fatos marcantes da saúde pública no País, os seguintes:

- 1) Em 1941 e 1950 são realizadas, respectivamente a I e a II Conferências Nacionais de Saúde, que trataram do tema “sanitarismo”, ainda incipiente no Brasil.
- 2) Na década de 50, predominava o modelo do sanitário campanhista que tinha como principal objetivo sanear os centros urbanos, espaços de circulação dos produtos de exportação, além da erradicação ou controle de doenças, a fim de proteger a economia baseada na agricultura.
- 3) Na década de 60, com o processo de industrialização, surgiu a necessidade de se organizar um atendimento médico voltado para a classe trabalhadora, que crescia de maneira acelerada no País, inclusive proveniente da área rural. Esta iniciativa visava manter e restaurar a capacidade produtiva dos trabalhadores. Como neste período houve uma

grande expansão de serviços privados de saúde, que eram contratados pelo setor público, este modelo foi chamado de médico-assistencial privatista.

4) Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social- INPS, em substituição às várias Caixas ou Institutos de Previdência que haviam começado a surgir, desde o início da década de 20, para prestar assistência médica e garantir aposentadoria aos seus associados. Estas caixas e institutos vinham mantendo categorias com benefícios bem superiores aos concedidos aos demais brasileiros.

5) Em 1971 foi instituído o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, gerido pelo FUNRURAL. Este programa incluía na previdência social não somente os trabalhadores do campo, mas igualmente empregados domésticos e autônomos. Apesar desta medida, ainda persistiam no País muitas desigualdades em termos de acesso aos serviços de saúde

6) Em 1977 foi instituído o Sistema Nacional de Previdência Social, que resultou na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS, num momento em que se buscava garantir a expansão da população beneficiada pelo sistema, porém com centralização administrativa.

7) Durante os anos 70 foram ainda desenvolvidas experiências-piloto de “medicina comunitária”, no município de Paulínia, pela Universidade de Campinas-UNICAMP, em Montes Claros, pela Universidade do Norte de Minas Gerais e outros parceiros. Também começaram a ser criados os Departamentos de Medicina Preventiva nas Universidades, origem do movimento sanitário e base político-ideológica da reforma do setor saúde.

8) Em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste – PIASS, que envolveu técnicos dos projetos-piloto citados anteriormente. Em 1979 este programa foi ampliado para todo o País. Para apoiar esta iniciativa foi implantado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS e, no ano seguinte, foram criadas as carreiras de sanitarista e agente de saúde pública, no âmbito do Governo Federal.

9) Com o avanço das lutas democráticas no País, foi realizada, em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde e, em seguida, lançado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV - SAÚDE que, entretanto, não conseguiu ser implantado por falta de apoio político.

10) Como uma primeira iniciativa para integrar diversas instituições que desenvolviam ações de saúde no Brasil, foi criado em 1983, o programa “ Ações Integradas de Saúde-AIS”. Este programa também não alcançou os seus objetivos plenamente, porém contribuiu para a expansão da rede ambulatorial de saúde, principalmente na zona rural, na busca da inversão do modelo sanitário, tradicionalmente centrado no hospital.

Em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, foram sistematizadas as diretrizes e os princípios da reforma sanitária no Brasil. Esta proposta vinha sendo discutida como uma alternativa para a melhoria da atenção à saúde no País. Dentre as linhas básicas desta reforma, destacam-se: o conceito ampliado de saúde; o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado; a necessidade da existência de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS; e a participação da comunidade neste sistema ( Pessini & Barchifontaine, 1994; Heimann et al, 1992).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 garante a criação do Sistema Único de Saúde- SUS, no seu artigo 198. O texto final da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080) define saúde como “ *um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; que 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 lazer, o acesso a bens e serviços essenciais, e que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País*”. Esta definição demonstra o avanço alcançado no sentido de uma nova concepção de saúde (Pessini & Barchifontaine, 1994).

Uma diretriz fundamental do SUS é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo ( federal, estadual e municipal), ênfase na gerência

da saúde pelos municípios, na regionalização e na hierarquização da rede de serviços de saúde, meio ambiente e saneamento básico (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará- SESA, 1995; Hiemann et al,1992).

Enfim, o SUS foi criado visando a obtenção do maior impacto possível nos principais problemas da população, com vistas à melhoria do seu estado de saúde. O Sistema Único objetiva também o fortalecimento da gestão descentralizada e participativa em nível local, a democratização e o controle social sobre a produção e a utilização dos serviços de saúde (Ministério da Saúde- MS, 1996).

Apesar dos avanços na legislação brasileira e no processo de descentralização previsto no SUS, o modelo de atenção à saúde no Brasil continuou sendo baseado na doença, pouco contribuindo para promover a saúde e praticamente sem nenhuma articulação com outros setores ( SESA, 1995).

Além disso os serviços de saúde do Brasil permaneceram centralizados, tendo como base o hospital. A taxa de internamento, em algumas regiões, é superior aos parâmetros técnicos estabelecidos, sendo hospitalizados muitos pacientes que poderiam ter seus problemas resolvidos no nível ambulatorial e local. Esta medida seria mais econômica para o sistema e mais humana para o paciente. O atendimento em geral é episódico e limitado aos casos agudos, ficando prejudicado o acompanhamento de pacientes crônicos, que poderia proporcionar melhor controle da doença e evitar complicações. Raramente o paciente é atendido pelo mesmo médico nas várias vezes que procura os serviços de saúde e o atendimento muitas vezes é sofisticado, utilizando de forma exagerada os meios de diagnóstico. No que diz respeito aos profissionais de saúde, as condições de trabalho e de salário, na maioria das vezes, são inadequadas e esses necessitam ter vários empregos, o que significa uma carga horária excessiva (Victora,1978; Mendes,1996; Heimann et al, 1992).

Este modelo tradicional de atenção à saúde no Brasil, portanto, tem sido reconhecido por sua capacidade de recuperação da saúde das pessoas, porém é necessário

também se reconhecer suas limitações e o seu estrangulamento, pelos problemas já citados e também pela demanda espontânea, excessiva e desordenada ( não possibilitando acesso a uma considerável parcela da população), a exagerada medicalização e o relacionamento impessoal existente entre a clientela e a equipe de saúde, questões estas que não foram resolvidas com a criação do SUS (SESA, 1995).

O modelo de financiamento também tem sido responsabilizado pelo baixo impacto da assistência, concluindo-se ser necessário, não só aumentar o volume de recursos financeiros, como também mudar a forma de pagamento dos serviços prestados. Tradicionalmente o pagamento dos serviços públicos de saúde tem sido feito baseado na produtividade de procedimentos voltados para a doença quando deveria ser destinado ao financiamento da promoção da saúde (MS, 1996).

Com relação ao Ceará, mesmo com o importante crescimento econômico ocorrido nos últimos dez anos, o Estado ainda é considerado como um dos mais pobres do País, conforme evidenciam seus indicadores sociais. Fortaleza possui uma elevada percentagem de indigência familiar , segundo dados do Instituto de Planejamento do Ceará- IPLANCE, de 1994. A mesma fonte confirma que nas áreas rurais do Estado a taxa média de indigência familiar é ainda superior a da capital. Indigência familiar é definida pelo IPEA ( Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ), como o número de famílias abaixo da linha de pobreza, dividido pelo número total de famílias na área respectiva. O índice estadual de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais é da ordem de 37,4%, e a mortalidade infantil para o ano de 1997, de cerca de 39/ 1000 nascidos vivos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, o nível de cobertura dos serviços de saneamento básico é baixo. Com efeito, apenas 37,6 % do total de domicílios do Estado são servidos com abastecimento de água potável, sendo atendidos 57,6% dos domicílios urbanos e apenas 1,9% dos domicílios rurais. O quadro relativo do esgotamento sanitário é ainda mais grave: somente 6,8% do total de residências do Ceará possuem este serviço, cerca de 10,4% nas áreas urbanas e 0,9% no meio rural. Quanto ao mercado de trabalho, o setor informal absorvia, em 1993, 53,7% da população ocupada. Portanto, os indicadores sociais relativos a uma grande parcela da população cearense se encontram abaixo dos

padrões nacionais. Devido a estes e a outros fatores, muitas famílias, especialmente aquelas que vivem no interior do Estado, apresentam com mais frequência, problemas de saúde (Secretaria do Trabalho e Ação Social do Estado- STAS, 1996).

Além do interior do Estado possuir piores indicadores sociais que Fortaleza, a oferta de serviços de saúde demonstra um padrão de grande concentração na capital. Segundo dados dos Conselhos Regional de Medicina e de Enfermagem do Ceará, de julho de 1998, somente 18% dos médicos e 25,6% dos enfermeiros em atividade no Ceará se encontram no interior ( onde mora a maioria - 70% - da população do Estado). A pequena quantidade de profissionais de saúde no interior tem limitado o acesso à assistência médica e contribuído para reforçar um modelo de atenção curativa (Mc Auliffe, 1994).

No que diz respeito a implantação do SUS, vale ressaltar que o processo de descentralização das ações de saúde tem avançado rapidamente em muitos estados brasileiros, especialmente no Ceará, onde a municipalização da saúde já atinge quase todo o Estado.

Nos últimos dez anos foram obtidos, também no Ceará, bons resultados com relação a indicadores de saúde, especialmente da mulher e da criança. Além disso houve um avanço importante no que diz respeito ao sistema de informação em saúde e na organização político - administrativa dos Sistemas Locais de Saúde – SILOS. Estes avanços contudo não foram acompanhados de mudanças expressivas no modelo de atenção, não garantindo a universalização do acesso e a melhoria da qualidade do atendimento (SESA, 1995).

Apesar dos avanços citados anteriormente os serviços permaneceram sem a organização adequada, voltados quase que exclusivamente para o atendimento às doenças e praticamente sem desenvolverem ações de promoção da saúde (podemos citar, como exceção, o grande esforço que vem sendo feito para implantar ações de promoção da saúde da mulher e da criança, através dos programas Viva Mulher e Viva Criança, respectivamente). Como no restante do País, os serviços de saúde do Ceará também têm se caracterizado por atender basicamente à demanda espontânea, sem o adequado

envolvimento e participação da comunidade na solução dos seus problemas, inexistindo, portanto, uma maior relação entre os serviços de saúde e a população ( Goya, 1996).

A falta de uma utilização adequada das informações epidemiológicas e de um planejamento baseado na concepção de risco tem dificultado o direcionamento das ações para as comunidades e os grupos mais vulneráveis, o que permitiria o uso mais racional e justo dos recursos humanos, materiais e financeiros, em conformidade com um dos princípios fundamentais do SUS, que é a equidade ( SESA, 1995).

Buscando exatamente a solução destes problemas foram criados no Ceará, nos últimos dez anos, programas, como o de Agentes de Saúde e, posteriormente de Saúde da Família, sendo a análise deste último o motivo desse estudo.

## **1.2. A ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Corio (1993); Hag (1996) e Rohde (1993), indicam que a base para os cuidados com a saúde está na família e na comunidade. Estes autores têm afirmado ainda que famílias bem informadas, organizadas e que dispõem de serviços básicos assumem um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção das doenças. É, portanto, fundamental que a educação da comunidade sobre como prevenir doenças faça parte de todo e qualquer modelo de atenção primária de saúde. Muitas iniciativas têm utilizado os trabalhadores comunitários de saúde para o desenvolvimento dessas atividades educativas. Entretanto esses trabalhadores devem ser acompanhados e respaldados por profissionais, como médicos, enfermeiros, odontólogos, inclusive para a solução de problemas mais complexos que apareçam neste nível de atenção (Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF,1994).

Em 1978, quando a Conferência Internacional de Alma Ata estabeleceu a meta de “Saúde para todos no ano 2.000”, a Atenção Primária de Saúde– APS foi escolhida como a principal estratégia para atingir este importante compromisso mundial. Entende-se por APS, como o primeiro nível de contato entre o indivíduo, a família e a comunidade com o

sistema de saúde, sendo enfocados, nesse nível, os principais problemas de saúde da comunidade e desenvolvidas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Rohde, 1993).

Seguindo essa orientação, em muitos países, os programas de cuidados primários têm treinado pessoas da própria comunidade para implementar estratégias preconizadas pelo UNICEF para a redução da mortalidade infantil, tais como: monitorização do crescimento, terapia de reidratação oral, incentivo ao aleitamento materno, imunização, planejamento familiar e educação de mulheres. Estas intervenções têm sido importantes para a obtenção de alguns avanços em termos de sobrevivência infantil, porém com pouca influência positiva na diminuição da morbidade e mortalidade de adultos (Rohde, 1993).

Apesar dos avanços na luta contra a mortalidade infantil, em muitos países as doenças infecciosas ainda são a principal causa de óbitos entre menores de um ano, enquanto as doenças crônicas - degenerativas passaram a ser uma das principais causas de doenças e mortes entre adultos, em muitas partes do mundo. Esse perfil epidemiológico, associado ao crescente envelhecimento da população, tem exigido uma atenção prestada por um profissional com habilidades especiais, perfil dos médicos de família de vários países (Hag, 1996; Westin, 1995).

Algumas referências sobre a proposta de medicina familiar datam do início deste século quando Abraham Flexner propôs, nos Estados Unidos, um modelo de atenção baseado no “médico da comunidade”, o que caracterizava um tipo de profissional supostamente menos qualificado ou com formação precária, perfil de médicos das cidades americanas de pequeno porte (Hag, 1996; Miranda, 1995).

Relata-se também que Bertrand Dawson defendia, na Inglaterra de 1920, a necessidade de um sistema público de saúde organizado por níveis de complexidade, onde um médico generalista, chamado “de família”, trabalharia apoiado por profissionais de enfermagem, em uma unidade básica de saúde, buscando, assim, a universalização do acesso e uma atenção voltada para as necessidades básicas da comunidade (Hag, 1996).

A partir de 1930 começa a diminuir, em praticamente todos os países, o número de médicos trabalhando em cuidados primários de saúde. Este fato é agravado com a grande redução dos chamados médicos generalistas, após a Segunda Guerra Mundial. Naquele momento também começava a ocorrer uma acentuada fragmentação da medicina com o surgimento de várias especialidades. A fragmentação da profissão médica e a ênfase na tecnologia tiveram outro efeito negativo, que foi a deterioração da relação médico/ paciente (The World Organization of Family Doctors-Wonca, 1994; Gordon,1998) .

Como uma forma de reverter esta situação, nos anos 50 a medicina familiar passou a ser implementada em vários países. Outras justificativas foram apresentadas para a criação desse modelo de atenção, dentre elas estão, além da alta complexidade tecnológica da medicina, o aumento das hospitalizações e das subespecialidades, os valores sociais e os padrões do exercício profissional, que aumentam a demanda por serviços cada vez mais especializados e comprometem a relação médico/paciente (Hag, 1996; Gutierrez & Hernandez, 1993; Florenzano & Horwitz,1983).

O sistema de medicina familiar tem como base essencial a adscrição fixa de um determinado número de famílias para cada equipe de saúde, que fica responsável pelas mesmas. Isto tem o objetivo de proporcionar uma relação afetiva e de confiança entre a equipe e a população e um melhor conhecimento sobre suas condições de vida, hábitos, renda, educação e relação com o meio ambiente. Esta aproximação dos serviços de saúde com a clientela facilita também a observação das patologias em todas as suas etapas, permite a construção de indicadores de risco, bem como levar a efeito, com maior probabilidade de êxito, medidas preventivas para a comunidade ( Wonca, 1994; Hag, 1996).

Segundo McWinney (1989), dentre as características da medicina familiar é importante ressaltar:

1-A solução de diversos problemas no contexto da relação pessoal e contínua com indivíduos e famílias.

2-A identificação de fatores de risco e de pequenas alterações na normalidade, em pacientes que são acompanhados sistematicamente pelo mesmo médico.

3-A utilização da relação médico/ paciente para maximizar a efetividade do tratamento.

4-O gerenciamento adequado dos recursos humanos e financeiros, de modo a obter uma melhor relação custo/ benefício para a população assistida .

Os médicos de família são descritos por Mc Winney (1989), como aqueles que devem ter a capacidade de prover atenção integrada e contínua a pacientes, de qualquer idade e sexo, seja em nível preventivo ou curativo.

Ceitlin (1987), os descreve também como aqueles que atendem seus pacientes no consultório, no domicílio e algumas vezes no hospital, e que seu objetivo central é promover a saúde das famílias, fazer um diagnóstico precoce, além de ser o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde.

Na maioria dos países que possuem programas de medicina familiar é referido que os médicos trabalham juntamente com outros profissionais, compondo as equipes de atenção primária de saúde. Porém, a maior parte da bibliografia existente se refere à medicina familiar, dificultando uma melhor compreensão do papel do enfermeiro de família, como vem sendo chamado no Brasil, bem como dos outros profissionais da equipe de saúde (McWinney, 1989; Hag, 1996).

No que diz respeito ao trabalho da enfermagem em saúde pública encontramos na literatura consultada as seguintes descrições:

1) Os enfermeiros de cuidados domiciliares, que têm como principais atividades: aplicação de medicamentos injetáveis, a verificação da pressão arterial e da temperatura, além da realização de exercícios de reabilitação. Estes profissionais, na maioria das vezes trabalham juntamente com um profissional médico; 2) Os enfermeiros de saúde pública, que são responsáveis pelas atividades de educação para a saúde, prevenção de doenças, de deficiências e cuidados de reabilitação. Geralmente trabalham em áreas geográficas bem

definidas, muitas vezes em escolas e sua responsabilidade inclui: educação para a saúde de gestantes, visita pós natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, planejamento familiar, aconselhamento pré e pós hospitalização, visita a pacientes com doenças infecciosas, além de orientação para doentes crônicos e avaliação dos cuidados domiciliares prestados aos idosos; 3) São também referidas (neste caso, quase unicamente mulheres) as enfermeiras com especialização em obstetrícia ( midwife ), que realizam atenção à gestante e ao seu filho, no pré-parto, parto e pós-parto, inclusive com visitas e até mesmo partos domiciliares ( Mc Winney, 1989; Hag, 1996) .

Enquanto os princípios da medicina familiar são universais, as habilidades que devem possuir os médicos de família variam dependendo do local de atuação, das doenças prevalentes na região, dos recursos disponíveis, da proximidade de outros serviços, especialmente os de maior complexidade, e da equipe com a qual trabalham (McWinney, 1989; Wonca, 1994).

A qualidade do treinamento dos médicos de família varia nos diversos países onde existe esta especialidade. Em muitos lugares são os médicos generalistas, não especialistas, que recebem treinamento limitado em cuidados primários de saúde. Em outros, a medicina familiar faz parte do currículo médico e existem cursos de pós graduação nesta especialidade, havendo assim oportunidades de aperfeiçoamento (Hag, 1996).

Outro aspecto muito variável de um local para outro é a remuneração recebida por esses profissionais e o status que a categoria detém na sociedade. Em alguns países, os médicos de família estão entre os mais bem pagos profissionais da medicina, além de terem muito prestígio na sua comunidade; em outros são aqueles que recebem as piores remunerações e são considerados técnicos de formação e qualificação inferiores ( Wonca, 1994; Hag, 1996; McWinney, 1989).

No Canadá, a primeira faculdade de medicina familiar foi fundada em 1954 e este País tem hoje um programa modelo, tendo inspirado, em muitos aspectos, a proposta que é hoje desenvolvida no Brasil. Atualmente, oito em cada dez médicos dedicados à assistência

primária no Canadá são médicos de família. Eles costumam ser o ponto de contato inicial dos pacientes com o sistema de saúde e existe uma relação de cerca de um médico para cada 423 pessoas. Eles controlam os encaminhamentos a especialistas e as internações em hospitais, além de decidirem sobre as necessidades de exames diagnósticos, tratamentos ou terapias medicamentosas (Wonca, 1994).

Na Inglaterra os médicos de família também conhecidos como GPs ( General Practitioner), atendem a todas as idades e os mais diversos problemas. Naquele País o sistema funciona através do processo de captação, no qual o médico ganha pelo número de pacientes que atende e o paciente tem o direito de escolher o médico que quiser. Uma das características desse modelo é que pode haver diferentes médicos atendendo diferentes membros de uma mesma família. Como no Canadá, os médicos de família ingleses também são os primeiros a atender os pacientes e a encaminhá-los para serviços especializados (Wonca, 1994).

Apesar do movimento de medicina familiar nos Estados Unidos, a partir da década de 60 ter sido muito intenso e embora este País tenha um dos sistemas de saúde mais caros do mundo, existem atualmente cerca de 37 milhões de americanos não cobertos pelo sistema de saúde, caracterizando-se este como um dos exemplos da crise do setor em âmbito mundial. No que diz respeito a formação dos profissionais, na década de 70 o número de médicos generalistas americanos era praticamente igual ao daqueles com especialização. Atualmente, estes últimos são quase o dobro dos primeiros, entretanto tem havido algumas iniciativas das autoridades americanas para reverter este quadro, buscando-se uma relação de 60% de generalistas para 40% de especialistas. Como em vários outros países, os especialistas americanos são melhor remunerados que os generalistas. Algumas das estratégias que vêm sendo também implementadas no sistema de saúde americano são a utilização de trabalhadores comunitários de saúde e uma maior participação dos usuários no planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços prestados ( Wonca, 1994; Skolnik & Diamond, 1993 ).

Na Dinamarca, desde 1973, para um paciente ter acesso a um especialista pago pelo setor público, ele deve ser encaminhado pelo seu médico de família, a exemplo do que ocorre também no Canadá e na Inglaterra. Atualmente, na Dinamarca aproximadamente 98% da população é atendida regularmente por um médico de família, através de um contrato desses profissionais com o setor público (Wonca, 1994).

Em 1974, havia em Portugal uma acentuada má distribuição de médicos, com a maioria praticando especialidades em hospitais de áreas urbanas. Desde 1975 vem sendo desenvolvido nesse País um serviço de saúde que busca a cobertura universal de cuidados médicos gratuitos para toda a população. Em 1995 existiam 6.000 médicos de família em Portugal, cada um acompanhando, em média, 1.500 pessoas (Wonca, 1994).

Na América Latina, a medicina familiar teve um grande impulso nos anos 70. O primeiro programa do gênero começou no México, em 1971, posteriormente foi instituído na Bolívia (1974) e no Panamá (1976) (Wonca, 1994; Gutierrez & Hernandez, 1995).

Segundo Orellana (1995), no início de 1993 já haviam se formado cerca de 10.541 especialistas em medicina familiar no México e a atuação desses profissionais tem, segundo o mesmo, contribuído inegavelmente para a melhoria da atenção médica mexicana.

A experiência internacional de medicina familiar mais conhecida no Brasil é, provavelmente, a Cubana. O programa de médicos de família de Cuba foi criado em 1984, como uma estratégia para a melhoria da qualidade de saúde da população, buscando garantir atenção integral e continuada aos indivíduos e suas famílias, com ênfase na participação popular. Nesse programa surgiram também as enfermeiras de família. Para cada equipe de médico e enfermeira, são adscritas cerca de 700 pessoas residentes num território geográfico delimitado. Cada morador é cadastrado pela equipe, que passa a classificar a população em três grupos: pessoas saudáveis, doentes ou sujeitas ao risco de adoecer e pessoas em reabilitação. O trabalho é organizado de modo que, no período da manhã, os profissionais atendam no consultório os pacientes agendados e algumas consultas espontâneas, além de realizarem trabalhos de grupo e planejamento familiar.

Durante a tarde são feitas visitas domiciliares. O sistema é interrelacionado, visando garantir a referência e contra referência. Quando necessário, o médico de família pode encaminhar o paciente para a rede hospitalar do território correspondente ou, no caso de necessidade de consulta com especialistas básicos (pediatra, gineco-obstetra), referi-lo para uma unidade de porte intermediário chamada “Policlínico de saúde”. O policlínico também dispõe de estrutura para a realização de exames complementares. Uma das características do programa cubano é integrar a prática dos serviços à docência, além de existir um programa de educação continuada para os profissionais de saúde. O Ministério da Saúde é o órgão que gerencia a formação dos recursos humanos (Rodrigues, 1996; Finamour, 1995; Ordonez, 1995).

Segundo Abath (1985), em 1948 já se denunciava no Brasil, a escassez progressiva de médicos com formação geral. Como resposta a vários movimentos de reforma da educação médica ocorridos no início da década de 70, em 1976 tiveram início os dois primeiros programas de residência médica para a formação de médicos gerais fazendo parte dos projetos de saúde comunitária desenvolvidos no Brasil.

Também segundo Abath (1985), no Brasil, a expressão “medicina familiar” desde o início encontrou uma resistência de caráter ideológico. Muitos acreditavam ser uma medicina voltada para indivíduos e núcleos familiares, praticada de forma liberal, sem considerar a comunidade como prioridade, sendo um modelo copiado dos Estados Unidos. A terminologia medicina geral comunitária foi melhor aceita e passou a identificar qualquer iniciativa que buscasse o atendimento a população, na comunidade, e de forma integral. Abath, 1985, define a medicina geral comunitária como *“ uma prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade e que, independente de idade, sexo ou patologia do paciente, propõe-se a prestar uma assistência integral, contínua e personalizada, não interrompida nem mesmo quando necessário encaminhar o paciente a outros níveis de assistência para confirmação ou esclarecimento diagnóstico e tratamento.* Atualmente segundo o documento sobre o perfil dos médicos no Brasil, a medicina geral comunitária é uma das 63 especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (Conselho Federal de Medicina- CFM, 1995).

As duas experiências mais conhecidas de medicina familiar no Brasil são a do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre- RS (iniciada em 1983) e a de Niterói -RJ.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) gerencia postos de saúde em comunidades carentes de Porto Alegre. Os postos funcionam em escolas, paróquias, associações de moradores e o GHC providencia médico, enfermeiro, dentista e assistente social.

O programa “Médico de família” de Niterói foi implantado em 1992, sob a ótica da atenção integral e é baseado na experiência desenvolvida em Cuba. O objetivo geral do programa é suplementar a rede municipal de assistência à saúde, com ênfase na atenção primária, visando a melhoria da oferta de serviços. A equipe básica do programa é composta por um médico generalista e um auxiliar de enfermagem, que trabalham em regime de 40 horas semanais, acompanhando cerca de 1000 pessoas. Esta dupla se dedica as atividades na comunidade adscrita, através de atendimento ambulatorial, domiciliar e acompanhamento hospitalar, quando necessário ( Fundação Municipal de Saúde de Niterói- Niterói, 1996; Rodrigues, 1996; Ribeiro & Melaned, 1994).

No que diz respeito ao Ceará, em meados de 1992 começaram a ocorrer algumas discussões sobre a proposta de implantação de um programa de médico de família, a exemplo do que já era realizado em vários países e em estados brasileiros citados anteriormente.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família. O PSF foi criado com o propósito de desenvolver ações de promoção e proteção à saúde dos indivíduos e das famílias, tanto adultos como crianças, sadios e doentes, de forma integral e contínua. A proposta é inverter o modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, buscando a oferta de serviços mais resolutivos e principalmente humanizados (MS, 1994).

