

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA

CÉLIA MÁRCIA BIRCHLER

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E INTERAÇÕES POR
CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO AMBULATORIAL:
RELAÇÃO PRODUZIDA NO CAMPO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.**

VITÓRIA
2007

CÉLIA MÁRCIA BIRCHLER

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E INTERNAÇÕES POR
CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO AMBULATORIAL:
RELAÇÃO PRODUZIDA NO CAMPO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Duarte Lima.

VITÓRIA

2007

CÉLIA MÁRCIA BIRCHLER

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E INTERAÇÕES POR
CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO AMBULATORIAL:
RELAÇÃO PRODUZIDA NO CAMPO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em de de 2007.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Rita de Cássia Duarte Lima.
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^o Dr^o Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense/RJ

Prof^a Dr^a Maria Del Carmem Bisi Molina
Universidade Federal do Espírito Santo

Dedico este trabalho a todas as crianças, percebidas
como as maiores vítimas da desigualdade social.
Dedico ainda, ao meu pai, hipertenso, vítima fatal de
um AVC aos 49 anos de idade.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela vida, pela força que me fez sempre acreditar que conseguiria;

Aos meus filhos, Murillo e Amanda, pelo prazer proporcionado pela simples existência, e por terem perdoado a ausência, mesmo sem compreendê-la;

Ao meu marido, Marcelo, pelo humor que ajudou a superar os momentos mais difíceis e por ter se superado como pai e companheiro;

À minha família, mãe, irmãos, cunhada, sobrinhos, pelo apoio incondicional, pois mesmo sem terem total compreensão dos passos, nunca deixaram de acompanhá-los;

À minha orientadora Dr^a Rita de Cássia, pela preocupação em me manter no eixo, sem a qual não seria possível concluir este projeto;

Aos meus amigos e professores do mestrado, pela caminhada compartilhada;

Aos meus amigos da SESA, Moysés, Cirlene, Camila, Beth Azoury, Elizabeth Madeira, Joanna, Tânia Mara, Marcello Dalla, Ipojucam, Glória, Wallace, Andréa, Nazareth, Rosiane, Waldir, Dora Mariani, Luiza, que direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste estudo;

À SESA, nas pessoas dos Sr^o Secretário Estadual de Saúde, Anselmo Tose, e do Sub-Secretário, Francisco Dias, pela oportunidade;

Aos Secretários de Saúde e Coordenadores de Saúde da Família dos Municípios pesquisados, pela cortesia e por terem aberto as portas, sem as quais não seria possível este trabalho;

E, principalmente, aos profissionais, sujeitos da pesquisa, por terem sido muito mais do que informantes, e sim parceiros neste projeto;

Tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver: uma planta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta Terra...O cuidado vive do amor prima, da ternura, da carícia, da compaixão, da convivialidade, da hospitalidade, da medida justa em todas as coisas. Sem cuidado, o ser humano como todos os seres, definha e morre.

Leonardo Boff

RESUMO

A Saúde da Família, objeto do presente estudo, enquanto Estratégia de organização da Atenção Primária à Saúde, vem consolidando-se como porta de entrada para os serviços assistenciais em um território adstrito. No entanto, vários desafios permeiam sua trajetória no Estado do Espírito Santo, levando-nos a traçar como objetivos: avaliar a Estratégia Saúde da Família na microrregião de Guaçuí; analisar a tendência das internações por CSAA em menores de 5 anos no período de 2000 a 2005 e; analisar como as equipes de Saúde da Família se organizam de forma a criar estratégias que provoquem impactos nas internações por CSAA. A definição pela microrregião de Guaçuí como cenário da pesquisa se deu em virtude desta ter cerca de 100% de cobertura populacional na Estratégia, propiciando a correlação com o estudo das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA), o indicador. Devido à complexidade dos fatores que envolvem objeto e objetivos, optamos por trabalhar com a triangulação de técnicas que foram se complementando no decorrer do estudo. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que incorpora componente quantitativo analisado estatisticamente, e componentes qualitativos abordados com a utilização do fluxograma analisador e entrevista de grupo. Os resultados apontaram a gastroenterite como a principal causa de internação em menores de 5 anos. Este resultado nos levou a inserir o debate sobre os determinantes sociais e sua influência no processo de adoecimento. A pesquisa de campo acrescentou subsídios para a análise, possibilitando constatar a falta de estratégias voltadas para o acompanhamento deste agravo, a fragilidade dos vínculos junto à população e a necessidade de implementação de políticas públicas, que extrapolam o setor saúde.

Palavras-chaves: *Saúde da Família; Internações evitáveis; prática profissional; determinantes sociais.*

ABSTRACT

The Family Health, which is the object of the present study, while Strategy of organization of the Primary Attention to Health, has been consolidated as an entry door for the assistant services in an adscript territory. Nevertheless, several challenges permeate its trajectory in the state of Espírito Santo, aiming at: evaluating the Family Health Strategy in the micro region of Guaçuí; analyzing the tendencies of CSAA internments of five-year old children from 2000 to 2005 and; analyzing how the Family Health project teams are organized in order to create strategies which cause impacts in the CSAA internments. The definition by Guaçuí micro region as a research scenery is made due to its 100% population covering in the Strategy, providing the correlation with the study of the internments by sensitive conditions to the ambulatory attention (CSAA), the indicator. Because of the complexity of the factors that involve objects and objectives, working with the triangulation of techniques that have been completing throughout the study was the best option. It is about a descriptive study of qualitative approach that incorporates a quantitative component statistically analyzed and qualitative components approached with the use of analyzing flux gram and group interview. The results show the gastroenteritis as the main cause of internment of five-year old children. The result inserted the debate about the social determinants and its influence in the process of getting ill. The field research added subsidies for the analysis, making possible the verification of the lack of strategies aimed at the following of that grievance, the fragility of the vinculum together with the population and the necessity to implement public policies that go beyond the health sector.

Keywords: Family Health; Avoidable interment; Professional practice; Social determinants.

LISTA DE QUADROS

- 1 - Percentual de cobertura populacional de Saúde da Família: Brasil, Região Sudeste, Espírito Santo; 1998 - 2004.....64
- 2 - Distribuição de população e percentual de cobertura populacional dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Saúde da Família (PSF) e Saúde Bucal (PSB) por microrregião do Espírito Santo; dez/2006.....65
- 3 - Relação de ofertas de serviços assistenciais por município da microrregião de Guaçuí conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES); 2006.....69
- 4 - Percentual de cobertura populacional de Saúde da Família, por município da microrregião de Guaçuí, 2000 - 2005.....70
- 5 - Tempo de permanência em meses, por categoria profissional, por equipe de Saúde da Família em Ibitirama e Divino de São Lourenço, abr./2007.....75

LISTA DE TABELAS

- 1 - Número e percentual das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no número de internações gerais no Espírito Santo, 2000 - 2005.....87
- 2 - Número e percentual das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no número de internações gerais na Microrregião de Guaçuí, 2000 - 2005.....87
- 3 - Número de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) por causa selecionada na microrregião de Guaçuí, 2000 - 2005.....89
- 4 - Número de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no Espírito Santo, por faixa etária, segundo principais causas, 2005.....90
- 5 - Coeficiente de Internações Hospitalares (CIH) por gastroenterite na faixa etária 0 - 5 anos, por município da Microrregião Guaçuí, 2000 - 2005.....91
- 6 - Coeficiente de Internações Hospitalares (CIH) por gastroenterite na faixa etária 0 - 5 anos no Espírito Santo e microrregiões, 2000 - 2005.....92

LISTA DE FIGURAS

- 1 - Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo, 2003.....62
- 2 - Comparação entre o percentual das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no número de internações gerais no Espírito Santo e Microrregião de Guaçuí, 2000 - 2005.....87
- 3 - Fluxograma do acompanhamento das doenças diarreicas em crianças menores de 05 anos em Ibitirama, Equipe 3, abr./2007.....102