O PSF, portanto, preconiza uma mudança na prática atual dos serviços o que inclui também a transição entre a ação isolada, de um único profissional para o trabalho em equipe e, acima de tudo, prevê uma estreita relação do setor saúde com outros setores da

sociedade, sejam da área governamental ou não governamental, enfim, todos aqueles que possam contribuir para a solução dos problemas que afetam a saúde (SESA, 1995).

Apesar do grande número de equipes do PSF já implantadas atualmente no Brasil, um dos obstáculos para o perfeito funcionamento do mesmo é o tipo de formação que os médicos e enfermeiros recebem hoje no País, na maioria das vezes voltada para a super especialização e quase totalmente realizada dentro do hospital, em nada preparando os profissionais para o trabalho preventivo e comunitário. Por este motivo, além das várias iniciativas existentes para a melhoria do ensino médico, o Ministério da Saúde está apoiando a organização de pólos regionais de capacitação, por meio de convênios com universidades e escolas de saúde pública. A Escola de Saúde Pública do Ceará- ESP foi escolhida como um desses pólos regionais (MS,1998; ESP,1996).

Uma das pesquisas a respeito do PSF no Brasil foi realizada pelo próprio Ministério da Saúde, e teve como objetivo testar instrumentos de avaliação e acompanhamento do impacto da implantação do programa. Trata-se de um estudo para identificar indicadores sensíveis para o acompanhamento e a avaliação do PSF, a partir da análise do perfil de utilização das AIHs (Autorizações de Internações Hospitalares) nos municípios de Quixadá, no Ceará, e Camaragibe, em Pernambuco. Dentre as conclusões do estudo, destacamos: uma redução progressiva das internações, diminuição do número de encaminhamentos a outros municípios e do valor gasto com o total de internações, especialmente na faixa etária de 0 a 4 anos (MS, 1996; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo- São Paulo, 1997; SESA,1996).

O Ministério da Saúde também publicou documento relatando as experiências dos seguintes municípios: Assis-(SP), Brumadinho-(MG), Camaragibe-(PE), Campina Grande-(PB), Curitiba-(PR) e Londrina-(PR). O programa é descrito nestes municípios destacando-se os aspectos da população atendida, composição das equipes, média de salários por categoria profissional, forma de contratação e forma de ingresso dos recursos humanos (Anexo 01). Observa-se nesse trabalho algumas diferenças básicas entre os municípios

estudados com relação a vários aspectos, o que indica a necessidade de uma discussão sobre uma maior uniformidade do programa no País (MS, 1996).

O PSF começou a ser implantado no Ceará ainda em 1994 e em novembro de 1997, o mesmo já estava sendo desenvolvido em 105 municípios cearenses, totalizando cerca de 341 equipes (Anexo 02).

É importante ressaltar que o PSF, no Ceará, veio complementar uma experiência anteriormente iniciada no Estado, que foi a institucionalização de um programa com atividades de atenção primária de saúde, baseado no trabalho de líderes comunitários selecionados, treinados e pagos pelo Governo Estadual para desenvolverem ações de promoção da saúde, especialmente educativas - o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Posteriormente o Governo Federal decidiu implantar este Programa em vários estados brasileiros. Desde 1993 todos os municípios cearenses contam com o trabalho dos agentes de saúde (D' Elia & Minayo & Svitone,1990; MS,1994).

Segundo documentos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 1995, o PSF se propõe a alcançar os seguintes objetivos:

- *“Cadastrar 100% das famílias das áreas de atuação.*
- *Estabelecer a área geográfica - populacional de abrangência de cada equipe.*
- *Identificar e mapear, em cada área de abrangência, grupos familiares mais vulneráveis.*
- *Desenvolver ações para a promoção da saúde e a prevenção contra agravos específicos, direcionadas prioritariamente para os grupos familiares de maior risco.*
- *Promover a articulação e a atuação intersetorial ente os diversos órgãos governamentais e não governamentais, bem como a parceria com as lideranças*

*comunitárias em busca de soluções que possibilitem o enfrentamento dos fatores determinantes dos problemas de saúde.*

- *Estabelecer um sistema de referência que assegure às famílias atendidas no nível primário o acesso aos níveis de atenção de maior complexidade.*
- *Desenvolver um sistema de informação que identifique, com rapidez e veracidade, os problemas de saúde prioritários, de modo a possibilitar uma intervenção precoce e programada.*
- *Promover uma nova relação entre os serviços de saúde e a população, baseada no mútuo conhecimento e na co-responsabilidade, a partir da vinculação nominal das famílias a determinados profissionais/serviços.*
- *Assegurar um processo de educação continuada das equipes do programa, de modo a melhorar o seu desempenho e a qualidade da atenção.”*

Os objetivos específicos citados acima tentam mostrar que o PSF não se limita a ser um programa que leva médicos e enfermeiros, além dos agentes de saúde, para o nível comunitário, mas preconiza uma verdadeira mudança no pensar e agir da equipe de saúde e da comunidade com relação à saúde. (SESA, 1995).

O PSF vem sendo desenvolvido no Ceará através de uma parceria entre o Governo Federal, Estadual e as Prefeituras Municipais. O Governo Federal repassou recursos financeiros para os primeiros municípios que implantaram o programa para a aquisição de material básico para o trabalho das equipes, inclusive transporte. Além disso financia parte das despesas de manutenção, através de recursos do SUS, e apoia as atividades de capacitação. O Governo do Estado fica responsável pelo treinamento das equipes de saúde da família, pelo apoio à implantação, o acompanhamento e a avaliação do programa em nível estadual. A Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP, como polo de capacitação regional, desenvolve um curso de especialização em Saúde da Família (com carga horária

de 560 horas) para profissionais do PSF, além de cursos de curta duração em áreas específicas. Segundo dados da ESP, foram os seguintes os números de treinandos no curso de especialização: 1996 – 52; 1997 – 61, em 1998, estão sendo treinados 90 alunos. No curso introdutório ao PSF também realizado pela ESP foram capacitados 152 profissionais em 1997 e está previsto o treinamento de 200, em 1998.

As Prefeituras Municipais ficam responsáveis pela operacionalização do PSF, inclusive pagamento dos profissionais e custeio das atividades, dispendo para isso, além dos recursos financeiros próprios do município, dos recursos do SUS.

A SESA tem recomendado que as equipes do PSF no Ceará sejam compostas por um médico, um enfermeiro, e em média 10 agentes de saúde (em alguns municípios cearenses tem sido incluído também odontólogo, e, em alguns casos outros profissionais como assistente social, nutricionistas, psicólogos...), que ficam responsáveis por 1.000 famílias ou 4.500 pessoas (utilizando-se a média de 4,5 pessoas por família).

Estas equipes devem realizar, além de consultas individuais, visitas e até internações domiciliares, atividades educativas individuais e em grupo, reuniões com a comunidade e contato com outras instituições que possam colaborar com a promoção da saúde da população assistida.

Uma das principais providências das equipes deve ser a identificação do território onde moram as famílias, além de um cadastro que inclua diagnóstico da situação sócio-econômica das famílias acompanhadas.

Desde o início do processo de implantação do programa foi grande o interesse dos municípios em desenvolverem o mesmo, resultando na criação de muitas equipes no período entre 1994 e 1997. Este fato, aliado a inexistência de uma orientação mais completa sobre o perfil do profissional de saúde da família e de uma normatização do trabalho da equipe, tem resultado numa grande variedade de modelos de atenção. Muitas vezes são apenas deslocadas equipes de saúde para o atendimento nos distritos, de maneira impessoal,

sem o necessário desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, como preconiza o programa.

Dados não oficiais indicam ainda, que a maioria dos profissionais que integram as equipes do PSF, apesar de receberem melhores salários do que os demais que trabalham na sede dos municípios, fora do PSF, não tiveram a devida capacitação para o trabalho comunitário, fato que certamente tem comprometido o cumprimento dos objetivos do programa.

Dentre os estudos realizados sobre o PSF no Ceará, destaca-se um levantamento feito pela Escola de Saúde Pública do Estado (1995) sobre as tarefas das equipes, que inclusive serviu de subsídio para o desenvolvimento de um currículo em saúde da família.

Dentre as muitas informações coletadas nesse estudo, destacamos as seguintes:

- Os médicos e enfermeiros do PSF realizam atendimento ambulatorial dedicando, em média, 6 horas por dia a esta atividade, e cada profissional (médico e enfermeiro) atende cerca de 28 pacientes diários.
- Os diagnósticos mais comuns no atendimento ambulatorial são: infecções respiratórias agudas, diarreia, hipertensão, dermatoses e desnutrição.
- As atividades comunitárias não são realizadas na sua plenitude. Somente 61% das equipes afirmaram realizar atividades de identificação de lideranças e de grupos organizados de participação comunitária na sua área de atuação.
- Todos os membros das equipes referem participar das visitas domiciliares. Porém, além do agente de saúde, o enfermeiro é reconhecido como o profissional mais presente nas visitas às residências.

Dentre as sugestões do que seria necessário para melhorar o desempenho das equipes, foram citadas como medidas prioritárias: capacitação, medicamentos, encontros de avaliação e transporte para o deslocamento da equipe (ESP, 1995).

Outro estudo realizado, desta vez com relação a visão dos usuários sobre o programa de saúde da família de três municípios cearenses, destaca que os profissionais mantêm um bom relacionamento com a comunidade, contudo alguns depoimentos de clientes levam a crer que alguns membros das equipes parecem realizar, no PSF, um atendimento de massa, impessoal, semelhante ao que é feito nos municípios onde não existe o programa ( Cunha, 1996).

Outro estudo realizado sobre o PSF no município de Beberibe enfocou o processo de implantação e os resultados obtidos ( Fonseca, 1996).

Informalmente, existem muitos comentários de secretários municipais de saúde sobre o sucesso do programa e é grande a procura de prefeituras cearenses, junto à Secretaria da Saúde do Estado e ao Ministério da Saúde, para a implantação do mesmo. Entretanto, é importante destacar que muitos aspectos ainda precisam ser aperfeiçoados, alguns, inclusive, revistos, como: a relação de trabalho existente entre os profissionais de saúde e as prefeituras (na maioria das vezes não existe vínculo empregatício, ficando as equipes sem nenhuma segurança de continuidade no trabalho), a real possibilidade das equipes residirem na mesma comunidade em que trabalham, ou pelo menos permanecerem toda a semana, inclusive as noites, ausentando-se somente no final de semana (o que tem sido difícil, especialmente pelas más condições de acomodação na área rural), dentre outros problemas.

## 2. JUSTIFICATIVA

Desde os primeiros meses de implantação do Programa de Saúde da Família no Ceará foi grande o interesse de prefeitos e secretários municipais de saúde de desenvolverem o mesmo. Em 1997, com o início das novas administrações municipais, esta demanda aumentou junto a Secretaria de Saúde do Estado. Em novembro de 1997 o Programa de Saúde da Família estava implantado em 105 municípios cearenses, totalizando cerca de 341 equipes.

Os relatos informais indicam que o programa tem sido bem sucedido porém, passados mais de quatro anos desde sua implantação, existem poucos estudos que avaliam o mesmo no Ceará, seja nos aspectos de processo, resultados ou impacto. O que se sabe, de uma maneira bastante informal, é que existem diferenças importantes no modelo de funcionamento do programa nos diversos municípios onde o mesmo está implantado, havendo necessidade portanto de um melhor conhecimento da realidade para que se possa sugerir mudanças e aperfeiçoá-lo.

É, portanto, fundamental conhecer melhor vários aspectos da estrutura e do funcionamento do programa com relação a composição das equipes, perfil dos profissionais, as condições de trabalho, e as atividades realizadas, inclusive avaliando se buscam alcançar os objetivos propostos.

Dado o exposto acima, e considerando-se ainda ser o PSF a estratégia estruturante da Secretaria de Saúde do Estado e o modelo de atenção à saúde escolhido pelo Ceará, entende-se ser de grande importância realizar este estudo antes da expansão prevista para o mesmo.

Outros estudos são necessários, não somente para complementar os aspectos da estruturação e do funcionamento levantados no presente trabalho, mas também os resultados e o impacto, inclusive destacando a relação custo/ benefício e o grau de conhecimento e de satisfação da clientela com o programa.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3-1- OBJETIVO GERAL**

Descrever os principais aspectos da estrutura e funcionamento do Programa de Saúde da Família no Ceará, analisando-os na sua adequação para alcançar os objetivos propostos, com vistas a propor reformulações nas áreas que apresentem deficiências e fortalecimento de aspectos que têm obtido sucesso.

#### **3-2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1. Conhecer a composição das equipes do PSF.

3.2.2. Descrever as características pessoais e de trabalho dos médicos, enfermeiros e agentes de saúde ligados ao PSF.

3.2.3. Descrever as atividades desenvolvidas pelas equipes, e o grau de qualificação para realizá-las.

3.2.4. Analisar as condições de trabalho dos profissionais do PSF.

3.2.5. Conhecer as opiniões dos profissionais do PSF e dos gestores municipais de saúde a respeito dos benefícios do programa para a população e das dificuldades para a operacionalização do mesmo.

3.2.6. Identificar as necessidades de treinamentos das equipes.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. COLETA DOS DADOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal que consistiu de inquérito realizado junto aos secretários municipais de saúde, médicos, enfermeiros, e agentes de saúde das 341 equipes do PSF implantadas no Ceará (relação dos municípios com o número de equipes implantadas – anexo 2), os quais responderam a uma série de quatro questionários auto administrados específicos para cada categoria. O conjunto de questionários (anexo 4) foi distribuído para cada secretaria municipal de saúde onde o PSF estava implantado. Antes de distribuídos, os questionários foram testados e, em seguida, feitas as correções necessárias.

Os questionários foram distribuídos através dos departamentos regionais de saúde para as secretarias municipais, que se encarregaram de entregar a cada equipe do PSF um conjunto contendo questionários de quatro tipos: a) questionário para o médico da equipe; b) questionário para o enfermeiro da equipe; c) questionário para os agentes de saúde da equipe; d) questionário sobre questões gerais do PSF, a ser respondido pela equipe, conjuntamente. Havia também um questionário a ser preenchido pelo secretário municipal de saúde. No total foram enviados 4.538 questionários.

As perguntas existentes nos questionários diziam respeito a vários aspectos do programa, tais como: Perfil dos profissionais (idade, sexo, tempo que dedicavam ao programa, formação profissional, local de formatura, tempo de formado), condições de trabalho (forma de ingresso e contratação, salários, condições dos locais de atendimento, disponibilidade de transporte, de medicamentos), perfil dos agentes de saúde (idade, sexo, tempo de trabalho como agente de saúde e como membro de uma equipe do PSF, atividades realizadas), benefícios do programa para a população, dificuldades e limitações, além das necessidades de treinamento das equipes. Existiam perguntas abertas e fechadas.

O modelo de pesquisa através de questionário auto-administrado foi escolhido em virtude da possibilidade de se obter informações de um maior número de equipes em um

curto espaço de tempo e com custos reduzidos. Além disso sendo anônimos os respondentes ficariam mais a vontade, expressando de maneira mais franca suas opiniões. Como limitações deste método reconhecemos principalmente o risco de um elevado índice de não resposta, que poderia introduzir vícios no estudo, e o preenchimento incorreto devido ao não entendimento das questões por parte dos respondentes. Visando reduzir este último problema os questionários foram criados de modo a serem auto-explicativos facilitando assim a sua compreensão e o preenchimento. Para garantir que isto ocorresse foram elaborados também roteiros de orientação, constando de notas explicativas e dos objetivos que se buscava alcançar em cada pergunta formulada (Kellogg, 1998; Kirkwood, 1989 ; Aguillar, Ander-Egg, 1994). Ver anexo 4.

Os questionários foram identificados apenas com um código de cinco dígitos (os três primeiros dígitos se referiam ao município e os dois últimos à equipe). Para reforçar a confidencialidade das informações coletadas foi solicitado que os questionários fossem devolvidos em envelopes lacrados .

O coordenador municipal do PSF, ou outro técnico indicado pelo secretário municipal de saúde ficou responsável, no município, pela distribuição dos questionários para cada equipe, pela orientação das equipes para o seu preenchimento, além do recolhimento dos mesmos e devolução para a coordenação do estudo em Fortaleza.

A coleta de dados do estudo teve duração de 4 meses, compreendendo o período de dezembro de 1997, quando os questionários foram enviados aos municípios, a março de 1998, quando foi encerrado o prazo para recebimento dos questionários preenchidos.

## **4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Dos 4.538 questionários enviados, 3.246 foram devolvidos preenchidos, o que corresponde a 71,5% do total. O total de 4.538, representava a soma de 105 secretários municipais de saúde, 341 equipes, 341 médicos, 341 enfermeiros e 3.410 agentes de saúde que se acreditava estivessem envolvidos no PSF do Ceará, segundo informações da

Secretaria de Saúde do Estado. Ao todo, obtivemos informações de 90 dos 105 municípios pesquisados, o que correspondeu a 85,7% do total. Ver anexo 3. Especificamente para cada categoria pesquisada, as taxas de respostas foram: 78% para secretários municipais de saúde, 43,6% para equipes, 67,4% para médicos, 81,5% para enfermeiros e 73,5% para agentes de saúde, conforme apresentado na Tabela 1.

O percentual de questionários respondidos conjuntamente pelas equipes foi inferior a 50% dos enviados, possivelmente pela dificuldade de um preenchimento coletivo, que exigia um certo grau de coordenação entre os membros das equipes. A população respondente, no entanto, é representativa do total das equipes, uma vez que inclui municípios de grande, médio e pequeno porte de todas as regiões do Estado, e com datas de implantação do programa bastante variadas.

TABELA 1

Número de questionários enviados, número e percentual de questionários devolvidos preenchidos por categoria, Ceará - 1998

CATEGORIA	ENVIADOS Nº	DEVOLVIDOS	
		Nº	%
<b>Questionários individuais:</b>			
Secretário Municipal de Saúde	105	82	78,0
Médico da Equipe de Saúde da Família	341	230	67,4
Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família	341	278	81,5
Agente de Saúde	3410	2507	73,5
Total de questionários individuais	4.197	3.097	73,7
<b>Questionário coletivo:</b>			
Equipes de Saúde da Família	341	149	43,6
Total Geral	4.538	3.246	71,5

#### 4.3. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos questionários foram digitados e processados em microcomputador utilizando-se o software Epi-info 6.0 . No caso das respostas abertas, as mesmas foram inicialmente listadas, em seguida foram criadas categorias e posteriormente recodificadas dentro das categorias criadas. Para as variáveis contínuas foram calculadas médias, conforme fosse apropriado para cada caso. As demais variáveis foram analisadas em termos de proporções de eventos observados.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. PERFIL DOS PROFISSIONAIS DO PSF

#### 5.1.1. Características pessoais e de trabalho dos médicos e enfermeiros

Através dos questionários respondidos pelos secretários municipais de saúde foram obtidas informações sobre os médicos e enfermeiros das equipes do PSF com respeito a forma de ingresso no programa, a relação de trabalho com o município, a carga horária de trabalho semanal, o valor dos salários e o local de moradia.

No que diz respeito a forma de ingresso dos profissionais no PSF, 95,1% dos médicos e 93,9% dos enfermeiros foram admitidos como prestadores de serviço. As outras formas de ingresso foram o concurso público para médicos em 1,2% dos municípios e para os enfermeiros, em 2,4%. O contrato anual, feito diretamente pela prefeitura ou através de associações comunitárias, é realizado em 3,7% dos municípios, para médicos e enfermeiros. De acordo com o mencionado acima, no que diz respeito a relação de trabalho dos profissionais do PSF com os municípios, a quase totalidade de médicos e enfermeiros não tinham vínculo empregatício com as prefeituras.

Verificou-se também que 85,2% dos médicos e 92,1% dos enfermeiros dedicavam tempo integral ao programa, definido neste estudo como trabalhar 40 horas por semana na equipe do PSF de uma mesma comunidade. Constatou-se a partir dos questionários preenchidos pelos médicos, que 39,4% dos mesmos davam plantão no hospital do município.

Com relação aos salários mensais foi encontrado que 86,9% dos médicos ganhavam a partir de R\$ 3.000,00 e que 62,7% dos enfermeiros ganhavam a partir de R\$ 1.500,00. Os médicos recebiam, em média R\$ 3.585,00, e os enfermeiros R\$ 1.512,00 ( Tabela 2).

A partir dos questionários preenchidos pelos profissionais do PSF, obteve-se a informação de que 67,1% dos médicos eram do sexo masculino e 86,6% dos enfermeiros do sexo feminino ( Tabela 3 ).

Foi observado também que 36,9% dos médicos e 53,5% dos enfermeiros tinham menos de anos, com uma média de 36 anos para médicos e 30 para enfermeiros. Com relação a maior e a menor idade, foi encontrado 69 e 23 anos para médicos , 65 e 21 para enfermeiros, respectivamente.

Verificou-se também que 26,3% dos médicos e 41,7% dos enfermeiros residiam nas localidades onde trabalhavam, geralmente distritos distantes da sede dos municípios e com precárias condições de moradia.

Sobre o ano de ingresso no programa, 61,8% dos médicos e 51,5% dos enfermeiros entraram no programa a partir de 1997, o restante dos profissionais informou ter ingressado entre 1994 e 1996. Foi encontrado que 38% dos médicos e 24,5% dos enfermeiros haviam trabalhado, até a data da pesquisa, em 2 ou mais municípios, excluindo o atual.

**TABELA 2**  
**Tempo de dedicação ao programa, salário mensal e local de moradia dos médicos e enfermeiros do PSF. Ceará, 1998**

CARACTERÍSTICAS	MUNICÍPIOS	
	Nº	%
Dedicação de tempo integral ao PSF dos:		
Médicos	69	85,2
Enfermeiros	70	92,1
Salário mensal em Reais ( 1,00) *		
Médicos:		
De 800 a 2.999	10	13,1
De 3.000 a 3.999	40	52,6
De 4.000 a 4.999	21	27,7
5.000 ou mais	5	6,6
Enfermeiros:		
De 600 a 1.499	28	37,3
De 1.500 a 1.999	39	52,0
2.000 ou mais	8	10,7
Residência nas comunidades onde trabalham, segundo as categorias:		
Médicos	20	26,3
Enfermeiros	30	41,7

\* Média de salário: médicos, R\$3.585,00; enfermeiros, R\$1.512,00

TABELA 3

Características pessoais e de trabalho dos médicos e enfermeiros do PSF. Ceará, 1998

CARACTERÍSTICAS	MÉDICOS %	ENFERMEIROS %
Sexo :		
Feminino	32,9	86,6
Masculino	67,1	13,4
Idade *:		
Menos de 30 anos	36,9	53,5
De 30 a 35 anos	17,7	27,4
De 36 a 40 anos	13,3	10,4
De 41 a 45 anos	10,4	5,2
Mais de 45 anos	21,7	3,5
Ano de ingresso no PSF		
1994	11,1	9,8
1995	12,1	18,8
1996	15,0	19,9
1997/98	61,8	51,5
Número de municípios em que já trabalhou no PSF:		
1 município	62,0	75,5
2 municípios	25,8	20,2
Mais de 2 municípios	12,2	4,3

\*Média de idade: médicos , 36 anos; enfermeiros, 30 anos

### 5.1.2- Formação profissional de médicos e enfermeiros do PSF

O estudo obteve informações sobre a formação profissional dos médicos e enfermeiros do PSF, no que se refere a graduação e outros cursos realizados posteriormente.

Quanto ao local de graduação 41,1% dos médicos se formaram na Universidade Federal do Ceará, 25,9% na Paraíba, 9,8% em Pernambuco e o restante em outros onze Estados e no Distrito Federal, o que correspondeu a 23,2% (Tabela 4).

Com relação aos enfermeiros, 78,1% concluíram o seu curso no Ceará, sendo que os demais tiveram a sua graduação predominantemente na Paraíba, 11,7%. Os outros Estados citados foram Pernambuco, Rio Grande do Norte, Maranhão, Alagoas, Piauí, São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina.

Ainda na Tabela 4, demonstra-se que 57,8% dos médicos e 82,6% dos enfermeiros do PSF haviam se formado há menos de dez anos. Os que se formaram mais recentemente, dois anos ou menos, compreenderam 19,6% do total dos médicos e 26,6 % dos enfermeiros.

Uma proporção de 29,5% dos médicos informou ter realizado algum tipo de residência, sendo que as mais citadas foram: pediatria 15 (22 %), ginecologia - obstetrícia 14 (20,5%), cirurgia geral 11 (16,1 %). Somente 6 médicos (8,8%) fizeram residência em clínica médica e 4 (5,8%) em medicina social ou medicina geral comunitária. Foram ainda mencionadas as residências em anesthesiologia (6 casos), cardiologia (2), otorrinolaringologia (2), traumato-ortopedia (2), cancerologia geral, pneumologia, gastroenterologia, dermatologia, homeopatia, patologia clinica e angiologia/ cirurgia vascular (1 médico cada).

No caso dos enfermeiros, 30,8 % afirmaram ter participado de algum curso de especialização. Dentre os cursos mais citados estão: o de saúde pública, 30,3%, o de

obstetrícia, 30,3% e o de saúde da família, 15,2%. Outros cursos mencionados foram o de controle de infecção hospitalar (6 casos) de administração de serviços de saúde (5), administração hospitalar (4) e enfermagem médico cirúrgica (2).

Com respeito à capacitação específica para o PSF, 43,5% dos médicos e 56,8% enfermeiros responderam ter participado pelo menos uma vez. Os cursos mais citados pelos médicos foram: a especialização em saúde da família da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP (19%), e o curso introdutório em PSF (33%). Os enfermeiros citaram: o curso introdutório mencionado acima (34%), a especialização realizada pela ESP (20%) e o treinamento voltado para a capacitação de agentes de saúde do PSF (15%).

**TABELA 4**  
**Formação profissional dos médicos e enfermeiros das equipes do PSF.Ceará,1998**

CARACTERISTICAS	MÉDICOS %	ENFERMEIROS %
Estado em que se formou:		
Ceará	41,1	78,1
Paraíba	25,9	11,7
Pernambuco	9,8	2,5
Outros	23,2	7,7
Tempo de formado:		
Mais de 10 anos	42,2	17,4
De 5 a 9 anos	17,4	27,4
De 3 a 4 anos	21,8	28,6
2 anos ou menos	19,6	26,6
Pós-graduação:		
Residência	29,5	-
Especialização	-	30,8
Tipo de residência:		
Pediatria	22,0	
Gineco-obstetrícia	20,5	
Cirurgia geral	16,1	
Clínica médica	8,8	
Medicina comunitária	5,8	
Outros	26,8	
Tipo de especialização:		
Saúde pública		30,3
Obstetrícia		30,3
Saúde da família		15,2
Outros		24,2

## **5.2. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E DE TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE QUE INTEGRAM AS EQUIPES DO PSF**

### **5.2.1. Perfil dos agentes de saúde**

Na Tabela 5 são apresentadas as informações sobre os agentes de saúde que fazem parte das equipes do PSF.