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AMQ – Auto-avaliação para Melhoria da Qualidade
APS – Atenção Primária à Saúde
CBSF – Curso Básico Saúde da Família
CID – Código Internacional de Doenças
CIH – Coeficiente de Internação Hospitalar
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CRE – Centro Regional de Especialidades
CSAA – Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
DAB – Departamento de Atenção Básica
ELB – Estudos de Linha de Base
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
HRAS – Hospital Roberto Arnizault Silvares
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IPES – Instituto de Pesquisa do Espírito Santo
MDDA – Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas
MS – Ministério da Saúde
NAST – Núcleo de Análise e Tendências
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PDI – Plano Diretor de Investimentos
PIAS – Programação de Interiorização das Ações de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por amostra de Domicílio
PPI _ Programação Pactuada Integrada
PREV-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Proesf _ Projeto de Expansão da Saúde da Família
PS – Pronto Socorro
PSB – Programa de Saúde Bucal
PSF – Programa de Saúde da Família
SAS _ Secretaria de Ações de Saúde
SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados
SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH – Sistema de Internação Hospitalar
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SRS – Superintendência Regional de Saúde
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico de Higiene Dental
TRO – Terapia de Reidratação Oral
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade Saúde da Família
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O OBJETO DE ESTUDO.....	16
2 SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DO DEBATE TEÓRICO.....	23
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DILEMAS CONCEITUAIS	24
2.1.1 O processo de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	30
2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO DO MODELO ASSISTENCIAL.....	33
2.2.1 A construção de uma proposta de mudança.....	34
2.2.2 Considerações sobre ações focais e a universalização da saúde.....	39
2.2.3 Necessidade em saúde: elementos para debate.....	41
2.3 AVALIAÇÃO COMO PROCESSO INDUTOR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE NA SAÚDE.....	47
2.3.1 Avaliação na Estratégia Saúde da Família: desafios e possibilidades.....	52
3 DESENHO METODOLÓGICO.....	58
3.1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	59
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO.....	61
3.2.1 Implantação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo.....	61
3.2.2 Um olhar territorializado sobre a microrregião de Guaçuí.....	67
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	71
3.3.1 Os municípios selecionados.....	71
3.3.2 Conhecendo as equipes participantes.....	72
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	76
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	81
4 ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO AMBULATORIAL (CSAA).....	84
4.1 A ESCOLHA DO INDICADOR NA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	85
4.1.1 A contextualização dos resultados no território pesquisado.....	86
4.1.2 A relação da gastroenterite com os determinantes sociais.....	93

5 DESVENDAR OS FLUXOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	98
5.1 SAÚDE DA FAMÍLIA E A GARANTIA DE ACESSO.....	103
5.2 ABORDAGEM INTEGRAL POR MEIO DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR.	109
5.3 O DESENVOLVIMENTO DE VÍNCULOS E AS ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO	114
5.4 A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESPAÇO DE TRABALHO.....	121
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
7 REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES.....	145
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista.....	146
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre ou esclarecido.....	147
APÊNDICE C - Tabelas e quadros complementares.....	148
APÊNDICE D – Fluxogramas.....	150
ANEXOS.....	155
ANEXO A – Lista de internações por CSAA.....	156
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética.....	157



1- Introdução

Precisa-se de loucos de paixão, não só pelo trabalho, mas principalmente por gente, que vejam em cada ser humano o reflexo de si mesmo, trabalhando para que velhas competências dêem lugar ao brilho no olhar e a comportamentos humanizados...

Denise Pisaneschi

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais sobre o objeto de estudo

Registrou-se no Brasil, nas últimas décadas, a exemplo de outros países, um movimento com o propósito de alterar o modelo biomédico, ainda hegemônico. Esse movimento consolidou-se por meio dos diversos eventos internacionais, desde a realização da Assembléia Mundial de Saúde em 1977, com o lançamento do slogan “Saúde para todos até o ano 2000” pela Organização Mundial da Saúde (OMS), passando pelas conferências de Alma Ata (1978), Ottawa (1986), Ljubana (1996), e Bangkok (2005), entre outras.

Nesse processo, vale destacar a evolução do debate acerca do papel da Atenção Primária à Saúde (APS¹) enquanto eixo estruturante da organização do sistema local de saúde, debate este que perpassou o campo conceitual, redefinindo saúde numa visão ampliada, tendo como foco a valorização dos cuidados primários, via o fortalecimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Essa trajetória incorporou, também, a discussão sobre desigualdade social, colocando em análise as diferenças entre países e mesmo diferenças entre regiões, cidades e localidades.

Entrou em cena, principalmente nas décadas de 80 e 90, um debate sobre a implementação de políticas públicas de caráter universal x políticas focalizadas, estas adotadas por países subdesenvolvidos com o apoio do Banco Mundial e de outras fontes de financiamento internacionais.

O estabelecimento dessas políticas, por vezes, recebeu críticas por serem voltadas para grupos menos favorecidos socialmente, se contrapondo ao princípio da universalidade, além de favorecerem a fragmentação das ações políticas se

¹ Apesar do Ministério da Saúde manter oficialmente o termo Atenção Básica para designar o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, utilizaremos no decorrer deste trabalho a terminologia adotada internacionalmente atenção primária ou simplesmente à sigla APS para facilitar na condução do texto sem prejuízo de interpretação.

contrapondo à necessidade de investimentos em todas as políticas públicas de cunho social, tendo condições assim, de criar impacto na qualidade de vida das pessoas.

Ainda assim, mudanças positivas ocorreram no campo da saúde com destaque para os países que investiram na melhoria da qualidade de vida das pessoas, atentos à concepção ampliada de saúde, garantindo não apenas o aumento de serviços de saúde, mas também o acesso ao saneamento básico, água potável, escola, transporte, habitação entre outros serviços, por meio da implementação de políticas públicas.

No Brasil, o debate sobre a necessidade de implantar um modelo assistencial que fosse condizente com as diretrizes divulgadas internacionalmente teve o seu maior marco representado pela VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS) em 1986, espaço em que foram amplamente discutidas as propostas do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, editadas posteriormente na Constituição de 1988.

Mesmo com os avanços alcançados após a Constituição, permaneceu uma lacuna na operacionalização de ações mais efetivas que possibilitassem a visualização de mudanças concretas na saúde da população, o que demonstrou a necessidade de transformar debates conceituais em políticas que alterassem de fato os indicadores de saúde.

Atento a essa questão, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2006 um pacote de medidas pactuadas durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, denominado “Pacto pela Saúde” apresentado em três instrumentos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a). Neste Pacto pela Saúde, foram definidas prioridades, dentre elas o fortalecimento da APS com o propósito de proporcionar impactos significativos sobre a situação de saúde da população.

No momento em que o Ministério da Saúde adotou oficialmente a APS como uma de suas prioridades, reforçou também seu conceito como primeiro nível de assistência, onde devem ser prestados os cuidados primários relacionados à saúde de acordo

com a necessidade local. Essa posição foi mais uma tentativa de romper com o conceito de uma atenção básica com foco na prestação de serviços básicos ou numa “cesta básica” definida previamente para atender a metas internacionais.

Neste contexto de reformulação conceitual e de busca por mudanças de práticas, o Ministério da Saúde definiu a Saúde da Família como estratégia para reorganização da atenção primária em substituição ao modelo tradicional de assistência. O objetivo foi proporcionar, num território definido, atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da família, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006b).

Para que a mudança no modelo assistencial se operacionalize é importante entender a dinâmica que sustenta a Saúde da Família e o seu papel dentro do sistema local de saúde, integrando-a com os diversos níveis de atenção. Nesse sentido, a Saúde da Família se apresentou como estratégia de organização da APS, com um poder indutor de reordenamento dos demais níveis assistenciais, articulando-os através de serviços existentes no município ou região, sendo um componente da política de complementariedade, não devendo isolar-se do sistema local.

A escolha da Estratégia Saúde da Família² como objeto de estudo, está relacionada com a nossa prática profissional. Ressaltamos que, como assistente social, sempre atuamos no campo da saúde, inserindo-nos no quadro da Secretaria de Estado da Saúde com lotação no Hospital Roberto Arnizault Silves (HRAS) em 1996. O HRAS é um hospital de referência regional para o norte do estado e sul da Bahia. Nele atuamos no setor de pediatria tendo a oportunidade de perceber, além da dor e do sofrimento de crianças e familiares, também as conseqüências de uma assistência à saúde fragmentada, carente de mudanças no modelo assistencial. Em diversas situações, a equipe técnica refletia sobre a necessidade de organizar melhor o serviço da rede básica, de forma a evitar o desgaste ocasionado por uma internação desnecessária.

² Adotaremos no texto o termo Estratégia Saúde da Família por extenso para evitar confusão de interpretação com Equipe Saúde da Família que, em alguns trabalhos também aparece como significado da sigla ESF.

O contato com a proposta que pudesse reverter este quadro e interferir na situação apresentada, veio em 2000, quando na Direção Geral do Centro Regional de Especialidades de Vitória (CRE/Vitória) fomos convidados a participar de processos seletivos para agentes comunitários de saúde pela Coordenação Regional dos Programas: Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) de Vitória. A partir daí, o interesse em nos aprofundarmos nesta proposta foi crescente, passando a fazer parte da nossa rotina profissional, quando assumimos, em janeiro de 2002, a Coordenação Estadual da Estratégia Saúde da Família.