Dos 2.507 agentes que responderam ao questionário, 7,5% são do sexo masculino e 92,5% do sexo feminino. A média de idade dos agentes vinculados as equipes é de 35 anos, tendo as mais jovens 18 e a mais velha, 73 anos. 84,4% dos agentes possuem menos de 46 anos.

Cerca de 64,2% dos mesmos informaram que começaram a trabalhar como agentes de saúde antes de 1994 (ano do início do PSF), e 82 % antes de 1996. Foi encontrado ainda que 56,2% dos agentes começaram a trabalhar com uma equipe do PSF, antes de 1997, e 43,8% em 1997 ou 1998.

Quando indagados sobre como ficaram suas atividades desde que começaram a trabalhar junto a uma equipe do PSF, 23,6% dos agentes responderam que fazem as mesmas atividades que faziam antes, 73,1% que fazem novas atividades, e 3,3% que fazem menos atividades. Os agentes que informaram fazer novas atividades, citaram especialmente as seguintes: ajudar durante o atendimento da equipe, encaminhar pacientes para atendimento pela equipe, acompanhar pacientes diabéticos, hipertensos e hansenianos, realizar mais visitas domiciliares juntamente com a equipe, e avisar às famílias sobre a data e local dos atendimentos.

**TABELA 5**  
**Informações sobre os agentes de saúde integrantes das equipes do PSF, Ceará-1998**

CARACTERÍSTICAS	AGENTES	
	Nº	%
Sexo:		
Masculino	182	7,5
Feminino	2.251	92,5
Idade *:		
De 18 a 29 anos	799	32,7
de 30 a 45 anos	1264	51,7
46 anos ou mais	383	15,6
Início do trabalho como agente de saúde:		
Antes de 1988	146	6,1
De 1988 a 1993	1393	58,1
Entre 1994 e 1998	860	35,8
Ano em que começaram a trabalhar como membros de uma equipe do PSF:		
1994	346	15,4
1995	421	18,5
1996	510	22,3
1997/98	1008	43,8
Mudança nas atividades após o início do PSF:		
Fazem as mesmas atividades	528	23,6
Fazem novas atividades	1753	73,1
Fazem menos atividades	80	3,3

\* Média de idade dos agentes- 35 anos

### 5.2.2. Relacionamento dos agentes de saúde com os outros membros da equipe

Com relação ao grau de apoio que recebem dos outros membros da equipe, 67,7% dos agentes afirmaram que se sentem bem apoiados na resolução dos problemas que encontram. Os 32,3% restantes informaram sentir que precisam de mais apoio (Tabela 6).

Ao se perguntar como havia ficado a referência de pacientes que precisam de atendimento médico, desde que começaram a trabalhar junto a uma equipe do PSF, 77,4% dos agentes responderam que os pacientes encaminhados por eles são atendidos com prioridade pela equipe do PSF. Os 22,6% restantes responderam que não é dada essa prioridade aos pacientes que encaminham.

Com relação a capacitação para agentes de saúde pelas equipes do PSF, 76% dos agentes afirmaram que receberam algum treinamento em 1997. Dos que foram treinados, 24% afirmaram que esta capacitação ocorreu pelo menos uma vez no ano, 65% entre 1 e 4 vezes, e 8,9% mais de 10 vezes.

Quando perguntado em que assuntos foi o treinamento, a grande maioria citou o curso de capacitação em saúde da família para agentes de saúde, organizado pela Escola de Saúde Pública, além dos temas: infecções respiratórias agudas, aleitamento materno, diarreia, visita domiciliar, DSTs incluindo Aids, territorialização em saúde, hanseníase e saúde da família. Assuntos como imunização, pré-natal, planejamento familiar, sarampo, hipertensão, saúde da mulher, cartão da criança, tuberculose e prevenção do câncer foram citados, porém em menor proporção. Um número pequeno de agentes ainda mencionou: Ações básicas de saúde, alimentação alternativa, dengue, desnutrição, diabetes, remédio caseiro, a receita médica, higiene bucal, gestação de alto risco, verminose, educação nutricional, atenção aos idosos, e meningite. Um tema também mencionado foi relações de gênero.

Sobre outro membro da equipe do PSF o acompanhar durante visitas domiciliares, 74,5% dos agentes afirmaram que isto ocorreu pelo menos uma vez por mês.

No que diz respeito a frequência com que os mesmos se encontravam com os outros membros da equipe, as respostas foram diariamente, 5,1%, semanalmente, 44,7%, quinzenalmente, 20,9%, mensalmente, 27,4%. Somente 1,9% dos agentes informaram ser raramente ou que nunca se encontravam.

Tabela 6

**Relacionamento dos agentes de saúde com os outros membros da equipe do PSF.  
Ceará,1998**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Percepção do agente sobre o apoio dos outros membros da equipe</b>		
Sente-se bem apoiado	1664	67,7
Sente que precisa de mais apoio	757	32,3
<b>Atenção dos outros membros da equipe do PSF aos pacientes encaminhados pelos agentes:</b>		
Prioridade no atendimento	1876	77,4
Não é dada prioridade	511	22,6
<b>Agentes que receberam alguma capacitação por outros membros da equipe, no ano de 1997</b>		
	1820	75,8
<b>Agentes que fazem visitas domiciliares acompanhados por outro membro da equipe, pelo menos 1 vez por mês</b>		
	1784	74,5
<b>Frequência de encontro dos agentes com os outros membros da equipe:</b>		
Diária	124	5,1
Semanal	1097	44,7
Quinzenal	513	20,9
Mensal	636	27,4
Raramente ou nunca	44	1,9

### 5.3. CARACTERÍSTICAS DAS EQUIPES DO PSF

#### 5.3.1. Composição e aspectos relacionados ao trabalho

Foram obtidas informações sobre a composição e o trabalho das equipes do PSF, provenientes dos questionários preenchidos conjuntamente pelos membros das equipes.

Com relação a composição das equipes, 94,6% informaram ter pelo menos um médico e 97,9% pelo menos um enfermeiro, respectivamente, como membro da equipe.

No que diz respeito ao auxiliar de enfermagem, 14,3% informaram não ter nenhum, 58,7% ter um, e 27% ter dois ou mais. Sobre o número de agentes de saúde, 67% das equipes tinham até dez agentes, 22,3% entre 11 e 15 e 10,6%, 16 ou mais. O menor número de agentes por equipe encontrado foi 1 e o maior foi de 30.

Um grande número de equipes informou contar com outro tipo de profissional de saúde, sendo que os mais citados foram atendente de enfermagem e orientador de saúde e saneamento.

Na tabela 7 observa-se que 35,1% das equipes acompanhavam menos de 900 famílias, 24,4% de 900 a 1.100 famílias e 40,5% mais de 1.100. A média do número de famílias acompanhadas por equipe foi de 1.254.

Sobre o local de moradia da maioria das famílias acompanhadas, 72,2% das equipes atendiam um maior número de pessoas da área rural dos distritos. No caso de equipes que atuavam fora da sede do município, cerca de 85,7% delas afirmaram atender em outras localidades além da sede dos distritos. 64,7% atendiam em mais de cinco localidades, e 28,6% em mais de dez, além da sede. No caso dos locais utilizados para as atividades das equipes, os mais citados foram: posto de saúde, centro comunitário, escola, creche, domicílios, e igrejas.

Com relação a existência de instrumentos de apoio ao trabalho das equipes, 75,4% das equipes possuíam mapa da sua área de atuação, 75,3% informaram possuir cadastro geral das famílias e 72,2% afirmaram utilizar um prontuário familiar.

Foi encontrado que em 71,2% das equipes pelo menos um membro da equipe atual havia participado de um seminário de territorialização. Dos que tiveram pelo menos um membro participando do seminário, 54,5% informaram ter implementado alguma ação como resultado desta participação. Com relação ao tipo de atividades implementadas após o seminário, as mais citadas foram: a própria territorialização, a identificação das áreas de risco, a determinação da área de abrangência e divisão das micro-áreas. Foram ainda mencionadas a realização de um diagnóstico situacional e a elaboração de um plano de ação para a área de atuação da equipe.

**TABELA 7**  
**Aspectos sobre o trabalho das equipes do PSF. Ceará, 1998**

CARACTERÍSTICAS	EQUIPE	
	Nº	%
Número de famílias acompanhadas por uma equipe*:		
Menos de 900 famílias	46	35,1
De 900 a 1.100 famílias	29	24,4
Mais de 1.100 famílias	50	40,5
Local de moradia da maioria das famílias atendidas:		
Na sede dos municípios	24	18,0
Na área urbana dos distritos	13	9,8
Na área rural dos distritos	96	72,2
Equipes que atendem em outras localidades além da sede do distrito	126	89,4
Instrumentos de apoio disponíveis para o trabalho das equipes:		
Mapa da área de atuação	104	75,4
Cadastro geral das famílias	105	75,3
Prontuário familiar	104	72,2
Equipes que tiveram um membro atual participando de um seminário de territorialização	98	71,2
Equipes que implementaram alguma ação como resultado da participação no seminário	54	54,5

\* Média do número de famílias acompanhadas por equipe : 1.254

#### 5.4. ATIVIDADES REALIZADAS PELAS EQUIPES

Uma das perguntas feitas às equipes era se, para a população atendida pelas mesmas, algumas atividades listadas já eram realizadas antes da chegada da primeira equipe do PSF à área, se tinham começado a ser realizadas com a chegada da equipe, ou se ainda não eram realizadas até o momento do preenchimento do questionário.

Na Tabela 8 encontramos as respostas das equipes. Nela são encontradas muitas informações, entretanto descreveremos somente aquelas mais expressivas:

- No caso da atenção pré-natal, a avaliação do estado nutricional da gestante foi iniciada em 62,2 % das áreas com a chegada da equipe.

- Na assistência à puérpera, a consulta de enfermagem começou a ocorrer em 72,5% dos casos com o início do PSF e em 14,2% das áreas a consulta médica para a puérpera ainda não era realizada no momento do estudo.

- Com relação a atenção à criança, a atividade que já existia em 75% das áreas, antes da chegada da equipe, era a imunização. A implantação da consulta de enfermagem, em 66,7% das áreas, ocorreu com a chegada do PSF.

- A consulta de enfermagem voltada para adolescentes começou a ocorrer em 61,6% das áreas com o início do trabalho das equipes. Em 20,8% das áreas ainda não era realizada esta atividade e 17,5% das áreas também não tinha consulta médica para este grupo.

- O exame ginecológico feito por enfermeiro passou a ser realizado em 38,2% das áreas com o PSF, entretanto para 41% das áreas ainda não existia este procedimento. No caso de 51,4% das equipes este exame também ainda não era realizado pelo médico.

- A consulta médica para o planejamento familiar, começou a ser realizada em 64,1% das áreas com o início do PSF. Com relação a inserção de dispositivo intra-uterino-

DIU, 5,6% das equipes afirmaram que já era realizada, antes do PSF, 13,4% disseram que passaram a realizar e 81% que ainda não realizavam.

- Com respeito a pequenas cirurgias, 23% das equipes informaram que já existia este serviço na comunidade antes do PSF, 47,9% que passou a ser realizado com o início do PSF, e 28,2% que ainda não era realizado.

- Sobre a consulta médica na atenção ao adulto, 48,3% das equipes afirmaram que já existia antes do PSF, assim com já existia para 30,1% das áreas a consulta de enfermagem. A consulta médica foi iniciada em 49,7% das áreas após o PSF, assim como foi a consulta de enfermagem para 66,4% das áreas.

- Com relação ao atendimento a casos de algumas doenças: a atenção aos hipertensos começou a ser realizada em 64,3% das áreas após o PSF, assim como foi em 66,9% para os diabéticos, em 64,8% para as DSTs, em 51,1% para os hansenianos e em 57,4% para os portadores de tuberculose. A atenção ainda não é realizada por 2,8% das equipes no caso dos hipertensos, 2,8% dos diabéticos, 7,7% das DSTs, 17% dos hansenianos e 11,7% dos casos de tuberculose.

- Quanto a investigação de contatos para HIV e o aconselhamento de pacientes de risco, 17,6% afirmaram que já eram realizados, 59,2% que começaram a ser e 23,2% que ainda não eram.

No que diz respeito a alguma atividade específica para adolescentes, 45,5% das equipes afirmaram que as realizavam. As atividades mais citadas foram: palestras, oficinas, reuniões, formação de grupos, especialmente relacionadas a tabagismo, alcoolismo, planejamento familiar, DSTs, drogas, sexualidade, distribuição de preservativos, atividades relacionadas a geração de renda e formação de grupo de teatro.

Com relação a uma atividade específica para idosos, 34% das equipes informaram realizar e citaram como principais: as atividades educativas, recreativas e de lazer ( grupo de idosos, clube do vovô), além de visitas domiciliares, consultas e controle de agravos.

No caso da vigilância sanitária, 46,9% das equipes informaram desenvolver alguma atividade específica. As atividades mais citadas foram: controle da água (coleta de amostra para exame, inspeção de reservatórios de água e distribuição de hipoclorito de sódio), orientações sobre o destino adequado dos dejetos, sobre o uso de alimentos e de medicamentos (especialmente verificação do tempo de validade dos produtos)

No que diz respeito ao tempo que os diferentes membros da equipe do PSF dedicavam durante o horário diurno da semana, às várias atividades, foi encontrado que : a maior parte dos médicos dedicava mais tempo ao atendimento clínico, algum tempo às visitas domiciliares, sessões educativas e reuniões com a comunidade, praticamente não participando das atividades administrativo/gerenciais, da supervisão em campo e de momentos de capacitação. A maioria dos enfermeiros também se dedicava bastante ao atendimento clínico, além de serem os membros da equipe que mais realizavam atividades administrativo/gerenciais, de capacitação e de supervisão em campo, além das reuniões com a comunidade. Os agentes de saúde se dedicavam basicamente a visita domiciliar e as atividades de capacitação. Os auxiliares de enfermagem tinham uma pequena participação nas atividades anteriormente citadas, sendo que se dedicavam mais ao atendimento clínico.

As equipes comentaram que a maioria das reuniões com a comunidade e as sessões educativas eram realizadas à noite, assim como alguns atendimentos de urgência. Os auxiliares de enfermagem informaram que suas principais atividades não se relacionavam àquelas listadas nas opções de respostas.

**TABELA 8**  
**Informações sobre as atividades realizadas para a população atendida pelo PSF,**  
**Ceará-1998**

ATIVIDADES	REALIZADA NA ÁREA ANTES DO PSF - %	FOI INICIADA COM O PSF NA ÁREA %	AINDA NÃO REALIZADA NA ÁREA %
<b>Pré-natal:</b>			
Consulta de enfermagem	37,8	58,7	3,5
Consulta médica	41,3	54,5	4,2
Vacinação com toxóide tetânico	64,3	35,7	- <sup>1</sup>
Utilização do cartão da gestante	50,7	49,3	--
Dispensação de sulfato ferroso	46,9	51,7	1,4
Avaliação do estado nutricional da gestante	37,8	62,2	--
<b>Assistência a puérpera:</b>			
Consulta de enfermagem	17,6	72,5	9,9
Consulta médica	18,4	67,4	14,2
<b>Atenção à criança:</b>			
Consulta médica	47,2	51,4	1,4
Consulta de enfermagem	29,9	66,7	3,4
Imunização	75,0	24,3	0,7
Utilização do cartão da criança	74,3	25,0	0,7
Programa "Leite é Saúde"*	42,0	53,8	4,2
<b>Atenção ao adolescente:</b>			
Consulta médica	30,1	52,4	17,5
Consulta de enfermagem	18,1	61,1	20,8
<b>Exame ginecológico:</b>			
Feito por médico	19,0	29,6	51,4
Feito por enfermeiro	20,8	38,2	41,0
<b>Planejamento familiar:</b>			
Consulta médica	22,5	64,1	13,4
Consulta de enfermagem	22,2	68,1	9,7
Inserção de DIU**	5,6	13,4	81,0

<b>ATIVIDADES</b>	<b>REALIZADA NA ÁREA ANTES DO PSF - %</b>	<b>FOI INICIADA COM O PSF NA ÁREA %</b>	<b>AINDA NÃO REALIZADA NA ÁREA %</b>
Pequenas cirurgias:	23,9	47,9	28,2
Atenção ao adulto:			
Consulta médica	48,3	49,7	2,1
Consulta de enfermagem	30,1	66,4	3,5
Atendimento a casos de:			
Hipertensão	32,9	64,3	2,8
Diabetes	30,3	66,9	2,8
DSTs	27,5	64,8	7,7
Hanseníase	31,9	51,1	17,0
Tuberculose	30,9	57,4	11,7

- <sup>1</sup> Significa que não existe nenhuma área onde a atividade ainda não é realizada.

\* Programa "Leite é Saúde"- Programa de suplementação alimentar para crianças e gestantes desnutridas.

\*\* DIU- dispositivo intra-uterino.

## 5.5. CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS EQUIPES

Através dos questionários preenchidos, conjuntamente, pelas equipes foram obtidas também informações sobre alguns outros aspectos do trabalho, como é apresentado na Tabela 9.

Observou-se que 72,3% das equipes utilizavam a estufa como principal método para esterilização de material na sua unidade de atendimento.

Com relação ao material que as equipes dispunham rotineiramente quando se deslocavam para o atendimento, constatou-se que 98% contavam com estetoscópio, 36,5% com balança de adulto portátil, 97,3% com tensiômetro, 28,4% com balança infantil portátil, 55,4% com otoscópio, 19,6% com material para pequenas cirurgias, 2,8% com oftalmoscópio, 18,9% com glicosímetro, 89,2% com vacinas, 50% com aparelho de aerosol, 3,4% com ambu, 64,2% com kit para emergência e 26,9% com outro tipo de material não citado anteriormente como: sonar, termômetro, pinard e fita métrica .

Nos casos de deslocamento para atendimento, 27,4% das equipes afirmaram dispor de medicamentos básicos em quantidade considerada por seus membros suficiente. 41,9% das equipes afirmaram que essa disponibilidade era boa para antibióticos, 51,7% para sulfato ferroso, 25% para contraceptivo oral, 26,4% para anti-hipertensivo e 28,5% para vitamina A. 92,5% das equipes afirmaram também que, quando disponíveis, os medicamentos prescritos eram entregues aos pacientes no momento do atendimento.

Em termos de material impresso disponível, 18,3% das equipes informaram que havia material educativo em quantidade satisfatória, assim como 68,6%, contavam com um número suficiente de formulários e fichas de atendimento. Dentre o material educativo, aquele mais disponível era o álbum seriado, especialmente sobre os temas: aleitamento materno, dengue, DSTs e planejamento familiar.

No que diz respeito à possibilidade total de solicitar alguns exames laboratoriais durante o atendimento nos distritos, 80,1% das equipes afirmaram ser possível para exames de sangue, como hemograma e glicemia, 82,2% para o sumário de urina, 32,1% para a cultura de urina, 82,5% no caso do parasitológico de fezes, 40,3% para raio-x, 38,1% para ultra-som e 33,1% para colposcopia.

Um transporte específico estava à disposição de 71,6% das equipes. Entretanto quando perguntado com que frequência as atividades programadas não eram cumpridas por falta de algo como: transporte, 53,6% das equipes responderam raramente, 28,6% ocasionalmente e 17,9% frequentemente; medicamentos, 48,5% informaram raramente, 37,5% ocasionalmente e 14% frequentemente; outros insumos/equipamentos, 42,9% disseram raramente, 38,9% ocasionalmente e 18,3% frequentemente.

Com relação ao preenchimento de formulários padronizados, 52,7% das equipes afirmaram que preenchiam atestado de óbito em todos os casos em que este procedimento se fazia necessário na comunidade, 67,4% preenchiam a declaração de nascidos vivos e 86,4% responderam que informavam todos os casos de doenças de notificação obrigatória.

A estatística do mês anterior produzida pelos agentes de saúde havia sido enviada por 99,3% das equipes para a Secretaria Municipal de Saúde. Foi encontrado que 71,4% das equipes haviam analisado estes dados produzidos pelos agentes de saúde e tomado alguma providência. Dentre as providências mais citadas, destacaram-se: a busca ativa de gestantes e de crianças em aleitamento materno, a intensificação da vacinação e reuniões com os agentes de saúde e com a comunidade.

No caso da frequência de encontros da equipe, 54,9% das equipes responderam que se reuniam regularmente para discutir e programar o trabalho sendo que 33,8% informaram se reunir pelo menos a cada 8 dias.

Foi solicitado que as equipes indicassem quais haviam sido os temas tratados nas últimas sessões educativas. Os assuntos mais referidos foram: aleitamento materno,

planejamento familiar, dengue, DSTs, diarreia, prevenção do câncer ginecológico e de mama.

No que diz respeito a relação dos profissionais do PSF com outras pessoas no município, 83,3% das equipes afirmaram ter um bom relacionamento com outros grupos que trabalham no PSF, 59% com os médicos da sede e 52,9% com os membros do Conselho Municipal de Saúde.

O encaminhamento de pacientes que precisam de atendimento especializado ou internamento tem sido feito da seguinte forma: 2,8% das equipes informaram que orientam verbalmente o paciente onde procurar o atendimento, 47,6% que encaminham o paciente com uma solicitação escrita de atendimento, 46,9% com um relato completo do caso e 2,8% de outras formas como: um membro da equipe acompanha o paciente até a unidade de referência ou encaminhar com um relato parcial do caso.

No que diz respeito ao tipo de informações recebidas como contra-referência sobre o atendimento aos clientes encaminhados, 50,3% das equipes responderam receber informações relatadas verbalmente pelo paciente, 13,8% um relato escrito do atendimento e das providências tomadas, 24,1% que não recebem nada e 11,7% de outra forma como: informações trazidas pelos agentes de saúde, motoristas, auxiliares de enfermagem, parentes ou conhecidos do paciente, relato verbal por parte do profissional que atendeu.

No que diz respeito as ações intersetoriais, 57,5% das equipes informaram se envolver em outras atividades na comunidade, e citaram principalmente: aquelas relacionadas à educação (palestras nas escolas, aperfeiçoamento de professores, o censo escolar, mobilização para ter todas as crianças na escola) além do saneamento básico, da moradia, da geração de renda, da religião, da cultura e da agricultura .

**TABELA 9**  
**Condições de trabalho das equipes do PSF, Ceará-1998**

CARACTERÍSTICA	% DE EQUIPES
Método para esterilização mais utilizado pelas equipes na unidade de atendimento:	
Estufa	72,3
Panela de pressão	8,3
Autoclave	5,4
Esterilização química	0,8
Não se faz esterilização na unidade	13,2
Materiais que as equipes dispõem rotineiramente quando se deslocam para atendimento:	
Estetoscópio	98,0
Tensiômetro	97,3
Balança de adulto portátil	36,5
Balança infantil portátil	28,4
Otoscópio	55,4
Material para pequenas cirurgias	19,6
Oftalmoscópio	2,7
Glicosímetro	18,9
Vacinas	89,2
Aparelho de aerosol	48,6
Ambú	3,4
Kit para emergência	64,2
Outros (sonar, termômetro)	26,9
Material disponível em quantidade considerada suficiente, durante o atendimento:	
Medicamentos básicos	27,4
Material educativo para a população	18,3
Formulários e fichas de atendimento	68,6
Disponibilidade de medicamentos considerada satisfatória:	
Antibiótico	41,9
Sulfato ferroso	51,7
Contraceptivo oral	25,0
Anti-hipertensivo	26,4
Vitamina A	28,5

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>% DE EQUIPES</b>
Possibilidade de solicitar os exames abaixo, durante o atendimento nos distritos:	
Exames de sangue (hemograma, glicemia)	80,1
Sumário de urina	82,2
Cultura de urina	32,1
Parasitológico de fezes	82,5
Raio-X	40,3
Ultra-som	38,1
Colposcopia	33,1
Equipes que preenchem os formulários abaixo em todos os casos que necessitam:	
	52,7
Atestado de óbito	67,4
Declaração de nascidos vivos	86,4
Notificação obrigatória de doenças	
Equipes que possuem um transporte específico a sua disposição	71,6
Equipes que analisam os dados coletados pelos agentes de saúde e tomam alguma providência	71,4
Equipes que se reúnem regularmente	54,9
Equipes que têm boas relações com os seguintes grupos:	
Outras equipes do PSF no município	83,3
Médicos da sede do município	59,0
Membros do conselho municipal de saúde	52,9
Equipes que se envolvem em outras atividades na comunidade	57,5

## **5.6. OPINIÕES SOBRE O PSF**

### **5.6.1. Benefícios do programa considerados mais importantes para a população atendida**

#### **5.6.1.1. De acordo com os secretários municipais de saúde**

Foram os seguintes os principais benefícios indicados pelos 82 secretários, segundo a frequência absoluta e relativa das citações: melhoria do acesso a serviços básicos de saúde, 39 citações (47%); da educação em saúde, 31 citações (38%); da relação da equipe de saúde com os pacientes, 20 citações (24%); da melhoria dos indicadores de saúde (incluindo neste item as citações com relação a qualidade de vida e os padrões de saúde), 21 citações (22%);. Foram ainda citadas com pequena frequência: a prevenção e o diagnóstico precoce das patologias, a descentralização dos serviços de saúde, o controle de doenças, uma maior resolutividade, a atenção integral, a atenção contínua, e a redução das internações. Um dos aspectos ressaltados foi o acompanhamento ou a assistência a alguns grupos populacionais (gestantes, crianças) ou a pacientes acometidos por doenças crônicas (hipertensos, hansenianos, diabéticos)

#### **5.6.1.2. De acordo com os enfermeiros**

No caso dos 274 enfermeiros, os benefícios mais citados foram: o melhor acesso ao atendimento de saúde, 92 citações (33%); a educação em saúde, 77 citações (28%); a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população, 59 citações (21%); e uma melhor relação da equipe de saúde com a clientela, 46 citações (17%);. Foram ainda bastante citadas: a prevenção de doenças, as visitas domiciliares, o diagnóstico e tratamento precoces, a descentralização, a redução das internações, a atenção integral e contínua. Alguns enfermeiros destacaram a promoção da saúde. Também foi bastante ressaltado o acompanhamento e a assistência a gestantes, crianças, hipertensos, hansenianos e diabéticos.

### 5.6.1.3.De acordo com os médicos

No caso dos 227 médicos, as respostas mais comuns foram as seguintes: melhoria do acesso, 85 citações (32%); da educação em saúde 74 citações, (32%); dos indicadores de saúde, 38 citações (17%); da relação da equipe de saúde com os pacientes, 45 citações (16%). Foi bastante destacado pelos médicos a possibilidade de assistência aos grupos já anteriormente citados como gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos. Com menor frequência surgiram a prevenção de doenças, o diagnóstico e tratamento precoces, o controle de doenças, a redução de internações e a descentralização.