As inquietações vieram ao longo desse período, na reflexão sobre quais são os fatores que de fato interferem nos resultados esperados com a implantação da Estratégia Saúde da Família. Qual o impacto provocado com a implantação de uma equipe de Saúde da Família frente a indicadores de saúde? Quais são as ferramentas adequadas para atender às necessidades locais, que se apresentam de acordo com a realidade dos diferentes territórios? Quais são as propostas de qualificação profissional que poderiam atender a desejada mudança de prática? Como estão inseridas ações de promoção e prevenção na agenda de trabalho? E, principalmente, quais são as estratégias adotadas pelas equipes frente aos problemas de saúde que podem ser evitados?

Esses foram questionamentos relacionados às contradições que envolviam a Estratégia Saúde da Família, uma vez que houve um crescimento do número de equipes implantadas no Espírito Santo e no país, repercutindo no aumento da cobertura populacional. Esse aumento foi impulsionado pelo Ministério da Saúde, quando reforçou o propósito de sua consolidação por meio de legislações e incentivos à elaboração de protocolos que objetivavam instrumentalizar da melhor forma a prática profissional.

Por outro lado, vários autores apresentados ao longo desse estudo traçaram considerações sobre a qualidade do trabalho desenvolvido e a repercussão da Estratégia Saúde da Família na alteração do modelo assistencial.

Essas reflexões contribuíram na formulação do presente estudo, de caráter avaliativo, cujo intuito é proporcionar subsídios para avançar no debate em torno da

manutenção da Saúde da Família, enquanto estratégia capaz de reverter o modelo assistencial, ao apontar os desafios presentes na sua implementação, assim como fomentar o debate acerca das intervenções necessárias para sua consolidação.

A partir dessas considerações, o recorte para o estudo se delineou com a escolha de um indicador de saúde que proporcionasse, não apenas traçar uma análise das condições de saúde, como também a auto-avaliação dos profissionais lotados na Estratégia, levando-os a refletir sobre a prática profissional. Assim, optamos por analisar a série histórica das internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) no período de 2000 a 2005.

A escolha das internações por CSAA se justificava pela possibilidade das mesmas serem prevenidas e controladas na atenção primária, buscando identificar as estratégias preventivas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família de forma a evitar o agravamento dos problemas que poderiam levar às internações desnecessárias.

Entretanto, consideramos a importância dos fatores sociais no processo de adoecimento, incorporando a presença de indeterminados condicionantes que extrapolam o controle dos serviços de saúde, mas que geram impactos diretos nas condições de saúde da população.

Elaboramos, dessa forma, a questão central do estudo: como as equipes de Saúde da Família se organizam de forma a criar estratégias que tenham impacto nas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial?

Para responder ao objeto de estudo, os objetivos foram assim definidos: avaliar a Estratégia Saúde da Família na microrregião de Guaçuí; analisar a tendência das internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial em crianças menores de 5 anos na microrregião de Guaçuí no período de 2000 a 2005; e, analisar como as equipes de Saúde da Família se organizam de forma a criar estratégias que provoquem impactos nas internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial;

Como cenário da pesquisa, selecionamos a microrregião de Guaçuí pelo fato da mesma ter a maior cobertura populacional na Estratégia Saúde da Família dentro do Estado, cerca de 100%, proporcionando assim oportunidade para que se traçasse uma correlação entre o estudo das internações por CSAA e a Estratégia. Os profissionais de Saúde da Família que atuam nos municípios da microrregião de Guaçuí se constituíram, portanto, sujeitos da pesquisa.

As etapas de construção envolveram a realização de um estudo descritivo das internações por CSAA, no período de 2000 a 2005 com ênfase na faixa etária de 0 a 5 anos. Analisamos as tendências dos valores apresentados na série histórica, identificando assim o elemento traçador, a causa principal de internação na microrregião de Guaçuí. A conclusão desta etapa subsidiou a pesquisa de campo, sendo selecionados dois municípios da microrregião Guaçuí que apresentaram cobertura populacional acima de 80% desde o início da série histórica, havendo manutenção da Estratégia ao longo do período estudado. Na segunda fase, utilizamos na coleta de dados o fluxograma analisador e entrevista de grupo como técnicas complementares.

Acreditamos que o trabalho venha a contribuir com o avanço da Estratégia no nível estadual. Além da perspectiva de suscitar, não somente nos profissionais entrevistados, mas em todos aqueles que trabalham direta ou indiretamente em algum segmento do campo da saúde, a reflexão sobre o que pode e deve ser feito no desenvolvimento da prática profissional de forma a evitar os desgastes físicos, emocionais e financeiros, ocasionados pelas internações desnecessárias.

Realizamos, portanto, um estudo descritivo de caráter qualitativo, que compreende componentes quantitativos, analisados estatisticamente e, componentes qualitativos explorados com o uso das técnicas: fluxograma analisador e entrevistas grupais semi-estruturadas, analisados segundo a técnica de análise de conteúdos.

Na análise, identificamos eixos que sistematizassem as falas apreendidas dos sujeitos durante as entrevistas grupais, e as observações registradas durante a construção do fluxograma analisador, seguindo os passos do usuário de acordo com o acesso, atendimento e acompanhamento, analisados a partir dos princípios que

norteiam a prática profissional na Saúde da Família, sendo: a relação do acesso dentro da Estratégia; a abordagem integral por meio do trabalho interdisciplinar; o desenvolvimento de vínculos e estratégias de acompanhamento; a Saúde da Família como espaço de trabalho.

O trabalho de pesquisa foi estruturado a partir da introdução, onde apresentamos ao leitor o objeto de estudo, Estratégia Saúde da Família, enquanto proposta para reverter o modelo assistencial ainda vigente no país, além de aproximá-lo do processo de construção do trabalho de pesquisa.

Seguimos com o referencial teórico, introduzindo o debate que envolveu o papel da Atenção Primária à Saúde e sua tensão conceitual repercutida nas práticas de trabalho, tendo a Saúde da Família como estratégia para sua organização. Além de debater o papel dos determinantes sociais, e as iniquidades que se apresentam no campo da saúde. Ainda nesse item, buscamos dar ênfase à avaliação como processo indutor para a melhoria da qualidade em saúde.

O caminho metodológico percorrido foi descrito com destaque para a caracterização do cenário de pesquisa e a identificação dos sujeitos enquanto atores do processo de investigação, assim como, detalhamos os procedimentos da coleta de dados e a forma como foram analisados.

Na análise dos resultados encontrados no estudo da série histórica das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no período de 2000 a 2005, identificamos a gastroenterite como elemento traçador subsidiando, assim, a próxima etapa de coleta de dados.

Avançamos no estudo aprofundando o debate acerca da influência do trabalho das equipes de Saúde da Família nos territórios pesquisados ao apresentar a análise qualitativa das informações obtidas através das técnicas complementares, fluxograma e entrevista de grupo.

O estudo encerrou-se com as considerações finais e com o complemento de algumas preposições para a consolidação da Estratégia no Espírito Santo.



2- Subsídios para a construção do debate teórico

Precisa-se de loucos... De loucos uns pelos outros! Que em seus surtos de loucura tenham habilidades suficientes para agir como treinadores de um mundo melhor. Que olhem a ética, o respeito às pessoas e a responsabilidade social não apenas como princípios organizacionais, mas como verdadeiros compromissos com o Universo...

Denise Pisaneschi

2 SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DO DEBATE TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde: dilemas conceituais

A emergência de uma preocupação com a busca de alternativas à organização social das práticas de saúde no Brasil pode ser localizada em meados da década de 1970, num movimento contra hegemônico, quando se iniciaram, entre os docentes dos departamentos de Medicina Preventiva e Social, as discussões acerca dos limites e possibilidades das propostas de reforma do ensino, da prática médica e de uma mudança na relação entre Estado e Sociedade.

A *Crítica da medicina preventiva*, tese apresentada por Antonio Sergio Arouca, em 1975, marcou a formação de muitos estudantes e jovens professores de medicina, retratando o momento em que as atitudes preventivistas foram incorporadas ao trabalho médico, segundo as características das várias formas desse trabalho e das diferentes classes sociais a que se dirige. Enfatizou, ainda, a contradição apresentada na medicina, enquanto prática profissional, na forma como utiliza a vida humana como sua força de trabalho (AROUCA, 2003).