## 5.6.2.Limitações ou dificuldades consideradas mais importantes

### 5.6.2.1.De acordo com os secretários municipais de saúde

Segundo os secretários municipais de saúde, as limitações ou dificuldades mais importantes que impedem um melhor funcionamento do PSF são: a carência de recursos financeiros, 30 citações (36 %); a inadequada estrutura física das unidades de saúde, 29 citações (35%); o despreparo dos profissionais para trabalharem na comunidade, 21 citações (26%); a falta de transporte para o deslocamento das equipes, 19 citações (23%); a falta de medicamentos, 17 citações (21%); a dificuldade de acesso (estradas) a alguns distritos, 12 citações (15%). Foram ainda citados com pequena frequência: o fato de muitas equipes não residirem na localidade onde trabalham, a dificuldade de contratação e fixação do profissional médico, as más condições socio-econômicas da população, a falta de alguns equipamentos e de uma maior compreensão da população com relação ao PSF.

### 5.6.2.2.De acordo com os enfermeiros

No caso dos enfermeiros, as principais limitações ou dificuldades citadas foram: a falta de transporte para o deslocamento das equipes, 77 citações (28%); a insuficiente quantidade de medicamentos, 77 citações (28%); as más condições físicas das unidades de saúde, 67 citações (24%); a dificuldade de acesso a alguns distritos (estradas, distância...),

53 citações (20%); a inadequada capacitação dos profissionais para trabalharem no programa, 51 citações (19%); as más condições sócio-econômicas da população, 35 citações (13%); a falta de equipamentos, 31 citações (11%); e o número excessivo de famílias ou áreas muito extensas para cobertura das equipes, 28 citações (10%). Apareceram ainda: as dificuldades financeiras, a ausência do profissional médico em algumas equipes, a referência e a contra-referência, as interferências políticas, as questões ligadas ao salário e obrigações trabalhistas e a dificuldade para realização de exames laboratoriais. Outros aspectos citados foram o fato da população e mesmo alguns profissionais de saúde não entenderem a filosofia do PSF, a ausência de um melhor acompanhamento das atividades do programa e a falta de uma maior articulação entre as equipes, e destes com outros setores.

#### 5.6.2.3. De acordo com os médicos

Dentre as limitações e dificuldades citadas pelos médicos, predominaram: a falta de medicamentos básicos, 76 citações (33%); as más instalações físicas dos locais de atendimento, 59 citações (26%); as más condições sócio-econômicas da população, 56 citações (25%); a dificuldade de acesso a algumas localidades, 48 citações (21%); a falta de transporte para deslocamento da equipe, 43 citações (19%), o número excessivo de famílias ou área muito extensa para cobertura das equipes, 35 citações (15%); a dificuldade com a referência e contra-referência, 34 citações (15%); a falta de capacitação dos profissionais para atuarem no programa, 30 citações (13%); a carência de equipamentos, 26 citações (11%); e a dificuldade de meios de diagnóstico, 24 citações (10%). Foram ainda citadas com relativa freqüência: a limitação financeira para o funcionamento do programa, as questões relacionadas a salários e direitos trabalhistas e a política local. Surgiram também a falta de uma maior integração e troca de experiência entre as equipes e de uma maior participação da comunidade no programa.

### **5.6.3. Atividades importantes ainda não realizadas pelas equipes do PSF**

Quando perguntado aos secretários municipais de saúde quais atividades as equipes deveriam realizar mas que não realizam, as mais citadas foram; o exame ginecológico, 19 citações (23%); a assistência ao parto, 15 citações (18,2%), sessões educativas, 14 citações (17%); planejamento familiar, 9 citações (10,9%); maior número de visitas domiciliares, 8 citações (9,7%) , pequenas cirurgias, 8 citações (8,2%); utilização de produtos fitoterápicos e controle de pacientes com doenças como (hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose), cada um com 7 citações (8,5%). Apareceram ainda: a promoção da saúde bucal, às doenças psiquiátricas, ao idoso, ações de vigilância sanitária e a avaliação de dados epidemiológicos.

Especificamente com relação a atenção ao parto, 57% dos secretários municipais de saúde responderam que as equipes deveriam realizar partos em uma unidade de saúde do distrito. Aos que responderam não, foi solicitado que justificassem. O principal motivo alegado por quase a totalidade dos secretários foi a falta de uma infra-estrutura adequada no local. Foram ainda citados o fato da equipe não residir na comunidade, a carga horária não ser suficiente para cobrir os horários noturnos ou por já existir um sistema de transporte das gestantes para o hospital mais próximo.

### **5.6.4. Necessidades de treinamentos das equipes**

#### **5.6.4.1. De acordo com os secretários municipais de saúde**

Segundo os secretários municipais de saúde, as áreas em que as equipes mais necessitam de capacitação são: saúde da mulher, 35 citações (43%); saúde pública (epidemiologia, vigilância sanitária, atenção primária de saúde) 26 citações (32%); doenças como (hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose) 24 citações (29%); saúde da criança, 19 citações (23%); saúde da família, 16 citações (19%); DSTs, 10 citações (12,1%), relações humanas, 9 citações (11%); Educação em saúde, 7 citações (8%).

#### 5.6.4.2. De acordo com os enfermeiros

Na opinião dos enfermeiros, os assuntos em que há mais necessidade de treinamento são: saúde da mulher, com 176 citações (64%), assim distribuídas: prevenção do câncer ginecológico –56, planejamento familiar – 28, climatério – 11 atenção ao parto – 10 pré-natal – 10, saúde da mulher em geral – 61; saúde da criança, 86 citações (31%); doenças como ( hipertensão – 73, hanseníase – 57, tuberculose – 46, diabetes – 41) 217 citações (79%); DSTs, incluindo AIDS,44 citações (16%); saúde da família, 42 citações (15%); saúde do idoso, 42 citações (15%); saúde mental, incluindo alcoolismo, 36 citações (13%); saúde do adolescente, 29 citações (10%); e imunização, inclusive a prática de aplicação de BCG, 14 citações (5%).

#### 5.6.4.3. De acordo com os médicos

Segundo os médicos, são necessários treinamentos , especialmente nas seguintes áreas: saúde da mulher, 108 citações (46,9%) assim distribuídas: prevenção do câncer ginecológico – 25, planejamento familiar – 16, especificamente inserção de DIU – 8, assistência ao parto – 9, climatério – 9, saúde da mulher em geral – 4; saúde da criança, 73 citações (31,7%); hanseníase, 42 citações (18,2%); cardiologia, especialmente hipertensão 31 citações (13,4%); saúde mental, 30 citações (13%); DSTs, incluindo AIDS, 29 citações (12,6%); diabetes, 27 citações (11,7%); saúde do idoso, 26 citações (11,3%), saúde da família, 19 citações (8,2%); tuberculose, 17 citações (7,3%); saúde do adolescente, 10 citações (4,3%); fitoterapia, 10 citações (4,3%); clinica médica em geral, 10 citações (4,3%).

#### 5.6.5. Avaliação dos médicos e enfermeiros sobre sua qualificação

Quando perguntado aos profissionais do PSF com que freqüência eles tinham dúvidas técnicas sobre algum caso e não dispunham de fontes de informação para tirá-las, 50,9% dos médicos e 52,2% dos enfermeiros responderam raramente, 47,3% dos médicos e

43% dos enfermeiros disseram ocasionalmente, 1,8% dos médicos e 4,8% dos enfermeiros informaram freqüentemente.

Ao se interrogar especificamente como cada um avaliava sua qualificação para realizar algumas atividades, as respostas encontradas foram as seguintes:

O percentual de médicos que considerou sua qualificação boa foi de 91% para a assistência pré-natal; 47,9% para atendimento ao parto; 58% para avaliação do desenvolvimento infantil e estimulação; 85,2% para orientação técnica sobre aleitamento materno; 72,6% para a avaliação do estado nutricional da criança; 57,8% para a orientação nutricional do desnutrido; 93,3% para o tratamento da diarreia infantil; 52,5% para o exame do ouvido médio; 93,7% para tratamento das infecções respiratórias agudas na infância; 44,1% para prevenção de acidentes na infância; 43,4% para educação sexual do adolescente; 74,5% para aconselhamento sobre métodos de planejamento familiar; 15% para inserção de DIU; 60,4% para prevenção do fumo e de outras drogas; 25,9% para tratamento do alcoolismo; 66% para diagnóstico e tratamento da tuberculose; 86,7% para diagnóstico e tratamento do diabetes; 51,9% para o diagnóstico e tratamento da hanseníase; 90,8% para diagnóstico e tratamento da hipertensão; 68,9% para diagnóstico e tratamento das DSTs; 45,5% para aconselhamento do exame de HIV; 74,5% para pequenas cirurgias; 66,2% para exame de mamas e identificação de nódulos suspeitos; 38,7% para exame ginecológico; 56,3% para aconselhamento e terapia da menopausa; 38,8% para diagnóstico e tratamento de doenças psiquiátricas; 41,3% para diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares.

No caso dos enfermeiros o percentual que considerou boa sua qualificação para realizar as atividades abaixo é o seguinte: 94,5% para a assistência pré-natal; 17% para a assistência ao parto; 91,9% para a avaliação do estado nutricional da gestante; 56,9% para avaliação do desenvolvimento infantil e estimulação; 92,3% para orientação técnica sobre aleitamento materno; 46,8% para orientação sobre prevenção da hipovitaminose A; 86,3% para avaliação do estado nutricional da criança; 71,8% para orientação nutricional de desnutridos; 34,7% para orientação sobre prevenção de acidentes na infância; 90,4% para

orientação e acompanhamento de casos de diarreia infantil; 80,1% para orientação e acompanhamento de infecções respiratórias agudas; 36,6% para educação sexual de adolescentes; 72,4% para aconselhamento de métodos de planejamento familiar; 35,9% para prevenção de fumo e outras drogas; 18,2% para aconselhamento de casos de alcoolismo; 40% para identificação e acompanhamento de casos de tuberculose; 31,1% para identificação e acompanhamento de casos de hanseníase; 77% para casos de hipertensão; 65,8% para casos de diabetes; 37,8% para casos de DSTs; 21,8% para aconselhamento de exame de HIV; 37,6% para orientação sobre prevenção de doenças cardiovasculares; 84,1% para orientação sobre o auto-exame de mama; 51,1% para realização de exame ginecológico; 28,8% para aconselhamento no período da menopausa; 24,4% para orientação de famílias com casos de doença mental.

## **6. DISCUSSÃO**

O propósito de analisar a estrutura e o funcionamento do Programa de Saúde da Família do Ceará baseia-se no fato de que é uma estratégia com proposta de expansão pelo Ministério da Saúde, e que ainda está em processo de avaliação, pelo menos no Estado do Ceará, que foi um dos pioneiros em termos de implantação do PSF com uma abrangência estadual.

Discutiremos os resultados encontrados tendo como base a proposta do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará para o Programa de Saúde da Família, assim como realizando um paralelo com experiências similares do Brasil e do exterior.

### **6.1. PERFIL DOS PROFISSIONAIS DO PSF**

#### **6.1.1. Características pessoais e de trabalho dos médicos e enfermeiros**

Desde a implantação das primeiras equipes do programa no Ceará começaram a aparecer muitas dúvidas sobre como deveria ser a forma de ingresso dos profissionais na equipe e a relação de trabalho destes com os municípios. Não havia, nem por parte do Ministério da Saúde nem da Secretaria de Saúde do Estado, uma recomendação de como poderia ser a contratação dos recursos humanos. Permanece inclusive uma discussão se deveria haver esta recomendação uma vez que os municípios são autônomos para tomarem decisões administrativas desta natureza.

Neste estudo observa-se que a grande maioria dos médicos e enfermeiros foi admitida como prestação de serviço, conseqüentemente a quase totalidade destes não possuíam vínculo empregatício permanente com o município. Este fato, aliado a grande oferta de vagas para médicos em outros municípios (muitas vezes com propostas de salários melhores), além da busca constante destes profissionais por melhores condições de trabalho

e de qualidade de vida, resulta em freqüentes mudanças dos mesmos, comprometendo a continuidade do trabalho e principalmente a relação com a comunidade.

A médio ou longo prazos a forma de seleção e admissão destes profissionais deveria ser através de concurso público, apesar de, atualmente, gestores de saúde e mesmo profissionais do PSF reconhecerem que esta modalidade não seria adequada a curto prazo, uma vez que a demanda (vagas disponíveis), no caso dos médicos, é muito maior que a disponibilidade destes profissionais, sendo inclusive uma das dificuldades apontadas pelos secretários de saúde para a contratação e fixação do médico no município. Além do problema de oferta e demanda muitos acham que esta forma de seleção e admissão via concurso público poderia levar a que muitos profissionais sem nenhum compromisso com a proposta, mas somente interessados no “emprego”, fossem aprovados e contratados.

Atualmente, a forma de seleção preferida por muitos secretários é a entrevista com análise do currículo e as maneiras de contratação sugeridas são a criação de cargos comissionados municipais e outras alternativas que garantam os direitos trabalhistas dos profissionais, como contratação através de associações ou cooperativas.

Verificou-se que a grande maioria dos profissionais dedica tempo integral ao programa, como recomendam tanto o MS como a SESA. Este achado é semelhante também nos vários programas que são desenvolvidos no Brasil e em outros países. Em Niterói, é pré-requisito para os médicos e auxiliares de enfermagem a disponibilidade para trabalhar em horário integral (40hs semanais). Em Cuba, se exige dedicação exclusiva. Este fato pode contribuir para uma atenção mais eficaz e contínua, além de uma maior integração entre os membros da equipe e desta com as famílias, facilitando o conhecimento e o acompanhamento da realidade local. Ressalte-se que, segundo os critérios adotados recentemente no Ceará, o médico pode dedicar até 12 horas do seu tempo, durante o período diurno da semana, ao trabalho em hospitais ou em outras unidades de referência (Niterói, 1995; Rodrigues, 1996).

O fato de 39% dos médicos do PSF darem plantão no hospital do mesmo município onde trabalham parece ser positivo tanto porque permite aos mesmos desenvolverem também uma atividade hospitalar (que alguns indicam sentir falta atuando somente na comunidade), além de ser uma grande vantagem para o hospital ter no seu corpo clínico um profissional com um provável maior conhecimento e compromisso com o população do município. É importante, entretanto, que este fato não comprometa o tempo que o profissional deve dedicar ao trabalho comunitário.

No que diz respeito aos salários dos membros das equipes do PSF, o documento básico do MS propõe que os profissionais tenham uma política salarial diferenciada, uma vez que trabalham em regime de tempo integral. No Ceará, a média salarial dos médicos (R\$ 3.585,00) e enfermeiros (R\$1.512,00), é superior a dos profissionais de saúde que trabalham em outros serviços e programas, mesmo no caso de um mesmo município. Para se conseguir uma dedicação integral ao programa e a fixação de profissionais qualificados em áreas muitas vezes distantes dos centros urbanos, tem sido necessário oferecer salários superiores aos que normalmente são pagos aos trabalhadores de saúde. A grande variação salarial, em especial no caso dos médicos, nos parece dever-se ao fato de existir uma dificuldade dos municípios em fixar este profissional, principalmente nas cidades mais distantes da capital. Isto faz com que alguns municípios tenham que oferecer salários mais elevados. Em levantamento feito pelo Ministério da Saúde em 1996, com relação aos vencimentos dos profissionais do PSF, foram encontrados valores um pouco inferiores a média do Ceará para municípios como Assis – SP (R\$ 3.490,00), e Londrina – PR (R\$ 3.300,00) no caso dos médicos, por exemplo. Ver Anexo 1(MS, 1996). Estes salários diferenciados absorvem uma boa parte dos recursos municipais destinados à saúde, sendo imprescindível que as ações realizadas tragam benefícios relevantes para a comunidade.

Com relação ao local de moradia, segundo a orientação da coordenação nacional do programa, a equipe deve residir no município onde vai trabalhar. O programa de Cuba preconiza que os profissionais morem na comunidade onde atuam, sendo suas moradias construídas junto ao consultório. No caso do “Médico de Família de Niterói” não é exigido aos médicos, morar na área de atuação. No Ceará, cerca de um terço dos profissionais do

PSF residem nas localidades onde trabalham, sendo a proporção de enfermeiros maior que a de médicos. Apesar de reconhecermos que este fato contribui para que a equipe possa conhecer de maneira mais profunda as circunstâncias e o modo de vida coletivo dos seus clientes, além de participar dos vários momentos do cotidiano da comunidade, contudo as precárias condições de moradia, muitas vezes sem energia elétrica e em alguns casos faltando inclusive água, fazem com que muitos profissionais decidam residir na sede do município, se deslocando diariamente para a área. Este fato nos remete a pensar no papel destes profissionais na luta para melhorar as condições, muitas vezes indignas, da população sob sua responsabilidade ( Niterói. 1995; Rodrigues, 1996; MS,1998).

Em termos de faixa etária dos profissionais verifica-se que a média de idade dos médicos (36 anos) é superior a dos enfermeiros (30), sendo encontrado um número razoável de profissionais com menos de 30 anos. Também foi observado que 21,7% dos médicos tinham mais de 45 anos. Em nossa opinião este último fato pode indicar que muitos profissionais (especialmente médicos), anteriormente engajados em outras atividades da área de saúde, optaram pelo programa de saúde da família como forma de atender a algumas necessidades de satisfação pessoal e de trabalho. Outros achados reforçam esta hipótese tais como existirem 40,1% dos médicos com mais de 10 anos de formados, além de 19 deles (8,2%) terem realizado uma residência médica em áreas não consideradas como básica (anestesiologia, cirurgia vascular e outras) e, mesmo assim, estarem atuando como médicos de família.

Com relação a freqüente mudança dos profissionais de um município para outro, reflexo de uma dificuldade maior de fixação dos mesmos, encontramos que mais de um terço dos médicos haviam trabalhado, até a data da pesquisa, em 2 ou mais municípios, excluindo o atual. Cerca de 62% dos médicos e 75,5% dos enfermeiros haviam trabalhado em menos de dois municípios excluindo o atual. Ficou confirmado, assim que há uma menor fixação dos médicos, provavelmente em virtude da grande oferta de emprego para esta categoria hoje existente no PSF do Ceará, ou das más condições de trabalho em algumas localidades. Esta dificuldade pode ser decorrente também do número reduzido dos que se formam em medicina a cada ano no Ceará, além de serem poucos os que querem ir

para o interior. Isto pode explicar também um outro achado do estudo que é o grande número de profissionais médicos de outros estados atuando no PSF do Ceará. O maior número de médicos formados fora do Ceará é proveniente da Paraíba (25,9%). Segundo o Conselho Regional de Medicina do Ceará foram os seguintes os números de registros de médicos de outros estados brasileiros a partir da implantação do programa: 75 em 1994, 110 em 1995, 90 em 1996 e 136 em 1997, portanto quase o dobro neste último ano do que havia sido registrado em 1994, quando começaram a ser formadas as primeiras equipes. No caso dos enfermeiros, de acordo com o conselho da categoria no Estado, COREN-CE, os números foram os seguintes: 11 em 1994, 14 em 1995, 6 em 1996 e 9 em 1997, não havendo muita variação nestes últimos quatro anos. De fato é bem menor o percentual de enfermeiros de outros estados atuando no Ceará, o que pode ser em parte justificado pelo maior número de cursos de enfermagem existentes no nosso Estado, além de menos opções de trabalho na capital o que faz com muitos procurem uma colocação no PSF.

#### **6.1.2. Formação profissional dos médicos e enfermeiros do PSF**

No caso da formação profissional chama a atenção o razoável número de médicos que cursaram residência, atuando no PSF, inclusive com algumas especialidades consideradas como pouco comuns no Estado, como cancerologia e cirurgia vascular. Estes especialistas poderiam ser melhor aproveitados em serviços de referência da região, o que contribuiria para uma maior resolutividade e organização do sistema de saúde, devendo ser também muito bem remunerados por esta função. Deve-se considerar que pode ser uma opção destes profissionais atuarem na área básica, mas para isto precisam passar, como os demais médicos, por uma capacitação específica em saúde da família. Infelizmente existe somente um pequeno número de profissionais atuando no programa com residência em medicina social ou geral comunitária (5,8% dos que tinham alguma residência).

Com respeito a realização de uma pós-graduação *latu sensu* pelos enfermeiros, observa-se que um número expressivo destes profissionais tem curso de especialização, muitos deles em áreas importantes para o PSF como saúde pública, saúde da família e obstetrícia. É preocupante, entretanto, o fato de cerca da metade dos médicos e enfermeiros

nunca terem participado de uma capacitação específica em PSF. Esta situação só não é mais grave no Ceará em virtude da existência da Escola de Saúde Pública que realiza um curso introdutório e outro de especialização em saúde da família, mas que infelizmente beneficia ainda um número pequeno de profissionais. Também vale a pena destacar o esforço que alguns grupos técnicos da Secretaria de Saúde do Estado, como do programa Viva criança, Viva mulher e outros, vem fazendo para atender as diversas solicitações de treinamento por parte das equipes do PSF, especialmente o curso para a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI.

## **6.2. PERFIL DOS AGENTES DE SAÚDE**

### **6.2.1. Características pessoais e de trabalho**

Os dados referentes aos agentes de saúde confirmam o que já se conhecia do programa como uma maioria de mulheres atuando no mesmo, de várias idades, porém predominando a faixa etária de 30 a 45 anos, e mais da metade deles com uma relativa experiência, tendo começado a atuar como agentes antes de 1994. É interessante constatar que a maioria dos agentes informou ter passado a realizar novas atividades com o início do PSF, porém preocupa o fato destas atividades, citadas como sendo muitas vezes ajudar durante o atendimento, não serem aquelas mais adequadas ao papel do agente de saúde que é de promoção e de educação sanitária. De qualquer forma espera-se que os agentes estejam contribuindo para orientar melhor a demanda de pacientes para o atendimento clínico e assim ajudando a melhorar a organização do sistema local e o acesso da população aos serviços de saúde. Observa-se também, dentre as novas atividades, uma preocupação maior com o acompanhamento dos portadores de doenças crônicas como diabéticos, hipertensos e hansenianos o que pode ter uma repercussão direta na redução das complicações destes pacientes.

### **6.2.2. Percepção dos agentes de saúde sobre seu relacionamento com os outros membros das equipes**

No que diz respeito ao relacionamento dos agentes com os outros membros das equipes, os dados sugerem que este é relativamente bom como se pode verificar pelo elevado percentual de agentes que se sentiam bem apoiados após a chegada do PSF, e também pela maioria dos mesmos ter respondido que os pacientes encaminhados por eles têm prioridade no atendimento pela equipe. O primeiro fato reforça um dos aspectos mais destacados do programa no Ceará que é de garantir o acompanhamento e o bom desempenho dos agentes. Preocupa entretanto o achado de mais de um terço afirmarem que ainda precisam de mais apoio. Verifica-se ainda que na maioria dos casos, as equipes estão providenciando uma educação continuada para os agentes. O fato da maioria dos agentes contar com a presença de outro membro da equipe durante as visitas domiciliares, além de ser uma ótima oportunidade para capacitação em serviço, demonstra uma maior preocupação de proporcionar um atendimento diferenciado à população. Ainda com respeito a esta integração, verificou-se que somente a metade dos agentes se encontra com o restante dos membros da equipe, pelo menos uma vez por semana, que seria a frequência ideal.

## **6.3. CARACTERÍSTICAS DAS EQUIPES DO PSF**

### **6.3.1. Composição e aspectos relacionados ao trabalho**

O Ministério da Saúde preconiza a seguinte composição mínima da equipe: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes de saúde, para a cobertura de uma área geográfica onde habitem de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Em Niterói a equipe básica é composta por um médico e um auxiliar de enfermagem para cada setor com uma média de 1.000 pessoas, e em Cuba, um médico e um enfermeiro acompanham cerca de 700 habitantes. No Ceará, a orientação da SESA é de que a equipe tenha no mínimo um médico, um enfermeiro e 10 agentes para uma média de 1.000 famílias, ou 4.500 habitantes. Foi encontrado neste estudo que a

maioria das equipes possuem pelo menos um médico, um enfermeiro, e um auxiliar de enfermagem, porém um número razoável tem mais de dez agentes. É gratificante saber que a maioria das famílias atendidas pelas equipes mora na área rural, indicando um melhor acesso destas populações a serviços básicos de saúde. É preocupante entretanto o achado de quase a metade das equipes acompanharem mais de 1.100 famílias cada uma. Outro fato que preocupa é de um terço das equipes atenderem em mais de 10 lugares, além daquele onde se situa a unidade básica de saúde da família. Isto quer dizer que estas localidades são visitadas pelas equipes poucas vezes ao mês e em muitos casos trabalhando sem a menor condição de um atendimento clínico adequado, conforme relatado pelos profissionais (Niterói,1995; Rodrigues, 1996; MS,1998).

Segundo as normas nacionais do programa a equipe do PSF deve trabalhar com a definição do território de abrangência o que significa a área de sua responsabilidade. Nestas áreas todas as famílias devem ser cadastradas através de visitas aos domicílios. Muito positivo portanto foi tomar conhecimento de que a maioria das equipes possui um mapa da sua área de atuação, um cadastro e um prontuário familiar o que permite um melhor conhecimento e acompanhamento da situação existente, porém preocupa-nos o restante das equipes que não possuem estes instrumentos indispensáveis ao bom desempenho do trabalho. Apesar de a maioria das equipes ter afirmado que algum de seus membros participaram de um seminário de territorialização (definido como o processo de conhecimento dos problemas de uma determinada área geográfica e dos movimentos sociais ali existentes) e, dentre estes, metade ter implementado alguma ação, somente um pequeno número realizou o que seria ideal, ou seja um diagnóstico situacional com a elaboração de um plano de ação (MS,1994; SESA,1995).

### **6.3.2. Atividades realizadas pelas equipes**

Um dos achados mais interessantes do estudo foi identificar o que já era realizado antes da implantação do PSF, o que passou a ocorrer após o mesmo, e as ações que ainda não eram realizadas até a data da pesquisa, nas áreas de atuação das equipes. Um dos aspectos que se verifica facilmente é que a vacinação de gestantes com toxóide tetânico e a

imunização de crianças eram as ações já desenvolvidas na maioria das áreas antes do PSF, provavelmente pelos próprios agentes de saúde. Merece destaque a forma como a consulta de enfermagem passou a ocorrer com mais frequência, especialmente durante o pré-natal, a assistência à puérpera, a atenção à criança, ao adolescente, ao adulto e ações de planejamento familiar. Chama também a atenção como aumentou, nas áreas do PSF, a consulta médica para a puérpera, para o adolescente, o planejamento familiar e de forma especial a avaliação do estado nutricional da gestante.

É importante voltar a destacar que dentre as atividades que passaram a ser realizadas com o início do PSF destacam-se aquelas desenvolvidas pelos enfermeiros. Antes da implantação do programa predominavam as ações médicas, levando a crer que em alguns municípios já era realizado atendimento médico esporádico nos distritos.

Com a chegada das equipes do PSF teve início também, em mais da metade das áreas o atendimento regular aos casos de hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, hanseníase e tuberculose. Estes dados são bastantes animadores por indicar um melhor atendimento à saúde da população, porém esse estudo não consegue aferir com que qualidade esses procedimentos estão sendo realizados.

Considerando-se que muitas das atividades das equipes são itinerantes (como atendimento em vários locais diferentes), os procedimentos que exigem algum equipamento como exame ginecológico, inserção de DIU, pequenas cirurgias são realizados com menor frequência.

A metade das equipes realiza atividades específicas para adolescentes e um pouco mais de um terço para idosos. As atividades são na grande maioria de caráter educativo o que tem muita importância para a promoção da saúde destes grupos, porém preocupa o fato de mais de 50% das áreas não terem este tipo de serviço.

Com relação a vigilância sanitária quase a metade das equipes informaram desenvolver atividades educativas sobre o uso adequado da água e destino dos dejetos,

além de algumas ações de controle da qualidade dos alimentos e dos medicamentos. Não foi porém mencionado, por parte das equipes, nada sobre avaliação das condições de trabalho dos moradores da comunidade (ambiente, prevenção de acidentes e de risco). Também não houve nenhuma citação sobre a realização de um cadastramento e mapeamento de estabelecimentos que comercializem alimentos, ou dispensem medicamentos, a notificação de casos de intoxicações causadas por alimentos, agrotóxicos ou outros, além do mapeamento dos fatores de risco ambiental (fábricas, rampas de lixos, criadouros de animais), nem mesmo das escolas e locais de lazer. Estes são alguns procedimentos básicos de vigilância sanitária que poderiam ser desenvolvidos pelas equipes.

### **6.3.3. Condições de trabalho**

No que diz respeito a alguns aspectos das condições de trabalho das equipes, foi encontrado que algumas unidades de atendimento não dispõem de método para esterilização do material utilizado, sendo este procedimento feito geralmente no hospital municipal. O equipamento mais usado quando a esterilização é realizada na própria unidade básica foi a estufa. O método recomendado pelos padrões de vigilância sanitária é o autoclave pela maior eficácia, porém este só está disponível para uma minoria das equipes.

Foi observado que a quase totalidade das equipes dispõe de estetoscópio e tensiômetro quando se deslocam para atender em outras localidades, porém outros instrumentos de trabalho também essenciais como balanças, otoscópio, glicosímetro e aparelho de aerosol estão pouco disponíveis durante o atendimento fora da sede do distrito. Alguns medicamentos básicos como antibióticos, sulfato ferroso, contraceptivo oral, anti-hipertensivo e vitamina A não estão disponíveis para uma grande parcela das equipes em quantidade considerada suficientes por eles. Este fato, segundo os membros das equipes compromete não só o tratamento, mas também a credibilidade dos profissionais e do programa. Quanto a este fato vale destacar a decisão do MS de adquirir medicamentos básicos que estão sendo distribuídos para municípios com menos de 20.000 habitantes. Já a

Secretaria de Saúde do Estado tem adquirido medicamentos para municípios com população entre 20.000 e 100.000, com 43 itens básicos.

Chama a atenção a possibilidade da maioria das equipes de realizar exames de sangue como hemograma, glicemia, sumário de urina e parasitológico de fezes. Outros como raio X, ultra – som, cultura de urina e colposcopia precisam ainda ser disponibilizados, mais facilmente, para a maioria das famílias atendidas.

Apesar de 71,6% das equipes terem um transporte a sua disposição, este ainda é um grande problema para o desenvolvimento do trabalho pelo fato de muitas vezes não estar em boas condições. Este achado é melhor compreendido quando se verifica que 72,2% das equipes atendem um maior número de pessoas da área rural e fazem atendimento em várias localidades, além da sede dos distritos. Não só a falta de transporte, equipamentos, medicamentos, mas também a carência de outros insumos têm causado o não cumprimento das atividades programadas com uma certa frequência no caso de mais de 50% das equipes, o que compromete a credibilidade do programa e a relação com a comunidade.

Um percentual considerável de equipes não preenche a declaração de nascidos vivos e o formulário de notificação obrigatória de doenças em todos os casos que ocorrem na comunidade. Este fato é mais grave ainda no que diz respeito ao atestado de óbito que não é preenchido em quase 50% dos casos. Apesar das instruções para o preenchimento dos questionários esclarecer que esta atividade seria referente aos eventos ocorridos na comunidade é possível que isto não tenha ficado totalmente claro para as equipes, por ser uma questão relativamente complexa. É importante também destacar que, segundo o Departamento de Epidemiologia da SESA, de uma forma geral no Ceará, quase a metade das causas de óbitos são mal definidas.

Praticamente 100% das equipes reportaram ter enviado para a secretaria municipal a estatística produzida pelos agentes de saúde no mês anterior à pesquisa, além de um grande número ter avaliado estes dados e tomado providências com relação aos problemas

encontrados. Este fato é muito interessante porque mostra a valorização e a utilização dos dados produzidos.

Um pouco mais da metade das equipes informou que se reúne regularmente para discutir e programar o trabalho, portanto mais de 40% ainda parecem trabalhar sem um planejamento e uma avaliação continuada. Também não houve menção quanto ao uso dessas informações no fortalecimento da participação comunitária.

Em geral as equipes do PSF afirmaram ter uma boa relação com os demais grupos do município. Este relacionamento parece ser melhor com outros profissionais do PSF do que com os médicos que não trabalham no programa e com os membros do Conselho Municipal de Saúde. Isto pode ser decorrente do desconhecimento sobre o programa por parte dos profissionais de saúde que não são do mesmo e dos conselheiros.

É fundamental que todo paciente encaminhado para atendimento especializado em ambulatório ou internamento leve para o serviço de referência um relato completo do caso ou pelo menos uma solicitação escrita do atendimento. Foi encontrado que a grande maioria das equipes usam um desses métodos, porém as informações adequadas da contra referência só ocorrem para 13,8% das equipes. Isto pode significar uma desarticulação entre as equipes e os serviços de referência, ou o desconhecimento por parte daqueles que atendem, do valor dessas informações para o melhor acompanhamento dos casos pelas equipes do PSF.

Pela descrição das atividades das equipes, durante o horário diurno, percebe-se uma concentração no atendimento clínico pelos médicos e enfermeiros e nas visitas domiciliares pelos agentes, o que já era esperado. Foi relatado que as sessões educativas e reuniões com a comunidade ocorrem com mais frequência durante o período noturno.

Somente um pouco mais da metade das equipes afirmaram se envolver com outras atividades na localidade demonstrando que infelizmente a articulação intersetorial, fundamental para a promoção da saúde da comunidade, não tem sido uma prioridade para

as equipes. Além disso não é possível avaliar, a partir das respostas das equipes, com que regularidade as atividades citadas ocorreram. É importante a forma como a articulação com a educação predominou entre as respostas

## **6.4. OPINIÕES SOBRE O PSF**

### **6.4.1 . Benefícios e limitações**

Os secretários municipais de saúde, os médicos e enfermeiros do PSF apresentaram praticamente as mesmas respostas no que diz respeito aos benefícios considerados mais importantes para a população atendida pelo PSF, tais como a melhoria do acesso a serviços básicos, da relação da comunidade com a equipe, e de alguns indicadores de saúde. Foi possível perceber a partir das várias respostas que, na opinião dos respondentes, a população passou a ter uma atenção à saúde mais humanizada, mais efetiva e naturalmente com maior facilidade.

No que diz respeito as limitações ou dificuldades, as mais citadas pelos secretários foram: a carência de recursos financeiros e o despreparo dos profissionais para trabalharem nas comunidades. Os enfermeiros indicaram a falta de transporte e a insuficiente quantidade de medicamentos, os médicos também responderam que era a falta de remédios além das más condições sócio - econômicas da população. As precárias condições físicas dos locais de atendimento foi uma dificuldade importante citada pelos secretários, médicos e enfermeiros. Chama a atenção o fato das questões relacionadas às obrigações trabalhistas terem sido pouco citadas. Considerando – se que a grande maioria dos profissionais não tem vínculo empregatício com o município, esperava – se encontrar um maior número de reclamações neste sentido. É importante destacar ainda que, diferentemente dos médicos e enfermeiros, uma das principais preocupações dos secretários é com a questão dos escassos recursos para financiar o programa. Como esta pesquisa ocorreu antes da implantação da Norma Operacional Básica 96 do MS que cria incentivos para os municípios que implantarem o programa de agentes de saúde e de saúde da família, é possível que após esta

medida, a dificuldade financeira tenha um peso menor nas preocupações dos secretários municipais para com a sustentabilidade do programa.

#### **6.4.2. Atividades importantes ainda não realizadas pelas equipes do PSF**

Existem muitas atividades que as equipes deveriam realizar mas que ainda não o fazem, segundo os secretários municipais de saúde. As mais citadas foram: o exame ginecológico, a assistência ao parto e mais sessões educativas. No caso específico da atenção ao parto, mais da metade dos secretários acha que as equipes deveriam realizar partos na unidade de saúde dos distritos. O principal motivo alegado para que isto não ocorra foi a falta de infra – estrutura adequada no local, além do fato da maioria dos profissionais não residir na localidade

#### **6.4.3. Avaliação dos médicos e enfermeiros sobre sua qualificação e acesso a fontes de informação**

Mais da metade dos médicos e enfermeiros responderam que raramente tem dúvidas técnicas sobre algum caso e não dispõem de fontes de informação para esclarecê - las.

No que diz respeito a disponibilidade de normas técnicas para os profissionais de saúde do Ceará, é importante ressaltar que passaram a ser elaborados protocolos clínicos para uniformizar a conduta e melhorar a qualidade da atenção. Recentemente novas normas passaram a ser disponibilizadas no caso da saúde da criança com o treinamento na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância. Houve também a elaboração de um guia para a atenção a saúde reprodutiva, porém as equipes técnicas da ESP e da SESA, com a ajuda das sociedade médicas e de técnicos do Canadá estão elaborando os protocolos clínicos, inclusive utilizando a medicina baseada em evidências. Deve-se destacar que esta iniciativa visa também evitar que a produção de normas ou protocolos seja feita de forma fragmentada (por exemplo, para programas específicos como tuberculose e hanseníase) sem que haja uma visão integral do cliente.

Com respeito a auto avaliação sobre o grau de qualificação , os médicos afirmaram ser insuficiente em áreas como o atendimento ao parto, o exame ginecológico e o diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares, ações consideradas básicas durante a graduação. É menos surpreendente a afirmação dos médicos terem uma insuficiente qualificação em temas como a prevenção de acidentes na infância, educação sexual de adolescentes, diagnóstico e tratamento das doenças psiquiátricas, por esses assuntos serem tratados com menor frequência no curso de medicina. Com relação ao aconselhamento para o exame de HIV, os profissionais que se formaram há mais de 15 anos provavelmente não tiveram contato com este assunto durante a graduação, entretanto vários cursos de atualização tem sido realizados pela Secretaria da Saúde do Estado e dos municípios, porém algumas vezes com uma limitada participação dos médicos.

No caso dos enfermeiros observa – se que mais de 90% considera sua qualificação boa para a atenção pré – natal, avaliação do estado nutricional da gestante, fornecer orientações técnicas sobre aleitamento materno, acompanhamento de casos de diarreias infantis. Estes assuntos foram provavelmente melhor enfocados durante a graduação , além disso tem sido grande o esforço dos programas Viva Criança e Viva Mulher da SESA para atualizar os profissionais nestas áreas, havendo sempre uma participação maior de enfermeiros que médicos nestes treinamentos. Chama a atenção o fato de menos de 50% dos enfermeiros terem informado ter boa qualificação para a assistência ao parto, orientação sobre a prevenção da hipovitaminose A, prevenção de acidentes na infância, para educação sexual dos adolescentes, prevenção de fumo e outras drogas, aconselhamentos de casos de alcoolismo, identificação e acompanhamento de casos de tuberculose, hanseníase, DSTs, aconselhamento para exame de HIV, paciente com menopausa, e de famílias com doentes mentais, áreas fundamentais para a atuação dos enfermeiros de saúde da família.

#### **6.4.4. Necessidades de treinamentos das equipes**

A principal área citada pelos secretários de saúde, médicos e enfermeiros foi a saúde da mulher, especialmente a prevenção do câncer ginecológico e o planejamento familiar,

seguida da saúde da criança e das doenças crônicas como hipertensão e hanseníase. Este achado é concordante com outros levantamentos feitos pela Escola de Saúde Pública no que diz respeito aos temas prioritários para capacitação.

## **7 RECOMENDAÇÃO E CONCLUSÕES**

Além de serem baseadas nos achados do estudo as recomendações incluídas neste documento são fruto de discussões preliminares sobre os dados, realizadas com membros da coordenação do programa, seja do Estado ou dos municípios, secretários municipais de saúde, médicos e enfermeiros do PSF acerca dos resultados deste estudo, além de estarem também baseadas em outras experiências do Brasil e do mundo.

A partir dos dados encontrados e da análise dos mesmos são feitas algumas ponderações sobre o que é necessário implementar, partindo – se do princípio de que serão necessárias ainda muitas discussões, especialmente através de seminários regionais, estaduais e inclusive nacionais para que sejam encontradas soluções adequadas às várias dificuldades porque que passa hoje o PSF

### **7.1. PERFIL DOS PROFISSIONAIS DO PSF**

#### **7.1.1. Características pessoais e de trabalho dos médicos e enfermeiros**

Sugere-se que a forma de seleção e admissão dos profissionais escolhida pelos gestores seja o concurso público, encontrando-se uma forma de avaliação (entrevista, análise de currículo, e outras) que permita identificar a aptidão e a qualificação do candidato para o tipo de atividade que é realizada no programa. Recomenda-se também que a contratação seja feita através do regime jurídico único. Como no momento atual são poucos os candidatos às vagas de médicos, sugere-se que a curto prazo, estes profissionais sejam selecionados por meio de uma entrevista e a contratação seja através de cooperativas, associações, ou como cargos comissionados.

Preconiza – se que os profissionais dediquem ao programa 40 horas semanais trabalhando no PSF de uma mesma comunidade. Como já foi citado anteriormente este fato pode contribuir muito para um melhor conhecimento da realidade local e acompanhamento mais adequado das famílias. Caso os profissionais desejem dar plantões no hospital do mesmo município, este deve ser possibilitado, desde que seja fora do horário previsto para o trabalho comunitário

No que diz respeito as faixas salariais, propõe – se que instâncias como as comissões intergestores bipartites regionais ( ou microrregionais quando da implantação das microrregiões de saúde) definam pelo menos tetos mínimos compatíveis com a realidade de mercado da região e recomendem aos prefeitos que não sejam pagos valores inferiores. Deve- se propor também aos gestores que os profissionais atendendo em lugares muito distantes da sede do município recebam um valor diferenciado daqueles que trabalham próximo ao principal centro urbano. Sugere-se que o Estado participe como intermediador deste processo inclusive para evitar novamente o que ocorreu no início do ano de 1998 com a transferência de um número razoável de profissionais do PSF do interior para Fortaleza, quando este município iniciou o programa, oferecendo salários semelhantes ao do interior. O Governo Estadual deveria inclusive apoiar financeiramente os municípios com maior dificuldade para conseguir médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem em virtude das distâncias e das condições de vida, de forma a reduzir as disparidades regionais.

A associação estadual dos profissionais do PSF, hoje existente no Ceará, deveria ser fortalecida com a participação de todos que trabalham atualmente neste programa para que possa intermediar também algumas dessas negociações. Esta entidade deve participar ativamente do processo de educação continuada dos profissionais, e da organização de eventos para a troca de experiências, juntamente com os órgãos públicos, no sentido de aperfeiçoar o programa.

Médicos e enfermeiros não precisam necessariamente morar na comunidade onde trabalham, porém recomenda – se que estes profissionais residam no município ou em

casos excepcionais em outra cidade muito próxima, de modo a não comprometer o cumprimento dos compromissos do profissional com a comunidade.

Deve – se realizar todos os esforços para evitar que haja uma constante substituição dos profissionais da equipe o que compromete seriamente a qualidade de trabalho, o vínculo da equipe com a comunidade e a credibilidade do programa. Salários compatíveis com o mercado local, condições de trabalho (transporte, instalações físicas, equipamentos e insumos) adequadas, além de uma boa organização do trabalho e motivação devem ser incessantemente buscados por todos os municípios. A conquista por parte da comunidade também pode ser um motivo a mais para a permanência do profissional no município.

### **7.1.2. Formação profissional**

Considerando-se que foi encontrado um percentual razoável de médicos provenientes de outros estados e levando-se em conta que a proposta é ampliar ainda mais, e num ritmo acelerado, o número de equipes do PSF no Ceará, recomendamos que sejam aprofundados os estudos sobre a necessidade e possibilidade de ampliação das vagas do curso de medicina na Universidade Federal do Ceará - UFC. Deve-se inclusive discutir a viabilidade de criação de um novo curso de medicina, preferencialmente no interior do Estado. Nos últimos meses tem sido discutida a possibilidade de implantação de uma faculdade de medicina em Juazeiro do Norte, região do Cariri, no sul do Ceará. É fundamental considerar este aspecto do local de realização do curso médico. Em países como o Canadá, Estados Unidos, Cuba, e estados brasileiros como o Rio Grande do Sul, o médico é formado já no ambiente onde vai trabalhar o que faz com que este profissional seja graduado conhecendo a real necessidade da população que irá atender. Considerando-se a necessidade de não somente aumentar o número de médicos mas também adequar a sua formação a realidade da comunidade deve ser analisada a possibilidade de, a curto prazo, algumas vagas do curso médico serem deslocadas para um dos grandes centros urbanos do interior do Ceará. Este fato poderia também contribuir para que um número maior de pessoas provenientes do interior do Estado pudessem cursar medicina, e assim com mais chances de permanecerem na região após a graduação. Esta iniciativa

isoladamente não conseguirá modificar o tipo de formação que hoje é dada aos médicos do Estado, mas pode ser uma importante contribuição para as iniciativas já encaminhadas para a reforma do ensino em saúde. Propõe-se criar a disciplina de saúde da família como parte dos cursos da área de saúde, especialmente de medicina e de enfermagem. Uma proposta concreta poderia ser a modificação do currículo de forma a permitir que ao final do curso de medicina e de enfermagem todos os graduados pudessem ser reconhecidos como médicos e enfermeiros de família.

No que diz respeito ao que pode ser feito a curto prazo, uma vez que a velocidade de implantação do programa não permite esperar que novos médicos sejam formados propõe-se, a revisão e adequação dos cursos introdutórios em saúde da família para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, com uma ênfase especial no que diz respeito aos princípios da saúde da família. A médio prazo recomenda-se a criação de cursos de residência médica e de enfermagem (como já está sendo planejado pela ESP), além de cursos de aperfeiçoamento também para o pessoal de nível médio.

Com relação aos vários médicos do programa que cursaram residência, deveria ser feita uma avaliação de cada caso para se verificar a possibilidade de que os mesmos passem a fazer parte dos serviços de referência da região, ampliando assim a resolutividade regional. Existe inclusive uma proposta, que vem sendo discutida entre a Secretaria de Saúde do Ceará, as Secretarias Municipais e a rede de hospitais, de organizar, em cada micro região do Estado, serviços de atenção secundária com uma equipe de especialistas (em pediatria, gineco-obstetria e clínica médica, num primeiro momento) para o atendimento aos casos mais complexos e a educação continuada dos profissionais do PSF. Deve-se também considerar a possibilidade de ser uma escolha destes profissionais continuarem trabalhando a nível comunitário, neste caso os mesmos têm que passar pelo mesmo processo de educação continuada dos demais médicos.

É importante referir que na capacitação desses profissionais é necessário incluir uma proposta de nova sistemática de trabalho, que supere as práticas atualmente vigentes fragmentadas e descoordenadas de muitos serviços de saúde. Mesmo quando o objetivo

seja intervir no caso de problemas de saúde, a ação integral fortalece o efeito da atenção para o indivíduo. Com relação a capacitação é preciso destacar as atividades de vigilância epidemiológica que devem ser ampliadas, sendo mais abrangentes de modo a que possam ser utilizados os métodos de coleta, processamento, produção e análise de informações para uma melhor definição e compreensão dos problemas, seus determinantes e grupos mais vulneráveis.

## **7.2. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E DE TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE QUE INTEGRAM AS EQUIPES DO PSF**

Atualmente tem se discutido muito o novo papel do agente como membro de uma equipe do PSF e inclusive existe uma proposta de que parte dos mesmos sejam treinados como auxiliares de enfermagem comunitários. Esta proposta é muito interessante porém encontra como uma das principais dificuldades para sua operacionalização, a necessidade de se priorizar o treinamento dos muitos atendentes de enfermagem que ainda atuam em serviços de saúde do Estado. A Escola de Saúde Pública do Ceará vem desenvolvendo um treinamento baseado nas atividades que os agentes devem desenvolver, tendo inclusive esta proposta do Ceará se transformado no modelo de capacitação dos agentes de todo o Brasil. Propõe-se que no menor prazo possível todos os agentes sejam capacitados com esta nova metodologia, entretanto é necessário também que sejam feitos seminários para uma discussão mais aprofundada, não somente das funções dos agentes, mas dos demais membros das equipes, da relação entre os mesmos, da sistemática e avaliação permanente do trabalho (frequência de reuniões, de visitas domiciliares, método de trabalho).

Recomenda-se ainda que nesta sistematização do trabalho sejam bem definidos os casos e situações em que os pacientes encaminhados pelos agentes devam ser atendidos prioritariamente pelas equipes a fim de evitar clientelismo e distorções nos critérios de prioridade de atendimento.

### **7.3. CARACTERÍSTICAS DAS EQUIPES DO PSF**

#### **7.3.1. Composição das equipes e aspectos relacionados ao trabalho**

Além da equipe básica, recomenda-se que a curto prazo seja viabilizada a inclusão de um técnico de higiene dental – THD em cada equipe, e um odontólogo, apoiando o trabalho de cada duas equipes para que sejam desenvolvidas ações preventivas de saúde bucal nas escolas das áreas atendidas. A médio prazo, vários outros profissionais, tais como assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, deveriam ser incluídos na equipe básica, ou pelo menos estarem a disposição das equipes para um apoio na comunidade, sempre que necessário. O número de agentes por equipe, deve permanecer em torno de 10, enquanto for mantido o número de famílias hoje proposto no Estado, que é de 1000 para cada equipe. Logo que seja viável, recomenda-se também não haver nenhuma equipe acompanhando mais de 4.500 pessoas, sempre se buscando reduzir este número para um máximo de 1.500 habitantes. Deve-se dividir o número de famílias entre as equipes de modo a que haja uma menor quantidade de pessoas sob a responsabilidade dos profissionais que atuam na área rural, uma vez que as distâncias normalmente existentes nestas áreas trazem mais dificuldades para estas do que para aquelas que atuam nas áreas urbanas.

Deve-se continuar dando prioridade as populações das áreas rurais, não somente pelo fato das mesmas possuírem piores indicadores de saúde, mas também pela maior dificuldade de acesso aos demais serviços. No que diz respeito ao local de atendimento das equipes propõe-se que sejam melhoradas as condições físicas e de material das unidades de saúde, quando existirem, e que sejam construídas onde não houver. Além disso deve-se evitar a realização de atendimentos clínicos em lugares inadequados, que não proporcionem ao profissional e a seus clientes a privacidade e o conforto necessários. Os deslocamentos para outras localidades, além da sede dos distritos, devem ter como objetivo a realização de reuniões com a comunidade, além de visitas domiciliares aos casos indicados pelos agentes. Sugere-se ainda que os casos previstos para as visitas de médicos sejam aqueles de pacientes impossibilitados de deambular, aqueles em regime de internação domiciliar ou

puérperas durante a primeira semana após o parto. Recomenda-se que cada equipe tenha um transporte exclusivo a sua disposição e que este veículo permaneça na sede do distrito no período noturno e finais de semana para o deslocamento de pacientes nestes horários.

O município deve ser dividido em áreas descentralizadas de saúde - ADS, que podem ter uma ou mais equipes, dependendo da população. Recomenda-se que seja realizada a territorialização em cada ADS, com diagnóstico, e elaboração de um plano de ação local com a efetiva participação da comunidade. A totalidade das equipes deve ter um mapa da sua área de atuação, além de cadastrar e de ter um prontuário para cada família sob sua responsabilidade. Sugere-se que no menor prazo possível estes dados estejam informatizados e que haja um sistema de informação simplificado permitindo a equipe otimizar o seu tempo hoje “perdido” com o excesso de burocracia. Neste sentido poderia ser implantado rapidamente em cada município o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, com a ajuda da Secretaria de Saúde do Estado e do Ministério da Saúde.

### **7.3.2. Atividades realizadas pelas equipes**

Considerando-se que uma série importante de atividades ainda não é realizada em todas as áreas de atuação do PSF, sugere-se que a Secretaria de Saúde do Estado analise com cada Município, onde esta situação ocorrer, as estratégias de implantação das mesmas, sendo garantido por parte do Estado a capacitação necessária, e negociado, pelo Governo estadual, o apoio da União para a adaptação das áreas físicas, aquisição de equipamentos e transporte, sempre com a participação de uma contrapartida municipal. O Estado deve prover ainda assessoria técnica para a organização dos serviços. No caso específico das atividades voltadas para os adolescentes sugere-se que haja uma forte integração com as escolas locais e para a realização de um programa de exercícios físicos, especialmente para idosos, propõe-se uma articulação com os professores de educação física da escola da comunidade.

No caso dos insumos, em especial os medicamentos básicos, deve ser regularizada a compra por parte do Estado e municípios, devendo ficar muito claro, o que, em que quantidade, e com qual frequência esta aquisição será feita. Deve-se insistir também para que seja mantido e regularizado o envio de medicamentos por parte do Governo Federal, como está previsto na proposta de farmácia essencial.

Os formulários básicos são fundamentais para o trabalho das equipes devendo ser providenciados com regularidade e em quantidade suficiente por parte dos municípios. Estes devem ser padronizados a nível do Estado como parte de um sistema único de informação para acompanhamento dos indicadores de saúde e das atividades do programa. Parte do material educativo deveria ser providenciado pelo Estado, que seria responsável por grandes campanhas de âmbito estadual, porém deveria se incentivar a criação de grupos de Informação, Educação e Comunicação - IEC em cada município para o planejamento e realização de um plano de educação em saúde.

No que diz respeito ao apoio diagnóstico, cada município deveria ter pelo menos um laboratório com capacidade para realizar exames básicos como: hemograma completo, sumário de urina, glicemia, parasitológico de fezes, VDRL, e tipagem sanguínea, além de um serviço com raio-x e colposcopia. Exames mais complexos deveriam ser viabilizados para todos os pacientes que necessitassem, na sede do município ou em serviços de referência da micro região.

A estatística produzida pelos agentes de saúde deveria ser enviada mensalmente para a secretaria municipal de saúde, porém todas as equipes devem analisar, inclusive com a participação de representantes da comunidade e de outras instituições e organizações que atuam na comunidade, estes dados, a cada mês, e tomar as medidas necessárias para o enfrentamento dos problemas identificados.

Todas as equipes deveriam encaminhar os pacientes que necessitam de consulta especializada ou internação com um relato completo e escrito do caso, porém para que isto seja possível deve-se providenciar os formulários adequados, de preferência simplificados,

e um treinamento sobre a utilização dos mesmos. Procedimento semelhante deve ocorrer para os profissionais que atuam nos serviços de referência, devendo neste caso ser realizadas reuniões sobre o PSF para esclarecer dúvidas sobre o mesmo.

As equipes precisam incluir nos seus planos de ação local uma série de atividades intersetoriais (em especial juntamente com as equipes de educação, assistência social, agricultura, geração de renda, saneamento, segurança, meio ambiente, cultura, e esportes) não podendo estas atividades ficar dependendo de oportunidades ocasionais. A integração com outros setores é fundamental para a promoção da saúde, objetivo maior do programa. Sugere-se também que todas as equipes do PSF conheçam, em detalhes, a proposta da Organização Mundial de Saúde sobre municípios e comunidades saudáveis, inclusive tendo acesso a bibliografia sobre experiências bem sucedidas, cujos exemplos e lições aprendidas podem ser muito úteis na elaboração do plano de ação local. A criação do conselho distrital de saúde com a participação de representantes de outros setores pode ser também um excelente canal, não só para viabilizar a participação e o controle social, mas também a articulação intersetorial, para um esforço conjunto de melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Somente através de uma boa organização dos sistemas locais de saúde - SILOS pode-se alcançar os melhores resultados em termos de prestação de serviços de saúde à comunidade, entretanto a viabilização de várias atividades ainda não realizadas por muitas equipes do PSF pode ser alcançada inicialmente com a capacitação dos recursos humanos, a adequação das unidades de saúde e a provisão de insumos básicos, além de uma melhor organização da sistemática de trabalho.

Tendo em vista que na sede da maioria dos municípios tem pelo menos um pequeno hospital ou unidade mista, e considerando-se ainda as precárias condições atuais de infraestrutura das unidades de saúde dos distritos, recomenda-se neste momento que os partos sejam realizados na sede do município. Entretanto é fundamental que as equipes do PSF identifiquem as gestantes de maior risco, tentando inclusive que as mesmas se “hospedem”

na sede do município no período próximo a data provável do parto para evitar que ocorra uma complicação no distrito, sem condições de transferência imediata da paciente.

#### **7.4. Limitações, dificuldades e necessidades de treinamentos**

No que diz respeito as limitações e dificuldades citadas pelos secretários municipais de saúde, médicos e enfermeiros do PSF, algumas recomendações já foram feitas no início deste capítulo, especialmente no que diz respeito a necessidade de capacitação dos profissionais do programa, de se melhorar as condições físicas das unidades de saúde (inclusive com os equipamentos essenciais), o transporte, o aporte de medicamentos básicos, reduzir o número excessivo de famílias e a área muito extensa de algumas equipes, viabilizar os meios de diagnóstico necessários para todos os usuários do sistema que precisem, além de se buscar uma alternativa de contratação que garanta os direitos trabalhistas dos profissionais do PSF. É importante também recomendar que seja implantada, no menor prazo possível, a proposta das microrregiões de saúde, que além de facilitar o acesso a exames especializados para pacientes referidos pelas equipes, também é uma estratégia importante na busca da solução dos problemas de referência e contra referência de casos de internamentos.

Quanto a melhoria das condições socio-econômicas da população, acreditamos que uma ação intersetorial visando uma comunidade saudável pode representar um avanço importante, não só na resolução imediata de alguns problemas, mas também na busca de soluções para problemas estruturais mais complexos, que exigem uma grande mobilização social e decisão política. No que diz respeito a limitação dos recursos financeiros, apesar de não haver ainda uma proposta definitiva de solução para o financiamento da saúde pública no Brasil, é importante destacar a criação do piso ambulatorial básico - PAB, pelo Ministério da Saúde como uma tentativa para se viabilizar a atenção primária, além dos incentivos financeiros para os programas de agentes de saúde e de saúde da família implantados recentemente também pelo Governo Federal. O PAB representa uma quantia em recursos financeiros previstos para o pagamento de procedimentos e ações de assistência básica de responsabilidade municipal.

Finalmente é essencial criar mecanismos concretos de participação da comunidade no programa, a princípio através de uma grande campanha de divulgação sobre os princípios do mesmo e sobre a importância de uma colaboração efetiva da sociedade e posteriormente por meio de uma capacitação específica para as equipes do PSF sobre mobilização e organização comunitária.

Apesar dos pontos positivos identificados, os resultados demonstram que alguns dos objetivos específicos mais importantes do programa não vem sendo alcançados pela maioria das equipes, tais como a articulação e atuação intersetorial, além da prioridade para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Além disso as condições das equipes são muitas vezes precárias, especialmente no que diz respeito aos direitos trabalhistas, disponibilidade de medicamentos e situação física das unidades de saúde.

Os achados do estudo indicam a necessidade de uma grande discussão entre os gestores federal, estadual e municipais de saúde, com a participação efetiva dos profissionais do PSF, sobre os ajustes que são necessários ao programa.

Espera-se que este estudo seja útil, não somente para o Ceará, mas para outros estados que estejam desenvolvendo ou pretendam iniciar o programa, assim como para a coordenação nacional do PSF, na busca permanente de aperfeiçoamento da estratégia que parece ser a solução para muitos problemas vividos pelo setor saúde no Brasil.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABATH, G. M., Medicina familiar no Brasil. **Edu. Med. Sal.** Washington D.C, v 19, n.1, p.48-73, 1985.
- AGUILAR, M. J., ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994. 199p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos saúde da família - construindo um novo modelo.** Brasília, 1996a. v.1.
- \_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica – SUS – 01/1996.** Brasília, 1996b.
- \_\_\_\_\_. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa.** Brasília, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.
- \_\_\_\_\_. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1998.
- BRYANT, J. H, HARRISON, P. F. **Global health in transition: a synthesis.** Washington, D.C, National Academy, 1996. p.34-46.
- CEARÁ. Escola de Saúde Pública. **Curso de especialização em saúde da família.** Fortaleza, 1996a. Mimeografado.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Saúde da família: um novo modelo de atenção.** Fortaleza, 1995. Mimeografado .
- CEARÁ. Secretaria do Trabalho e Ação Social. **Programa de reformas sociais – PROARES.** Fortaleza, 1996b. Mimeografado.
- CEITLIN. J. Marco conceptual, principios y características de la medicina familiar. In: **CAFAM;** Colômbia. Instituto de Ciências de la Salud. CES; OPS; Colômbia. Ministério de Salud. Memórias. Primeiro Congresso Colombiano de Salud Familiar. CAFAM, sept. 1988. p.61-73
- CHÁVEZ AGUILAR, H. El médico familiar en la atención primaria a la salud. **Rev. Med. IMSS.** México, v.33, n.8, p.173 - 176, 1995.

- CHÁVEZ AGUILAR, V., VELAZCO ORELLANA, R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal: criterios para su evaluación. **Rev. Med. IMSS**. México, v.32, n.1, p.39-43, 1994.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Perfil dos médicos no Brasil. Brasil e grandes regiões**. 1995. v.1.
- CUNHA, R. T. **Programa saúde da família: a visão dos usuários**. Fortaleza, 1996. Mimeografado.
- DUNCAN, B. D.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. p.10-56.
- FILHO, A. N. Silos, epidemiologia e planejamento estratégico: a experiência de Icapuí e suas lições. In: ANDRADE, O. M., GOYA, N. **Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte: a resposta de Icapuí**. Fortaleza: Cidadania, 1992. 250 p. p.27-36.
- FINAMOUR, J. **Cuba vira modelo de saúde**. São Paulo: Edições Alternativas, 1995. 12p.
- FLORENZANO, R., HORWITZ, N. Salud familiar: desarrollo conceptual y su aplicacion. **Cuad. Med. Soc.** Santiago de Chile, v.24, n.4, p.149-155, 1983.
- FONSECA, M. I. F. **Avaliação do programa saúde da família em Beberibe – Ce**. Fortaleza. 1996. Mimeografado.
- FÓRUM DE DEBATES SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 1998, Fortaleza. **Relatório**. Fortaleza. Conselho Regional de Medicina do Ceará. 1998. Mimeografado.
- GOYA, N. **O SUS que funciona em municípios do Ceará**. Fortaleza. 1996. 170p.
- GORDON, J.S. **Manifesto de uma nova medicina**. Rio de Janeiro: Editora Campos. 1998. 335p.
- HAM, C. **Health care reform**. Buckingham: Open University, 1997. p.45-50.
- HAQ, C., VENTRES, W., HUNT, V. et al. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar em el mundo. Salud y Sociedad, **Bol. Oficina. Sanit. Panam.**, v.120, n.1, p.44-58, 1996.
- \_\_\_\_\_. Family practice development around the world. **Fam. Pract.**, v.13, n.4. p.351-356, 1996.

- HIEMANN, S., CARVALHEIRO, F., DONATO, S. **O Município e a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. p.35-43.
- KIRKWOOD, B. **Essentials of medical statistics**. Londres: Blackwell Scientific, 1995. p.153-167.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Populacional**. 1991.
- IRIGOYEN CORIA, A., HERNANDEZ RAMIREZ, C., MELCHOR GONZÁLEZ, M., MAZON RAMIREZ, J. J. A cuarenta años de la propuesta de atención médico familiar em el Instituto Mexicano del Seguro Social, **Rev. med. IMSS**. v.31, n.4, p.287-291, 1993.
- MCAULIFFE, J. **Avaliação do programa de agentes de saúde do Ceará**. Fortaleza, 1994. Mimeografado.
- MC WHINNEY, R. **A textbook of family medicine**. New York: Oxford University, 1989. p. 58-69.
- MENDES, E.V.M. (ORG.) ET AL **Distrito sanitário**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994, 310p.
- MENDES, E.V.M. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.
- MINAYO, M. C., D'ELIA, J. C., SVITONE, E. **Programa agentes de saúde no Ceará: estudo de caso**. Fortaleza: UNICEF, 1990. 60p.
- MIRANDA, A S. **Programa "Saúde da Família" entre a panacéia e o preconceito: considerações preliminares**. Quixadá, 1995. Mimeografado.
- NITERÓI. Fundação Municipal de Saúde. **Implantação do médico da família em Niterói**. Niterói, 1995.
- OCHOA DIAZ LOPEZ, H., SANCHEZ PEREZ, H. J., MARTINEZ GUZMÁN, L.A. Modelo para la evolucion y monitoreo del desempeño de serviços de atención primaria a nivel de sistema locales de salud (silos). **Rev. med. IMSS**. México. v.33, n.2, p. 223-230, 1995.
- ORDÔNEZ, C. O plano médico de família. **Saúde para todos**, v.3, n.6, p.24-32, 1995.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Preparacion de indicadores para vigilar los progressos realizados en el logro de la salud para todos en ano 2000**.Genebra, 1991.
- OVIENS, T. P. Presentacion de casos en medicina familiar. **Rev. Med. Caja Seguro Soc.**, v.20, n.2, p.46-52, 1998.

- PENA, M. C. G., CARRO, R. A., CONTRERAS, S. V. ET AL. Medicina familiar, panorama de la investigación en medicina familiar. **Rev. med. IMSS**, México, v.33, n.5, p.497-500, 1995.
- PESSINI, L., BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 1994. 414p.
- RIBEIRO, J. M., MELANED, C. **Estudo de custos do programa médico de família do município de Niterói/RJ**. Rio de Janeiro. 1996. Mimeografado.
- RODRIGUES, F. M. A. **Projeto de avaliação da qualidade da assistência prestada ao segmento materno-infantil do programa médico de família de Niterói- RJ**. Rio de Janeiro, 1996. Mimeografado.
- ROHDE, J., CHATTER, J.V., M, MORLEY, D. **Reaching health for all**. New Delhi: Oxford University, 1993. p.24-50.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Refletindo sobre mudança do modelo assistencial em saúde: a estratégia do programa saúde da família**. São Paulo, 1997. Mimeografado.
- SEPÚLVEDA GUTIERREZ, B., MÉNDEZ HERNÁNDEZ, L. Programa para la implantation del nuevo sistema medico familiar. **Rev. Med. IMSS**. México, v.31, n.5/6, p.407-410, 1993.
- SILVA. A. C. **Evolução de saúde da criança no Ceará: um retrato de dois momentos, 1987 e 1994**. Fortaleza, 1998, 188p. Tese de Mestrado pela Universidade Federal do Ceará. 1998.
- SKANLNIK, N. S., SMITH, D. R., DIAMOND, J. Professional satisfaction and dissatisfaction of family physicians. **J. Fam. Pract.**, v.37, n.3, p.257-263, 1993.
- TEIXEIRA, C.F., UNGLERT, C.V.S. ET AL. **O processo social de mudança das práticas sanitárias e o sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.23-45.
- TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.12-23.
- UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**. Brasília. 1979. 62p. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- UNICEF. **Família Brasileira: a base de tudo**. Brasília: Cortez, 1994. p.26-37.

VAUGHAM, J. P, MORROW, R.H. **Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.1997. 180p.

VICTORA, C. G. O subdesenvolvimento da medicina e a formação do generalistas. Porto Alegre. **Rev. Cient. CASL**, v.39. 1978.

WESTIN, S. The market is a strange creature: family medicine meeting the challenges of the changing political and socioeconomic structure. **Fam. Pract.**, v.12, n.3, p.349-401, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. **In: WHO-WONCA Conference**, 1994, Ontário, 98p.

\_\_\_\_\_ . **Alma-Ata reaffirmed at Riga**, 1998.

W.K. KELLOGG FOUNDATION. **Evaluation Handbook**. Battle Creck, 1998. p.73-90.

## ABSTRACT

The objective of this study was to contribute for the improvement of the Family Health Program ( FHP) developed in the State of Ceará, northeast Brazil, in terms of program functioning and impact. Based on the results, recommendations on interventions aimed to the main problems found were prepared.

Self-administered questionnaires were answered by 82 (78%) secretaries of health of the municipalities where the program is being carried out, 230 (67,4%) physicians, 278 (81,5%) nurses and 2.507 (73,5%) community health agents working in the program. The FHP teams (composed mainly by physicians, nurses and health agents) also answered together, an specific questionnaire, with a response of 149 (43,6%).

Many positive aspects of the program were found such as : many health activities being developed in some villages where, in the past, there was no regular assistance, including activities to reach groups like youth and elders; more frequently follow up of patients with chronic diseases like diabetes, and hypertension; almost all physicians and nurses working full time in the program; many health agents reporting that they were receiving technical support and refreshing courses from the other members of the team. Also a better organized referral system for patients in need of a more complex level of health care was found. According to secretaries, physicians and nurses there was a significant improvement of the quality of the assistance, that now is supposed to be more comprehensive.

The problems found were: The majority of doctors and nurses had no labor rights guaranteed; an important number of health professionals were working in the program suitable qualification; a great diversity of salaries leading to a considerable turnover of doctors; lack of physicians willing to work in the poorest municipalities; an excessive number of families to follow by most of the teams; poor infrastructure of many local health facilities; teams providing assistance in many communities; insufficient provision of medicines; few activities of health control, just few intersectorial initiatives and lack of community participation.

The conclusions of the study indicate that it is necessary a greater discussion among the federal, state and municipal health managers, including the effective participation of the local professionals, about the adjustments that need to be done in FHP. This discussion must happen before the important increase of number of health teams planned for the coming years. This study is expected to be also useful for other brazilian states that are developing, or planning to develop the program, as well as to the national coordination of FHP ,hoping that such strategy bring solutions for many health problems faced by the public health sector in Brazil.

# **Anexos**

ANEXO 1

PROGRAMA DE SAUDE DA FAMÍLIA

Quadro comparativo de alguns municípios

Município	Assis	Brumadinho	Camaragibe	Campina Grande	Curitiba	Londrina	** Beberibe
Localização	Oeste de São Paulo	Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG)	Região Metropolitana de Recife (PE)	Agreste da Paraíba	Capital do Paraná	Norte do Paraná	Nordeste do Ceará
População	76 mil habitantes	19 mil habitantes	140 mil habitantes	340 mil habitantes	1,4 milhões de habitantes	400 mil habitantes	39 mil habitantes
Região atendida pelo PSF	Bairros carentes da zona urbana	Povoados da zona rural	Bairros carentes da zona urbana, periferia	Bairros carentes da zona urbana e da periferia	Bairros de periferia	Toda a população	
Equipe	Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde	Médico, enfermeiro e auxiliar de saúde	Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário	Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário	Médico, enfermeiro, dentista, assistente social, THD, ACD e auxiliar de enfermagem	Médico, enfermeiro, assistente social, auxiliar de saúde e agente comunitário	Médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, ACD e agente comunitário de saúde
Salário	Médico R\$ 3.490,00 Enfermeiro R\$ 1.890,00	Médico R\$ 2.500,00 Enfermeiro R\$ 2.000,00	Médico e enfermeiro R\$ 1.800,00	Médico R\$ 2.000,00 Enfermeiro R\$ 1.000,00	Médico e dentista R\$ 2.500,00 Enfermeiro R\$ 1.270,00	Médico R\$ 3.300,00 Enfermeiro R\$ 1.230,00	Médico R\$ 3.906,60 Enfermeiro R\$ 1.941,42
Forma de contratação	Estatutário	Licitação pública de empresa privada prestadora de serviço	CLT, através de convênio com associação de moradores-cooperativa	CLT, através de convênio com associação de moradores	Servidores públicos da secretaria municipal de saúde já em exercício (não houve contratação)	CLT, através de convênio com associação de moradores	Contrato provisório
Forma de ingresso	Concurso público (*)	-----	Seleção pública	Seleção pública	Seleção interna para as equipes de PSF	Seleção pública	Seleção interna para a equipe de PSF
Número de equipes	6 (seis)	5 (cinco)	10 (dez)	5 (cinco)	35 (trinta e cinco)	5 (cinco)	7 (sete)
Condição de gestão (NOB/93)	Semiplena	Semiplena	Semiplena	Incipiente	Semiplena	Semiplena	Semiplena

(\*) O município de ASSIS criou os cargos do PSF em lei municipal, que prevê a realização de concurso público. As equipes atuais ingressaram através de contrato temporário até que seja regulamentada a lei.

(\*\*) Original modificado com a inclusão do município de Beberibe (CE).

Fonte: Ministério da Saúde – Saúde da Família, 1996

## ANEXO 2

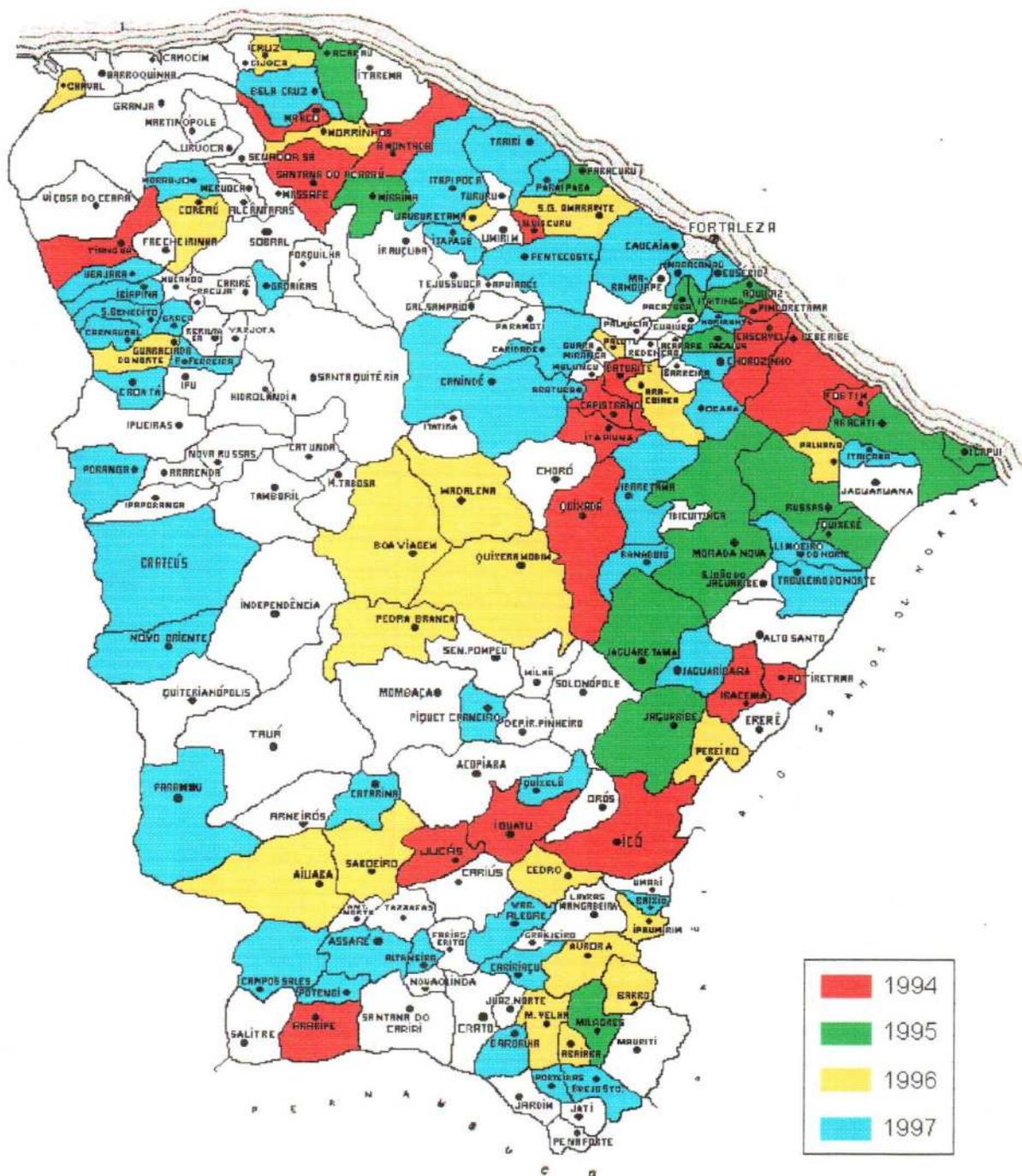
<b>RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS COM O PSF IMPLANTADO, SEGUNDO O NÚMERO DE EQUIPES, NOVEMBRO/97</b>		
Nº	MUNICÍPIO	Nº EQUIPES IMPLANTADAS
1.	Abaiara	2
2.	Acaraú	7
3.	Aiuaba	2
4.	Altaneira	1
5.	Amontada	4
6.	Aquiraz	5
7.	Aracati	7
8.	Aracoiaba	4
9.	Araripe	4
10.	Assaré	2
11.	Aurora	3
12.	Baixio	1
13.	Banabuiu	2
14.	Barbalha	3
15.	Barro	4
16.	Baturité	4
17.	Beberibe	8
18.	Bela Cruz	2
19.	Boa Viagem	6
20.	Brejo Santo	3
21.	Campos Sales	3
22.	Canindé	5
23.	Capistrano	2
24.	Caridade	1
25.	Caririçu	3
26.	Carnaubal	2
27.	Cascavel	6
28.	Catarina	2
29.	Caucaia	5
30.	Cedro	4
31.	Chaval	2
32.	Chorozinho	2
33.	Coreau	2
34.	Cratús	3
35.	Croatá	2
36.	Cruz	3
37.	Eusébio	5
38.	Fortim	3
39.	Graça	2
40.	Groairas	1
41.	Garaciaba do Norte	2
42.	Horizonte	3
43.	Ibaretama	1
44.	Ibiapina	3
45.	Icapuí	3
46.	Icó	6
47.	Iguatu	9
48.	Ipaumirim	2
49.	Iracema	3
50.	Itaiçaba	1
51.	Itaitinga	2
52.	Itapagé	2
53.	Itapipoca	3

54.	Itapiuna	4
55.	Jaguetama	3
56.	Jaguaribara	1
57.	Jaguaribe	5
58.	Jijoca de Jericoacoara	1
59.	Jucás	3
60.	Limoeiro do Norte	2
61.	Madalena	2
62.	Maracanau	6
63.	Marco	4
64.	Milagres	3
65.	Miraima	2
66.	Missão Velha	2
67.	Morada Nova	9
68.	Moraujo	2
69.	Morrinhos	1
70.	Novas Russas	4
71.	Novo Oriente	1
72.	Ocara	2
73.	Pacajus	2
74.	Pacatuba	6
75.	Pacoti	1
76.	Palhano	2
77.	Paracuru	4
78.	Paraipaba	1
79.	Parambu	4
80.	Pedra Branca	4
81.	Pentecoste	3
82.	Pereiro	3
83.	Pindoretama	3
84.	Piquet Carneiro	2
85.	Pires Ferreira	2
86.	Poranga	1
87.	Porteiras	2
88.	Potengi	1
89.	Potiretama	1
90.	Quixadá	18
91.	Quixelô	2
92.	Quixeramobim	6
93.	Quixeré	3
94.	Russas	7
95.	Saboeiro	1
96.	Santana do Acaraú	6
97.	São Benedito	1
98.	São Gonçalo do Amarante	5
99.	São Luis do Curu	2
100.	Tabuleiro do Norte	2
101.	Tianguá	7
102.	Trairi	4
103.	Ubajara	2
104.	Uruburetama	2
105.	Varzea Alegre	2
	TOTAL	341

Fonte: Coordenação do Programa de Saúde da Família  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará  
Novembro, 1997

## Anexo 2a

# MUNICÍPIOS COM O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADO ATÉ NOVEMBRO DE 1997



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

### Anexo 3

## O Programa de Saúde da Família no Ceará - Uma Análise de sua Estrutura e Funcionamento

Demonstrativo do número de questionários que retornaram por categorias

MUNICÍPIO	SECRETÁRIO	EQUIPE	MÉDICO	ENFERMEIRO	AGENTE
Abaiara	1	--	2	2	24
Acaraú	1	--	7	7	56
Altaneira	1	--	1	1	10
Amontada	1	2	2	2	19
Aquiraz	1	--	4	4	42
Aracati	1	7	6	7	65
Aracoiaba	1	3	2	3	21
Araripe	1	--	4	4	36
Assaré	1	--	2	2	20
Aurora	1	--	3	3	33
Banabuiu	1	2	2	2	9
Barbalha	1	--	3	3	22
Barro	1	--	3	4	29
Baturité	1	4	2	4	37
Beberibe	1	--	5	7	84
Bela Cruz	1	2	2	2	8
Boa Viagem	1	5	1	6	67
Brejo Santo	1	--	2	2	27
Campos Sales	1	3	3	3	30
Canindé	--	--	3	5	24
Carnaubal	1	2	1	2	17
Caririaçu	1	--	3	2	29
Cascavel	1	--	6	6	60
Cedro	1	4	4	4	42
Chaval	1	--	1	2	18
Chorozinho	1	2	1	4	22
Coreau	1	1	2	2	14
Crateús	1	--	3	3	44
Croatá	1	--	2	2	20
Cruz	--	2	2	3	37
Euzébio	1	5	3	4	37
Fortim	1	3	3	2	--
Gijoca Jericoacoara	1	--	--	1	7
Graça	--	--	2	1	14
Groairas	1	--	2	1	17
Graciacaba do Norte	1	--	4	2	20
Horizonte	1	3	3	3	30
Ibaretama	1	1	1	1	6
Ibiapina	1	--	2	2	8

Icapuí	--	3	2	3	22
Icó	1	7	5	7	64
Iguatu	1	9	5	9	77
Ipaumirim	1	2	2	2	18
Iracema	1	--	2	3	26
Itaitinga	1	1	2	2	20
Itapagé	1	--	2	2	19
Itapiuna	1	4	1	4	30
Jaguaretama	1	2	2	2	21
Jaquaribara	1	--	1	1	10
Jucás	1	--	3	3	30
Limoeiro do Norte	1	--	2	2	16
Marco	1	4	3	4	29
Milagres	1	--	3	3	29
Miraima	1	--	1	2	17
Missão Velha	1	1	2	2	24
Morada Nova	1	9	6	9	74
Moraujo	1	2	1	2	25
Morrinhos	1	--	1	1	6
Novas Russas	1	--	4	4	20
Novo Oriente	1	--	1	1	11
Ocara	--	1	--	1	8
Pacatuba	1		3	4	43
Pacoti	1	1	1	1	15
Palhano	1	2	2	2	15
Paracuru	1		4	4	40
Paraipaba	1	--	1	1	11
Pentecoste	--	3	3	3	2
Pereiro	1	--	3	3	30
Pindoretama	1	2	2	2	13
Piquet Carneiro	1	--	4	4	74
Poranga	1	1	1	--	8
Porteiras	1	--	2	2	21
Potengi	1	--	1	1	10
Potiretama	1	1	1	1	10
Quixelô	1	2	2	2	20
Quixeramobim	1	7	7	7	63
Quixeré	1	2	--	2	20
Russas	1	8	8	8	85
Saboeiro	--	1	1	1	5
São G. do Amarante	1	2	--	2	16
Santana do Acaraú	1	6	5	6	49
São Benedito	1	--	1	1	8
São Luis do Curu	1	--	2	2	19
Sobral	--	6	6	11	74

Tabuleiro do Norte	1	2	--	2	19
Tianguá	1	7	7	7	62
Trairi	1	--	4	4	36
Ubajara	1	--	2	2	14
Uruburetama	1	--	2	2	16
Varzea Alegre	1	--	1	1	8
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>149</b>	<b>230</b>	<b>278</b>	<b>2507</b>



# **Anexo 4**

## **ORIENTAÇÕES PARA O INQUÉRITO SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - ISDS**

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) tem interesse em fazer um inquérito junto às equipes do Programa Saúde da Família (PSF) para saber, efetivamente, de que forma o Programa está se desenvolvendo. Para realizar o inquérito, a SESA tem o apoio técnico do Instituto de Saúde e Desenvolvimento Social (ISDS).

O estudo envolve a aplicação de um conjunto de questionários a cada equipe do PSF, aos seus membros individualmente e ao Secretário Municipal de Saúde. Desta forma, cada equipe (em grupo) deve preencher um questionário da equipe, e cada médico, enfermeiro e agente deve preencher um questionário individual. Para realizar este inquérito, contamos com a participação das Secretarias Municipais de Saúde para distribuir os questionários, orientar as equipes sobre seu preenchimento, e receber os questionários preenchidos, devolvendo-os para a SESA para sua tabulação.

#### **Orientações**

Há 5 diferentes instrumentos para este inquérito:

- Questionário do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde
- Questionário da Equipe
- Questionário do Médico da equipe
- Questionário do Enfermeiro da equipe
- Questionário dos Agentes de Saúde da equipe

A Secretaria Municipal de Saúde deve designar uma pessoa para a distribuição dos questionários a cada equipe e a orientação sobre seu preenchimento. Uma pessoa de cada equipe deverá ser designada como responsável para coordenar o preenchimento dos questionários pela equipe. Esta pessoa deve assegurar o preenchimento do Questionário da Equipe com a participação plena dos membros da equipe.

Cada questionário terá o município identificado e um código para a equipe. O código serve para identificar os questionários que vêm de uma mesma equipe, mas na tabulação não se saberá qual foi a equipe. Sugere-se que os questionários individuais sejam devolvidos em envelopes lacrados, para garantir a confidencialidade das informações. Desta forma, as equipes devem se sentir a vontade em expressar suas opiniões.

A forma de preenchimento das respostas deve ser auto-explicada pelo próprio questionário. Para a maioria das respostas, basta selecionar uma das respostas com um **X**. Para algumas respostas, pede-se um número (exemplo: Número de famílias cobertas pela equipe: \_\_\_\_). Para outras, pede-se uma explicação maior. Por exemplo, se a equipe desenvolve uma atividade específica para adolescentes, pede-se uma descrição da atividade.

Depois de terminar o preenchimento dos questionários pela equipe, o coordenador responsável pelo PSF no município deve devolver à SESA, todo o material em envelope lacrado.

## **QUESTIONÁRIO DA EQUIPE**

(Orientações para o preenchimento)

1. Composição da Equipe. Anotar o número de profissionais que fazem parte da equipe. Se não existir um determinado profissional na equipe, anotar **0**. Se tiver alguém que entra como "**Outros**", especificar qual a profissão.
2. Número de famílias. Anotar o número de famílias sob a responsabilidade desta equipe. Se não souber, anote "**Ignorado**".
3. Onde moram as famílias. Anotar em que situação geográfica mora a maioria das famílias sob a responsabilidade da equipe. Somente anotar uma das opções de resposta.
4. Mapa. Anotar se a equipe tem a sua disposição um mapa da área em que se encontram as famílias acompanhadas.
5. Cadastro. Anotar se a equipe tem um cadastro geral das famílias (ou pessoas) sob sua responsabilidade.
6. Prontuário. Anotar se a equipe mantém um prontuário de cada família (ou de cada pessoa) sob sua responsabilidade. No caso de ter adotado um formulário próprio para o prontuário familiar, anexar uma cópia ao questionário.
7. Data de implantação. Anotar o mês e ano em que a primeira equipe começou a atuar junto a esta comunidade.
8. Seminário de territorialização. Anotar se algum membro da equipe atual participou de um seminário de territorialização para a atual área de atuação.
- 8.1. No caso da equipe ter participado de um seminário de territorialização, anotar se alguma ação específica resultou da análise que ocorreu. Caso tenha havido, descrever qual foi a ação.
9. Atividades da Equipe. Nesta tabela, há uma listagem de diferentes atividades. A equipe deve anotar um **X** na coluna apropriada de cada atividade para indicar se a atividade já era realizada antes da chegada da primeira equipe do PSF na localidade, se começou a ser realizada com a chegada da primeira equipe ou se até a presente data ainda não é realizada. No caso da Hipertensão, Diabetes, DSTs, Hanseníase e Tuberculose no lugar do X colocar "D" para diagnóstico, "T" para tratamento e "B" para busca ativa dos casos, quando não forem realizados os três procedimentos. Colocar "D", "T" e "B" quando forem os três procedimentos.
10. Adolescente. Indicar se a equipe desenvolve alguma atividade específica para a população adolescente. Caso desenvolva, descrever qual é.
11. Idoso. Indicar se a equipe desenvolve alguma atividade específica para a população idosa. Caso desenvolva, descrever qual é.
12. Atividades da semana anterior. Nesta tabela, indicar qual foi a atividade principal de cada categoria profissional na semana (segunda a sexta) anterior. A tabela permite anotar um código para a manhã e tarde de cada dia. No caso de não ter uma das categorias profissionais (ex. auxiliar de enfermagem), deixar em branco. Se foram desenvolvidas outras atividades além das codificadas, descrever quais foram. Se houverem atividades em outros horários, anotar na margem do questionário.
13. Locais de atividades da equipe. Anotar quais os diferentes locais em que a equipe atua. No caso de domicílio, deve-se considerar somente outras atividades, além da visita domiciliar, que são desenvolvidas. Marcar todas as opções que se aplicam.
14. Atendimento em localidades. Indicar se a equipe faz atendimentos fora da sede do distrito. Caso positivo, anotar em quantos locais diferentes se oferece este atendimento fora da sede do distrito.

15. Esterilização. Anotar qual o método mais usado para esterilizar o instrumental da equipe. Anotar somente um. Se depende dos serviços de outra unidade para a esterilização, anotar qual é.
16. Equipamento, etc. disponível para a equipe. Indicar quais dos itens listados a equipe dispõe regularmente para desenvolver seu trabalho nos diferentes locais em que atende. Anotar tantos quantos necessários. Outros equipamentos importantes, não listados, devem ser anotados em "Outro".
17. Material disponível para a equipe. Anotar quanto de cada um dos itens listados a equipe dispõe nos diferentes locais em que atende. "Não tem" significa que não se dispõe ou que existe uma quantidade mínima. "Tem insuficiente" significa que tem para uma parte da população, mas acaba antes do final do mês. "Tem suficiente" significa que não falta para as demandas básicas da equipe.
18. Material audio-visual. Anotar todo o material disponível para a equipe para desenvolver sessões educativas. Pode marcar mais de um.
19. Falta de material. Para saber quais os motivos que levam uma equipe a não cumprir as atividades programadas, pede-se para anotar com que frequência isso ocorre por falta de transporte, falta de medicamentos, ou falta de outros insumos.
20. Transporte específico. Anotar sim, se o transporte for exclusivo.
21. Exames diagnósticos. Anotar a disponibilidade de cada exame listado para as famílias atendidas pela equipe. "Total" significa que é obtido dentro de um período razoável nos casos em que o exame é indicado. "Parcial" indica que somente alguns dos casos para os quais o exame seria indicado conseguem realizar o exame, ou que há demora em obter o resultado, o que limita o valor do exame. "Nenhuma" significa que o exame não é disponível localmente pelo SUS, ou que o resultado demora tanto que não se pode utilizá-lo para decidir a conduta.
22. Medicamentos essenciais. Anotar a disponibilidade de medicamentos essenciais para as necessidades das famílias atendidas pela equipe. "Boa" significa que as famílias conseguem receber os medicamentos prescritos pela equipe, em tempo hábil e em quantidade suficiente, "Regular" significa que as famílias recebem, porém com demora e/ou em quantidade insuficiente e "Ruim" quando a população dificilmente consegue o medicamento.
23. Fornecimento dos medicamentos. Anotar sim, se a equipe leva um estoque de medicamentos quando se desloca para atender a população, para distribuição na hora do atendimento.
24. Vigilância sanitária. Anotar se a equipe desenvolve alguma atividade de vigilância sanitária no município. Caso positivo, descrever qual é.
25. Vigilância epidemiológica. Anotar qual a proporção dos óbitos, nascimentos, e ocorrência de doenças notificáveis que ocorrem na população atendida pela equipe em que o evento é registrado na declaração apropriada (atestado de óbito, declaração de nascido vivo e notificação compulsória). "Todos os casos" significa 100%, excluindo raras exceções, "Alguns casos" significa que a equipe não consegue realizar todos, "Nenhum caso" quando a equipe nunca utilizou estes formulários na área de atuação. Considerar também "Todos os casos" quando a equipe tiver acesso aos formulários, mesmos que nunca tenha necessitado e utilizado.
26. Informações dos Agentes de Saúde. Se informações que os agentes de saúde devem coletar mensalmente foram enviadas à Secretaria Municipal de Saúde no mês anterior?
27. Análise das informações dos Agentes. Anotar se a equipe analisou os dados coletados pelos agentes da equipe no mês anterior, resultando numa programação de atividades para responder a algum problema detectado.
28. Temas de Sessões Educativas. Anotar os temas abordados nas sessões educativas conduzidas pela equipe durante as últimas 4 semanas. Se não houve sessão educativa, anotar "Não realizada".

29. Reuniões da Equipe. Anotar se a equipe se reúne com todos os seus membros para discutir e programar seu trabalho. Se tiver, indicar se os encontros são regulares ou não, e qual a sua frequência.
30. Relações da Equipe. Qualificar como "boas", "regulares" ou "ruins" as relações da equipe com os quatro grupos listados.
31. Referência. Indicar qual o procedimento mais comum para encaminhar pacientes para atendimento por outros profissionais. (Marcar somente um)
32. Contra-referência. Indicar qual a forma de contra-referência mais comum. (Marcar somente um)
33. Atividades inter-setoriais. Indicar se a equipe se envolve em alguma atividade inter-setorial, se articulando com ações de outras áreas (por exemplo, com educação, geração de renda, moradia, agricultura, cultura, etc.). Caso positivo, citar que atividades.

**QUESTIONÁRIO DO MÉDICO**  
(Orientações para o preenchimento)

- 1-2. Anotar o sexo e a idade.
3. Anotar o ano em que começou a trabalhar no Programa de Saúde da Família.
4. Anotar em quantos outros municípios (excluindo o atual) já trabalhou no PSF.
5. Anotar em números (dias, meses e anos) o tempo que já trabalha como membro da equipe atual do PSF.
- 6-8. Formação profissional. Anotar as informações a respeito da formação profissional - curso de graduação, residência médica/especialização, e curso de pós-graduação.
9. Capacitação para o PSF. Anotar se participou de algum treinamento específico para as equipes do PSF.
10. Dúvidas sobre pacientes. No caso de dúvidas técnicas no atendimento a casos da sua área, com que frequência não consegue uma fonte de informação para resolvê-las.
11. Plantão no hospital. Anotar se participa da escala de plantão do hospital do município.
12. Grau de preparação para diferentes necessidades. Para cada um dos itens listados, anotar com **X**, na coluna apropriada, como o médico avalia sua qualificação para realizar a atividade. "Boa" significa que desenvolve a atividade com confiança e com poucas dúvidas, sentindo-se atualizado nas condutas. "Média" significa que desenvolve a atividade, mas que surgem dúvidas com certa frequência para as quais nem sempre consegue encontrar uma resposta. "Insuficiente" significa que desenvolve a atividade, mas falta confiança, tem dúvidas frequentes, ou não se sente atualizado nas condutas. Se não desenvolve a atividade especificada dentro do seu trabalho na equipe, deve-se anotar somente "Não faço", não necessitando avaliar a sua qualificação.

**Opiniões sobre o PSF**

13. Benefícios do PSF. Anotar 3 benefícios que o trabalho da equipe traz para a população que atende, comparada com uma população que não tem o PSF.
14. Deficiências do PSF. Listar os 3 fatores que mais impedem que o PSF realize seu potencial para melhorar a saúde da população.
15. Necessidades de treinamento. Listar os 3 temas prioritários para capacitação da equipe do PSF.

**QUESTIONÁRIO DO ENFERMEIRO**  
(Orientações para o preenchimento)

1-2. Anotar o sexo e a idade.

3. Anotar o ano em que começou a trabalhar no Programa de Saúde da Família.

4. Anotar em quantos outros municípios já trabalhou no PSF. (Excluindo o atual)

5. Anotar em números (dias, meses e anos) o tempo que já trabalha como membro da atual equipe.

6-8. Formação profissional. Anotar as informações a respeito da formação profissional - curso de graduação, especialização em enfermagem, e curso de pós-graduação.

9. Capacitação para o PSF. Anotar se participou de algum treinamento específico para as equipes do PSF.

10. Dúvidas sobre pacientes. No caso de surgirem dúvidas técnicas no atendimento a casos da sua área, com que frequência não consegue uma fonte de informação para resolvê-las.

11. Grau de preparação para diferentes atividades. Para cada um dos itens listados, anotar com **X**, na coluna apropriada, como o enfermeiro avalia sua qualificação para realizar a atividade. "Boa" significa que desenvolve a atividade com confiança e com poucas dúvidas, sentindo-se atualizado nas condutas. "Média" significa que desenvolve a atividade, mas que surgem dúvidas com certa frequência para as quais nem sempre consegue encontrar uma resposta. "Insuficiente" significa que desenvolve a atividade, mas falta confiança, tem dúvidas frequentes, ou não se sente atualizado nas condutas. Se não desenvolve a atividade especificada dentro do seu trabalho na equipe, deve-se anotar somente "Não faço", não necessitando avaliar a sua qualificação.

**Opiniões sobre o PSF**

12. Benefícios do PSF. Anotar 3 benefícios que o trabalho da equipe traz para a população que atende, comparada com uma população que não tem o PSF.

13. Deficiências do PSF. Listar os 3 fatores que mais impedem que o PSF realize seu potencial para melhorar a saúde da população.

14. Necessidades de treinamento. Listar os 3 temas prioritários para capacitação da equipe do PSF.

**QUESTIONÁRIO DO AGENTE DE SAÚDE**  
(Orientações para o preenchimento)

- 1-2. Anotar o sexo e a idade do agente.
3. Em que ano começou a trabalhar como agente de saúde.
4. Em que ano começou a trabalhar juntamente com uma equipe do PSF.
5. Atividades do Agente. Anotar se suas atividades mudaram quando começou a fazer parte de uma equipe do PSF. Caso tenham mudado, descrever as novas atividades que faz.
6. Apoio ao Agente. Anotar se você se sente apoiado(a) na resolução dos problemas que encontra no seu trabalho, pela ajuda que tem dos outros membros da equipe.
7. Referência de Pacientes. Anotar se, como parte de uma equipe do PSF, você sente que os pacientes que encaminha, para atendimento, pelos outros profissionais (Médicos e Enfermeiros) são atendidos prioritariamente (em primeiro lugar), ou não.
8. Capacitação do Agente. Anotar se recebeu alguma capacitação neste ano (1997), realizada pela equipe do PSF. Se foi capacitado(a), indicar em qual (quais) assunto(s).
9. Supervisão em campo. Anotar se é acompanhado(a) no seu trabalho de visitas domiciliares, pelo menos 1 vez por mês, pelo enfermeiro ou médico.
10. Contato com os outros membros da Equipe. Indicar a frequência com que se encontra com os outros membros da equipe.

**QUESTIONÁRIO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
(Orientações para o preenchimento)

1. Número de equipes do PSF no Município.
  2. Data do início do trabalho da primeira equipe no Município.
  - 3-4. Em relação aos médicos e enfermeiros das equipes, indicar se:
    - Têm vínculo empregatício (carteira assinada)
    - Têm dedicação exclusiva (trabalha 40 hs semanais na equipe do PSF de uma mesma comunidade)
    - Salário mensal (Incluindo a produção do SUS e a complementação da prefeitura)
    - Moram na sua área de trabalho. (se os profissionais permanecem, inclusive dormem, na comunidade onde trabalham, pelo menos 4 dias da semana).
  5. Parto nos Distritos. Anotar se acha que a equipe do PSF deve realizar partos numa unidade de saúde no distrito, ou não. Justifique sua resposta.
- Opiniões sobre o PSF:
6. Benefícios do PSF. Anotar 3 benefícios que o trabalho da equipe traz para a população que atende, comparada com uma população que não tem o PSF.
  7. Deficiências do PSF. Listar os 3 fatores que mais impedem que o PSF realize seu potencial para melhorar a saúde da população.
  8. Atividades não-realizadas. Listar até 3 atividades que as equipes deveriam realizar, mas que não são realizadas. Explicar os motivos pelas quais não são realizadas.
  9. Necessidades de treinamento. Listar na sua opinião, quais os 3 temas em que as equipes precisam de capacitação para melhorar a qualidade de seu atendimento.

**INFORMAÇÕES DA EQUIPE**

Município: \_\_\_\_\_

Equipe Nº: \_\_\_\_\_

*Gostaríamos de saber como está funcionando o Programa de Saúde da Família. Pedimos que a equipe preencha conjuntamente este questionário. Todas as informações serão mantidas estritamente confidenciais. Sua participação é de grande importância para que o PSF possa ser aperfeiçoado.*

1. Composição da Equipe. Indicar o **número** de profissionais na equipe, por categoria.

1- Médico \_\_\_\_\_

2- Enfermeiro \_\_\_\_\_

3- Aux. de Enfermagem \_\_\_\_\_

4- Ag. de Saúde \_\_\_\_\_

5- Outros (Especificar): \_\_\_\_\_

2. Número de famílias acompanhadas pela equipe: \_\_\_\_\_

3. A maioria das famílias acompanhadas pela equipe mora:

1- Na sede do município \_\_\_\_\_

2- Na área urbana de distritos do município \_\_\_\_\_

3- Na área rural de distritos do município \_\_\_\_\_

4. A equipe tem um mapa da sua área de atuação?

1- Sim \_\_\_

2- Não \_\_\_

5. A equipe tem um cadastro geral listando, em conjunto, as famílias e seus membros?

1- Sim \_\_\_

2- Não \_\_\_

6. A equipe mantém um prontuário para as famílias (ou pessoa)?

1- Sim \_\_\_

2- Não \_\_\_

6a. Se a equipe adotou um formulário para o prontuário familiar, anexe uma cópia.

7. Quando foi implantada a primeira equipe do PSF para esta população?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mês    Ano

8. Alguém da equipe atual participou de um seminário de territorialização?

1- Sim \_\_\_

2- Não \_\_\_

8.1. Se sim, houve alguma ação implementada como resultado deste seminário?

1- Sim \_\_\_

2- Não \_\_\_

Se houve alguma ação, especificar: \_\_\_\_\_

9. Para a população atendida pela equipe, indicar se a atividade listada **já era realizada** antes da chegada da primeira equipe do PSF, **começou a ser realizada** com a chegada da equipe, ou se **ainda não é realizada**, na área de atuação da equipe.

Atividade	Já era Realizada	Começou a ser realizada	Ainda não é realizada
Pré-natal - Consulta de enfermagem			
Pré-natal - Consulta médica			
Pré-natal - Vacinação com toxóide tetânico			
Pré-natal - Utilização do Cartão da Gestante			
Pré-natal - Dispensação do sulfato ferroso			
Pré-natal - Avaliação do estado nutricional da gestante			
Assistência à Puérpera - Consulta de enfermagem			
Assistência à Puérpera - Consulta médica			
Criança - Consulta médica			
Criança - Consulta de enfermagem			
Criança - Imunização			
Criança - Utilização do Cartão da Criança			
Criança - Programa Leite é Saúde (Suplementação Alimentar)			
Adolescente - Consulta médica			
Adolescente - Consulta de enfermagem			
Exame ginecológico, feito por médico			
Exame ginecológico, feito por enfermeiro			
Planejamento Familiar - Consulta médica			
Planejamento Familiar - Consulta de enfermagem			
Planejamento Familiar - Inserção de DIU			
Pequenas cirurgias (sutura, drenagem de abscesso, etc.)			
Adulto - Consulta médica			
Adulto - Consulta de enfermagem			
* Hipertensão - Diagnóstico , Tratamento e Busca ativa de casos			
* Diabetes - Diagnóstico, Tratamento e Busca ativa de casos			
* DST - Diagnóstico , Tratamento e Busca ativa de casos			
DST - Investigação de contatos e aconselhamento de pacientes de risco			
* Hanseníase - Diagnóstico, Tratamento e Busca ativa de casos			
* Tuberculose - Diagnóstico, Tratamento e Busca ativa de casos			

\* Nestes casos, no lugar de "X" colocar: "D" para diagnóstico, "T" para tratamento e "B" para busca ativa.

10. A equipe desenvolve alguma atividade específica para o adolescente?

- 1- Sim \_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_  
 2- Não \_\_\_

11. A equipe desenvolve alguma atividade específica para o idoso?

- 1- Sim \_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_  
 2- Não \_\_\_

12. Para os dois expedientes (manhã e tarde) dos dias da semana anterior, anote o código (ver abaixo) das atividades em que participaram os diferentes membros da equipe.

- AT** = Atendimento clínico                      **EDU** = Sessão educativa  
**VIS** = Visita Domiciliar                      **DM** = Atividade administrativa/gerencial  
**COM** = Reunião com a comunidade        **SUP** = Atividade de supervisão em campo  
**EQ** = Reunião da equipe                      **CAP** = Atividade de capacitação

		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Médico	Manhã					
	Tarde					
Enfermeiro	Manhã					
	Tarde					
Agentes	Manhã					
	Tarde					
Auxiliar de Enfermagem	Manhã					
	Tarde					

Se houverem outros tipos de atividades, ou em outros horários, especificar por extenso:

13. Indicar com **X** quais os locais utilizados para as atividades da equipe. (Pode marcar mais de uma resposta.)

- \_\_\_ Hospital  
 \_\_\_ Centro de saúde  
 \_\_\_ Posto de saúde  
 \_\_\_ Centro comunitário, escola ou creche, etc.  
 \_\_\_ Domicílio (considerar somente as atividades realizadas em uma residência, que não sejam visitas domiciliares)  
 \_\_\_ Outro local - Especificar: \_\_\_\_\_

14. Na sua programação mensal, a equipe atende pacientes em outras localidades, além da sede do distrito?

- 1- Sim - Em quantas localidades diferentes? \_\_\_\_\_  
 2- Não

015. Na sua unidade de atendimento, qual o método para esterilização do instrumental?

(Marcar somente o mais utilizado)

- Estufa  
 Panela de Pressão  
 Autoclave  
 Esterilização química  
 Não se faz esterilização do instrumental nesta unidade (Se não faz, onde é esterilizado): \_\_\_\_\_

16. Indicar com X os materiais que a equipe dispõe rotineiramente quando se desloca para atendimento da população?

- Estetoscópio  
 Tensiómetro  
 Otoscópio  
 Oftalmoscópio  
 Vacinas  
 Ambú  
 Outro (Especificar): \_\_\_\_\_
- Balança de adulto portátil  
 Balança infantil portátil  
 Material para pequena cirurgia/parto  
 Glicosímetro  
 Aparelho de aerosol  
 Kit para emergências (medicamentos, soro, etc.)

17. Quanto do seguinte material a equipe dispõe quando se desloca para atendimento da população?

	Tem suficiente	Tem insuficiente	Não tem
Medicamentos básicos	_____	_____	_____
Material educativo para a população	_____	_____	_____
Formulários e fichas de atendimento	_____	_____	_____

18. Indicar quais os materiais que a equipe dispõe para sessões educativas:

- Cartazes e folhetos  
 Album seriado - Especificar assunto(s): \_\_\_\_\_  
 TV e vídeo  
 Outros (Especificar): \_\_\_\_\_

19. Com que frequência as atividades programadas não são cumpridas por falta de:

	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente
Transporte?	_____	_____	_____
Medicamentos?	_____	_____	_____
Outros insumos/equipamentos?	_____	_____	_____

20. A equipe tem um transporte específico a sua disposição? 1-Sim \_\_\_ 2-Não \_\_\_

21. Qual a possibilidade, nas atividades dos distritos, de solicitar exames essenciais para diagnósticos tais como:

	Total	Parcial	Nenhuma
Exames de sangue (hemograma, glicemia, etc.)	_____	_____	_____
Sumário de urina	_____	_____	_____
Cultura (urina, etc.)	_____	_____	_____
Exame parasitológico de fezes	_____	_____	_____
Raios X (torax, para fraturas, etc.)	_____	_____	_____
Ultrassom (gestante de risco, etc.)	_____	_____	_____
Colposcopia	_____	_____	_____

22. Qual a disponibilidade de medicamentos essenciais para as famílias que a equipe atende .

	Boa	Regular	Ruim
Antibióticos	___	___	___
Ferro	___	___	___
Contraceptivos	___	___	___
Anti-hipertensivos	___	___	___
Vitamina A	___	___	___

23. Quando disponíveis, os medicamentos prescritos são dados ao paciente no momento do atendimento?

1- Sim \_\_\_ 2- Não \_\_\_

24. A equipe desenvolve alguma atividade específica de vigilância sanitária (de alimentos, de medicamentos, de água e saneamento)?

1- Sim \_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

2- Não \_\_\_

25. Com relação à população atendida pela equipe, em que proporção dos casos é preenchido, quando necessário:

	Todos os casos	Alguns casos	Nenhum caso
a. Atestado de óbito?	___	___	___
b. Declaração de nascido vivo?	___	___	___
c. Notificação obrigatória de doenças?	___	___	___

26. A estatística mensal dos agentes de saúde da sua equipe foi enviada a Secretaria Municipal de Saúde no mês anterior?

1- Sim \_\_\_ 2- Não \_\_\_

27. A equipe analisou estas informações do mês anterior e tomou alguma conduta em função delas?

1- Não analisou \_\_\_

2- Analisou, mas não tomou nenhuma conduta \_\_\_

3- Analisou e tomou conduta \_\_\_ (Especificar): \_\_\_\_\_

28. Listar os temas tratados nas 3 últimas sessões educativas :

---



---



---

29. A equipe se reúne regularmente para discutir e programar seu trabalho?

1- A equipe não se reúne para discutir seu trabalho

2- A equipe se reúne, mas sem regularidade

3- A equipe se reúne regularmente - A cada quantos dias? \_\_\_\_\_

30. Como a equipe qualifica suas relações com:

	Boas	Regulares	Ruins
a. As outras equipes do PSF no município?	___	___	___
b. Os médicos que trabalham na sede do município (Que não sejam do PSF)	___	___	___
c. Os membros do Conselho Municipal de Saúde?	___	___	___

31. Como a equipe faz o encaminhamento de pacientes que precisam de atendimento especializado ou internamento?

- 1- Orienta verbalmente o paciente onde procurar o atendimento \_\_\_\_
- 2- Encaminha o paciente com uma solicitação escrita de atendimento \_\_\_\_
- 3- Encaminha o paciente com um relato completo do caso (formulário padrão oficial)
- 4- Outra forma \_\_\_\_ (Especificar): \_\_\_\_\_

32. Dos pacientes que a equipe encaminha, que informações são recebidas como contra-referência sobre o atendimento?

- 1- Informações relatadas verbalmente pelo paciente \_\_\_\_
- 2- Relato escrito do atendimento e das providências tomadas \_\_\_\_
- 3- Não recebe nenhuma informação \_\_\_\_
- 4- Outra forma \_\_\_\_ (Especificar): \_\_\_\_\_

33. A equipe se envolve em outras atividades na comunidade - por exemplo, relacionadas a educação, moradia, agricultura, geração de renda, etc?

- 1- Sim (Especificar): \_\_\_\_\_
- 2- Não \_\_\_\_



12. Anotar com **X** como você avalia sua qualificação para realizar as seguintes atividades.

Atividade	Boa	Média	Insuficiente	Não faço
Assistência pré-natal				
Atendimento ao parto				
Avaliação e estimulação do desenvolvimento infantil				
Orientação técnica sobre o aleitamento materno				
Avaliação do estado nutricional da criança				
Orientação nutricional para o desnutrido				
Tratamento da diarreia infantil				
Exame do ouvido médio				
Tratamento de infecções respiratórias agudas - IRAs				
Prevenção de acidentes na infância				
Educação sexual do adolescente				
Aconselhamento sobre métodos de Planejamento Familiar				
Inserção de DIU				
Prevenção do fumo e de outras drogas				
Tratamento do alcoolismo				
Diagnóstico e tratamento da tuberculose*				
Diagnóstico e tratamento da hanseníase*				
Diagnóstico e tratamento da hipertensão*				
Diagnóstico e tratamento de diabetes*				
Diagnóstico e tratamento de DSTs*				
Aconselhamento para o exame de HIV				
Pequenas cirurgias (suturas, drenagem de abscesso)				
Exame de mama para o diagnóstico de câncer				
Exame ginecológico				
Diagnóstico e tratamento de cataratas				
Aconselhamento e terapia para menopausa				
Diagnóstico e tratamento de doenças psiquiátricas *				
Diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares*				

\*Nestes casos em lugar do X colocar "D" para diagnóstico e "T" para tratamento.

**Opiniões sobre o PSF**

13. Na sua opinião quais os 3 benefícios mais importantes que o trabalho da sua equipe traz para a população, em comparação a uma população sem uma equipe do PSF?

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_

14. Na sua opinião quais as 3 limitações ou dificuldades mais importantes que impedem um melhor funcionamento do PSF no seu município? (Seja tão específico quanto possível.)

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_

15. Na sua opinião, em que áreas as equipes do PSF precisam de oportunidades de treinamento ou capacitação, prioritariamente?

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DOS ENFERMEIROS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Município: \_\_\_\_\_

Equipe Nº: \_\_\_\_\_

*Gostaríamos de saber como está funcionando o Programa de Saúde da Família para que se possa aperfeiçoá-lo. Pedimos que preencha este questionário sobre você e sua atuação dentro da equipe. Todas as informações serão mantidas estritamente confidenciais. (A identificação do município e do Nº da equipe é somente para poder analisar conjuntamente os diferentes questionários da mesma equipe.) Sua participação é de grande importância para que o PSF possa ser aperfeiçoado.*

1. Sexo: 1- Masculino \_\_\_ 2- Feminino \_\_\_

2. Idade: \_\_\_ anos

3. Desde que ano trabalha como membro de uma equipe do PSF? 19\_\_ \_\_

4. Em quantos outros municípios já trabalhou como membro de uma equipe do PSF? \_\_\_\_\_  
(Excluindo o município atual)5. Há quanto tempo trabalha na sua equipe atual do PSF?  
(Especificar em números) \_\_\_ dias \_\_\_ meses \_\_\_ anos

6. Instituição onde se formou: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

7. Fez curso de especialização em enfermagem?

1- Sim \_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

2- Não \_\_\_

8. Fez algum curso na área de Saúde Pública (especialização, mestrado, doutorado)?

1- Sim: \_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

2- Não \_\_\_

9. Teve alguma capacitação específica para o Programa de Saúde da Família?

1- Sim: \_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

2- Não \_\_\_

10. Com que frequência você tem dúvidas técnicas sobre algum caso e não dispõe de fontes de informação para tirá-las?

1- Raramente \_\_\_

2- Ocasionalmente \_\_\_

3- Frequentemente \_\_\_

11. Anotar com **X** como você avalia sua qualificação para realizar as seguintes atividades .

Atividade	Boa	Média	insuficiente	Não faço
Assistência pré-natal				
Avaliação do estado nutricional da gestante				
Atendimento ao parto				
Avaliação e estimulação do desenvolvimento infantil				
Orientação técnica sobre aleitamento materno				
Orientação para a prevenção da hipovitaminose A				
Avaliação do estado nutricional da criança				
Orientação nutricional para o desnutrido				
Orientação para a prevenção de acidentes na infância				
Orientação e acompanhamento de casos de diarreia infantil				
Orientação e acompanhamento de infecções resp. agudas				
Educação sexual do adolescente				
Aconselhamento sobre métodos de planejamento familiar				
Prevenção do fumo e de outras drogas				
Aconselhamento de casos de alcoolismo				
Identificação e acompanhamento de casos de tuberculose				
Identificação e acompanhamento de casos de hanseníase				
Identificação e acompanhamento de casos de hipertensão				
Identificação e acompanhamento de casos de diabetes				
Identificação e acompanhamento de casos de DSTs				
Aconselhamento para o exame de HIV				
Orientação para a prevenção de D. Cardiovascular				
Orientação sobre auto-exame de mama				
Exame ginecológico				
Aconselhamento para menopausa				
Orientação de famílias com problemas de saúde mental				

**Opiniões sobre o PSF**

12. Na sua opinião quais os 3 benefícios mais importantes que o trabalho da sua equipe traz para a população que atende, em relação a uma população sem uma equipe do PSF?

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_

13. Na sua opinião quais as 3 limitações ou dificuldades mais importantes que impedem um melhor funcionamento do PSF no seu município? (Seja tão específico quanto possível.)

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_

14. Na sua opinião, em que áreas as equipes do PSF precisam de oportunidades de treinamento ou capacitação, prioritariamente?

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_



### INFORMAÇÕES DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Município: \_\_\_\_\_ Data: (Mês/Ano) \_\_\_/\_\_\_

*Gostaríamos de saber como está funcionando o Programa de Saúde da Família. Pedimos que preencha este questionário sobre o funcionamento das equipes no município. Todas as informações serão mantidas estritamente confidenciais. Sua participação é fundamental para sabermos como melhorar o Programa.*

1. Quantas equipes do PSF existem atualmente no município? \_\_\_\_\_
2. Quando o PSF foi implantado no município? Mês/Ano - \_\_\_/\_\_\_
3. Com relação aos **médicos** das equipes do PSF:
  - 3.1. Qual a forma de ingresso na equipe?
    - 1- Concurso público \_\_\_\_\_
    - 2- Prestação de serviço \_\_\_\_\_
    - 3- Cooperativa \_\_\_\_\_
    - 4- Outro \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_
  - 3.2. Têm vínculo empregatício (carteira assinada)? 1- Sim \_\_\_ 2- Não \_\_\_
  - 3.3. Têm dedicação exclusiva (40 hs na área de atuação)? 1- Sim \_\_\_ 2- Não \_\_\_
  - 3.4. Salário mensal? R\$ \_\_\_\_\_
  - 3.5. Moram nas comunidades onde trabalham? 1- Sim \_\_\_ 2- Não \_\_\_
4. Com relação aos **enfermeiros** das equipes do PSF:
  - 4.1. Qual a forma de ingresso na equipe?
    - 1- Concurso público \_\_\_\_\_
    - 2- Prestação de serviço \_\_\_\_\_
    - 3- Cooperativa \_\_\_\_\_
    - 4- Outro \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_
  - 4.2. Têm vínculo empregatício (carteira assinada)? 1- Sim \_\_\_ 2- Não \_\_\_
  - 4.3. Têm dedicação exclusiva (40 hs na comunidade)? 1- Sim \_\_\_ 2- Não \_\_\_
  - 4.4. Salário mensal? R\$ \_\_\_\_\_
  - 4.5. Moram nas comunidades onde trabalham? 1- Sim \_\_\_ 2- Não \_\_\_
5. Na sua opinião, a equipe deveria realizar partos numa unidade de saúde no distrito? 1- Sim 2- Não  
 Se não, porque: \_\_\_\_\_

**Opiniões sobre o PSF**

6. Na sua opinião quais os 3 benefícios mais importantes que o trabalho das equipes traz para a população que atende, em relação a uma comunidade sem uma equipe do PSF?

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_

7. Na sua opinião quais as 3 limitações ou dificuldades mais importantes que impedem um melhor funcionamento do PSF no seu município?  
(Seja tão específico quanto possível.)

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_

8. Quais as atividades que as equipes deveriam realizar, mas que não realizam? Porque?

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_

9. Em que áreas as equipes precisam de capacitação para oferecerem uma melhor qualidade de atendimento?

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_

## **Anexo 5**

### **RESUMO DOS DADOS ENCONTRADOS NO ESTUDO**

Os resultados do estudo sobre a estrutura e o funcionamento do PSF no Ceará conduziram às seguintes constatações:

1. Os médicos e enfermeiros do PSF foram, na grande maioria das vezes, admitidos como prestadores de serviço (95,1% e 93,9% respectivamente), não possuindo vínculo empregatício com a prefeitura para a qual trabalhavam.
2. A grande maioria dos profissionais do PSF (85,2% dos médicos e 92,1% dos enfermeiros) dedicava tempo integral ao programa.
3. Foi encontrado que a média de salário dos médicos era de R\$ 3.585,00 e a dos enfermeiros de R\$ 1.512,00.
4. Mais enfermeiros (41,7%) que médicos (26,3%) residiam nas localidades onde trabalhavam.
5. A maioria dos médicos era do sexo masculino (67,1%) e a grande maioria dos enfermeiros do sexo feminino (86,6%).
6. A média de idade dos médicos (36 anos) foi superior a dos enfermeiros (30 anos).
7. Uma proporção maior de médicos (38%) do que de enfermeiros (24,5%) havia trabalhado, até a data da pesquisa, em 2 ou mais municípios, excluindo o atual.
8. Somente 41,1% dos médicos que estavam trabalhando no PSF haviam se formado no Ceará. O restante tinha concluído o curso de medicina em outros 13 estados brasileiros e no Distrito Federal. A maioria dos enfermeiros (78,1%) havia se formado no Ceará.

9. Uma proporção de 29,5% dos médicos havia cursado uma residência e 30,8% dos enfermeiros participaram de curso de especialização.
10. Somente 56,8% dos enfermeiros e 43,5% dos médicos tinham participado de uma capacitação específica sobre o PSF.
11. Praticamente só mulheres ( 92,5%) integravam as equipes do PSF como agentes de saúde. A média de idade dos agentes foi de 35 anos.
12. Uma proporção de 73,1% dos agentes passou a realizar novas atividades após o início do PSF. 67% deles se sentiam bem apoiados pelos outros membros da equipe, inclusive com os pacientes encaminhados pelos mesmos sendo atendidos prioritariamente.
13. Mais de dois terços dos agentes (76%) receberam treinamento no ano de 1997 por intermédio de outros profissionais da equipe. 74,5% dos agentes informaram contar com a companhia de um outro membro da equipe durante as visitas domiciliares, pelo menos uma vez ao mês.
14. A maioria dos agentes (70%) se encontrava com os outros membros da equipe pelo menos a cada 15 dias.
15. A grande maioria das equipes contava com pelo menos um médico (94,6%) e um enfermeiro (97,9%). Somente 14,3% das equipes não possuíam auxiliar de enfermagem e 67% tinham até dez agentes de saúde.
16. A média de famílias acompanhadas por equipe foi de 1.254, sendo que 40,5% das equipes acompanhavam mais de 1.100 famílias, cada uma.
17. Uma proporção de 72,2% das equipes informou atender um maior número de famílias da área rural e 64,7% das equipes realizavam atendimento em mais de cinco localidades da sua área de atuação.

18. A maioria das equipes possuía um mapa da sua área de atuação (75,4%), cadastro geral das famílias (75,3%) e utilizava prontuário familiar (72,2%).
19. As atividades que já eram realizadas, em mais de 50% das áreas, antes do início do PSF eram : vacinação da gestante com toxóide tetânico e das crianças com o esquema básico, além da utilização do cartão da gestante e da criança.
20. As atividades que passaram a ser realizadas, em mais da metade das áreas, após o início do PSF foram: a consulta médica e de enfermagem para a gestante, a puérpera, a criança, o adolescente e para o planejamento familiar; a consulta de enfermagem para o adulto; a dispensação do sulfato ferroso e a avaliação do estado nutricional da gestante; O programa “Leite é saúde” e o atendimento regular a casos de hipertensão, diabetes, DSTs, hanseníase e tuberculose.
21. As atividades que ainda não eram realizadas em mais de 50% das áreas, no momento do estudo eram : o exame ginecológico feito por médico e a inserção de DIU.
22. Uma proporção de 45,5% das equipes realizava atividades específicas para adolescentes, 34% desenvolviam atividades voltadas para idosos e 46,9% de vigilância sanitária.
23. Os enfermeiros eram os membros da equipe que mais realizavam atividades administrativo-gerenciais.
24. Foi encontrado que a estufa era o principal método de esterilização utilizado pelas equipes.
25. Mais de 50% das equipes contavam com os seguintes equipamentos quando se deslocavam para realizar atendimento fora da unidade de saúde: estetoscópio, tensiômetro, otoscópio, vacinas e kit para emergência.

26. Somente 27% das equipes informaram dispor de medicamentos básicos em quantidade considerada suficiente, por seus membros.
27. Mais de 50% das equipes informaram ser possível solicitar os seguintes exames quando se deslocavam para atendimento em outras localidades, além da sede do distrito: hemograma , glicemia, parasitológico de fezes, sumário de urina.
28. Uma proporção de 71,6% das equipes possuía um carro específico a sua disposição
29. Praticamente todas as equipes ( 99,3%) haviam enviado a estatística produzida pelos agentes de saúde para a secretaria municipal de saúde, no mês anterior ao da realização do estudo. 71,4% das equipes tinham analisado estes dados e tomado alguma providência para enfrentar os problemas encontrados.
30. Somente uma proporção de 33,8% das equipes informou que se reunia, pelo menos a cada oito dias, para discutir e programar o trabalho.
31. A grande maioria das equipes ( 94,5%) informou que encaminhava os pacientes, para outros serviços de saúde, com uma solicitação escrita de atendimento ou um relato completo do caso.
32. Somente 13,4% das equipes informaram receber um relato escrito do atendimento aos pacientes encaminhados aos serviços de saúde de referência.
33. Pouco mais da metade das equipes (57,5%) se envolviam em outras atividades na comunidade, além do setor saúde.
34. Na opinião dos secretários municipais de saúde, médicos e enfermeiros do PSF os principais benefícios do programa, até a data do estudo eram: a melhoria do acesso a serviços básicos de saúde, da relação da equipe de saúde com os pacientes e dos indicadores sanitários.

35. Segundo depoimento dos técnicos citados acima , as principais dificuldades até então identificadas eram: as más condições físicas das unidades de saúde, a falta de transporte e difícil acesso para algumas localidades, a inadequada capacitação dos profissionais para trabalharem no programa e a quantidade insuficiente de medicamentos.

## Anexo 6

### RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES

A partir dos dados encontrados e da análise dos mesmos recomenda-se:

- 1- Que a forma de seleção dos profissionais do PSF seja o concurso público, encontrando-se um método de avaliação que permita aferir, não somente a qualificação, mas também a aptidão para o tipo de atividade que é realizada no programa.
- 2- Que a contratação dos profissionais seja feita através do regime jurídico único, porém a curto prazo, enquanto o número de médicos dispostos a trabalhar no programa for inferior ao número de vagas, sugere-se que os mesmos sejam selecionados através de uma entrevista e a contratação seja feita por meio de cooperativas, associações ou como cargos comissionados municipais, criados especificamente para o PSF.
- 3- Que os profissionais dediquem 40 horas semanais ao programa, trabalhando em uma mesma comunidade, devendo ser permitido ao médico e ao enfermeiro dar plantão noturno no hospital do município.
- 4- Com relação aos salários, propõe-se que instâncias como as bipartites regionais definam, pelo menos, tetos mínimos compatíveis com a realidade do mercado local e recomendem aos prefeitos que não sejam pagos valores inferiores. Sugere-se ainda que os profissionais atendendo em lugares muito distante da sede do município e/ ou que residam na localidade onde trabalham recebam um

salário superior aos demais. Recomenda-se ainda que o Governo Estadual participe , como mediador, do processo de definição e negociação dos salários visando evitar o que ocorreu no início do ano de 1998 quando um número razoável de profissionais que estavam trabalhando no PSF , em municípios do interior, foi selecionado para o programa de Fortaleza. O Governo do Estado deveria , inclusive, apoiar financeiramente os municípios com maior dificuldade para conseguir médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem em virtude das limitações financeiras do poder municipal, das condições de vida e distância da capital, de forma a reduzir as disparidades regionais.

- 5- O fortalecimento da cooperativa estadual dos profissionais do PSF para que possa participar das negociações, além do processo de educação continuada, de troca de experiências e de aperfeiçoamento do programa.
- 6- Que não seja exigido, podendo entretanto ser estimulado , que os profissionais do PSF morem na comunidade onde trabalham. Recomenda-se, entretanto, que os profissionais residam no município ou, em casos excepcionais, em outra cidade muito próxima , de modo a não comprometer o cumprimento dos compromissos assumidos com a comunidade.
- 7- Evitar que hajam constantes substituições dos profissionais, sendo necessário o pagamento de salários justos, sempre em dia , condições de trabalho adequadas e uma boa organização do trabalho.
- 8- Aprofundar os estudos sobre a necessidade e possibilidade de ampliação do número de vagas do curso de medicina e até de criação de um novo curso no interior do Estado.

- 9- Que “saúde da família” seja uma disciplina a permear todos os cursos da área de saúde. A curto prazo sugere-se uma revisão e adequação dos cursos introdutórios em saúde da família e do curso de especialização realizado pela ESP, tendo como base, além das pesquisas já realizadas pela Escola, também este estudo. Deve-se implementar todas as medidas para que, no menor prazo possível, todos os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem sejam treinados com a filosofia deste novo modelo de atenção. Propõe-se agilizar as providências para o início da residência em medicina e enfermagem de família, inclusive com o remanejamento de algumas vagas de residência, patrocinada pelo poder público, para a área de saúde da família.
- 10- Que seja feito um novo levantamento com relação aos profissionais que cursaram residência médica em especialidades não consideradas como básicas, desta vez com possibilidade de identificação do respondente, e tentativa de lotação dos mesmos (caso estejam de acordo) em serviços de referência da micro região. O mesmo procedimento deve ocorrer com os enfermeiros que cursaram uma especialização mais adequada aos serviços de maior complexidade.
- 11- Padronizar em nível Estadual que os pacientes encaminhados pelos agentes de saúde sejam atendidos prioritariamente pelos outros membros da equipe.
- 12- Que além da equipe básica, a curto prazo, seja viabilizada a inclusão de um técnico de higiene dental-THD em cada equipe e que exista um odontólogo apoiando cada duas equipes. A médio prazo recomenda-se colocar a disposição das equipes, o trabalho de outros profissionais como assistentes sociais,

nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e farmacêuticos para o apoio a comunidade.

- 13- Que o número de agentes por equipe permaneça em torno de dez, porém não deve haver nenhuma equipe acompanhando mais de 4.500 pessoas, sempre se buscando reduzir este número para cerca de 1.500. Sugere-se realizar a adscrição de famílias por equipe de modo a que haja uma menor quantidade de pessoas sob a responsabilidade dos profissionais da área rural do que aqueles que atuam nas áreas urbanas.
- 14- Continuar priorizando as comunidades das áreas rurais , não somente por possuírem piores indicadores de saúde , mas também pela maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.
- 15- Que sejam melhoradas as condições físicas e de material das unidades de atendimento das equipes e que se evite o atendimento clínico em lugares inadequados. Os deslocamentos para outras localidades, além da sede do distrito, devem ter como objetivo a realização de reuniões com a comunidade, além de visitas domiciliares aos casos indicados pelos agentes. Sugere-se ainda que a visita domiciliar do profissional médico seja limitada a alguns casos, tais como: pacientes que não têm condições de deambular, aqueles em regime de internação domiciliar, puérperas e recém nascidos durante a primeira semana após o parto, além de pacientes muito idosos.
- 16- Que os municípios sejam divididos em áreas descentralizadas de saúde que podem ter uma ou mais equipes, dependendo da população. Todas estas áreas devem passar pelo processo de territorialização, com diagnóstico e plano de ação local elaborado com a efetiva participação da comunidade.

- 17- Que todas as equipes possuam um mapa de sua área de atuação, que cadastrem todas as famílias, identificando os grupos mais vulneráveis, e mantenham um prontuário para cada uma delas. Recomenda-se que os dados produzidos pelas equipes sejam informatizados devendo ser implantado em todos os municípios o Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB, com a ajuda da Secretaria da Saúde do Estado e Ministério da Saúde.
- 18- Com relação as atividades realizadas pelas equipes, sugere-se que a equipe da Secretaria da Saúde do Estado analise junto a cada município, onde a situação ocorrer, as estratégias de implantação, devendo ser garantido por parte do Governo Estadual a capacitação necessária e negociado , junto ao poder público federal, apoio financeiro para a adequação das áreas físicas, aquisição de equipamentos e transporte, sempre com a participação de uma contra partida municipal. O Governo do Estado deve prover ainda assessoria técnica para a organização dos serviços.
- 19- No caso específico das atividades voltadas para os adolescentes, sugere-se que haja uma forte integração com as escolas locais. Para a realização de um programa de exercícios físicos na comunidade, especialmente para idosos, propõe-se uma articulação com os professores de educação física do município.
- 20- Que seja definido claramente de quem é a responsabilidade de aquisição dos medicamentos básicos e que esta compra e distribuição sejam feitas de forma regular.
- 21- Que na sede de cada município haja um laboratório com capacidade mínima para realizar hemograma completo, sumário de urina , glicemia, VDRL, tipagem sanguínea, além de um serviço de raio-x e colposcopia. Exames mais

complexos como ultra-sonografia e outros devem ser viabilizados para todos aqueles pacientes que necessitem, podendo inclusive ser realizados em outros serviços de referência da região, devendo para isso ser providenciada a contratação do serviço pela prefeitura e providenciado o transporte para os pacientes.

- 22- Que as equipes analisem a estatística produzida pelos agentes (inclusive acompanhando a qualidade do preenchimento) devendo contar para isto com a participação de lideranças da comunidade e representantes de outros setores. Em seguida devem ser encaminhadas providências concretas para a solução dos problemas encontrados.
- 23- Que as equipes encaminhem todos os pacientes com um relato escrito do caso e que orientem o cliente e seus familiares para solicitarem informações, também por escrito, do atendimento prestado.
- 24- Que as equipes incluam nos seus planos de ação local uma série de atividades intersetoriais, não podendo estas atividades ficar dependendo de situações ocasionais. Sugere-se ainda que todas as equipes do PSF conheçam, com detalhe, a proposta da Organização Mundial de Saúde de municípios saudáveis, além das experiências bem sucedidas nesta área. A criação do conselho distrital de saúde, com a participação efetiva de representantes de outros setores, poderá contribuir para uma maior participação popular e articulação intersetorial.
- 25- Que a curto prazo os partos sejam realizados na sede dos municípios, entretanto é fundamental que as equipes do PSF identifiquem as gestantes de maior risco, que verifiquem a possibilidade das mesmas se hospedarem na sede no período

próximo a data provável do parto para evitar uma complicação no distrito , sem condições de transferência imediata da paciente.

Finalmente é importante ressaltar a necessidade de se criar mecanismos concretos de participação da comunidade no programa, a curto prazo através de um grande programa de divulgação sobre os princípios do mesmo e sobre a importância de uma colaboração efetiva da comunidade e posteriormente por meio de uma capacitação específica para as equipes sobre mobilização e organização comunitária.

Propõe-se também a realização de um grande seminário, envolvendo representantes das esferas federal, estadual e municipais, representação dos profissionais, dos agentes de saúde, das comunidades e das entidades de classe, ocasião em que os dados deste estudo seriam apresentados para que outras propostas de solução sejam elaboradas através de um grande processo de participação.