Essa crítica foi dirigida às chamadas “disciplinas-tampões”, institucionalizando a incorporação da questão social e suas expressões ao saber médico, porém com uma conotação mais ideológica do que clínica. Esse momento propiciou a elaboração do projeto Saúde Comunitária ou Medicina Comunitária, possibilitando a integração dos profissionais de saúde nas comunidades por meio dos programas extramuros inseridos nos departamentos de Medicina Comunitária (CARVALHO, 2005).

Ao então movimento contra-hegemônico, surgido no âmbito das universidades, foi agregada a força advinda dos movimentos sociais organizados pela sociedade civil nas mais diversas formas de representação, buscando reforçar a luta por melhores condições de vida e principalmente pela redemocratização do país.

Vale ressaltar que nessa época, a economia do país não conseguia mais sustentar politicamente o modelo médico assistencial privatista fortalecido durante a ditadura militar. Foram identificadas fragilidades operacionais e gerenciais, através de resultados negativos em indicadores de saúde como exemplo: a alta taxa de mortalidade infantil e incidência de doenças infecto contagiosas (MELLO, 1976; BUSS, 1995; CARVALHO, 2005).

Seguindo o processo de redemocratização, durante as décadas de 1970 e 1980, vários acontecimentos foram configurados como etapas importantes para a operacionalização da mudança no modelo assistencial, assim como para o fortalecimento de serviços públicos e o incremento da rede básica (PAIM, 2002; CAMPOS, 2006). Dentre estes acontecimentos destacaram-se a realização das Conferências Nacionais de Saúde em 1975, 1980 e 1986 e a aprovação da Lei 6229 em 1975, a qual dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde e institucionalizava o modelo médico-assistencial privatista, definindo as competências das instituições públicas e privadas (MELLO, 1976). Destacaram-se também a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIAS) em 1976; o I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde em 1979; o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde) em 1980; a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) em 1981 que permitiu o surgimento da Autorização das Internações Hospitalares (AIHs) e Ações Integradas de Saúde (AISs); o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), considerado o percussor do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, maior ênfase deve ser dada à VIII CNS de 1986 que definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, cuja responsabilidade é a provisão de um sistema de atenção à saúde universal e equânime, tendo como diretrizes a descentralização, a integralidade da atenção, a participação e o controle social. A VIII CNS resgatou o debate proposto no I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde em 1979, aprovando o relatório da Reforma Sanitária Brasileira que subsidiou o Capítulo da Saúde na Constituição Federal aprovada em 1988, garantindo, assim, os maiores avanços na saúde pública do país (PAIM, 2002).

Seguindo essa trajetória, Costa e Pinto (2002) ressaltaram a importância da década de 90 no tocante ao crescimento de serviços ambulatoriais municipais transferidos do Estado e da União, mas com pouca resolutividade. Consideraram que a década de 90 não permitiu encaminhar soluções abrangentes para as políticas sociais que proporcionasse visualizar grandes mudanças na qualidade de vida da população. Corroborando com os autores, Campos (2003, p. 570) conclui que “apesar dos avanços, o século XXI inicia-se com expressivos segmentos da população ainda sem dispor de acesso aos serviços de saúde, herança de uma prática fragmentada e descentralizada da realidade”.

Considerações baseadas na manutenção de uma política caracterizada pela segmentação vertical dos serviços de saúde, não alterando mudanças no processo de trabalho dos profissionais, que continuaram com sua prática fragmentada, voltados para a necessidade de produção, configurando a idéia de uma atenção primária seletiva, através dos programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco. “Executada com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas” (MENDES, 1999, p.27).

Autores como Buss (1995), Noronha e Soares (2001) e Almeida (2002) incrementaram este debate ao apontar que a década de 90 foi marcada pelo aumento na oferta de serviços de saúde pelo país, mas, por outro lado registrou grande concentração de renda elevando o número de pobres, contribuindo para o incremento da desigualdade social já apresentada.

Dessa forma, pode-se afirmar que apenas aumentar serviços no nível primário da atenção, não significa mudanças substanciais no modelo de atenção. É fundamental qualificar estes serviços e considerar que, alguns indicadores necessitam de ações intersetoriais para produzir resultados e proporcionar impactos positivos na qualidade de vida da população.

É neste cenário que se apresenta a tensão conceitual sobre a definição da APS no Brasil e seu papel frente ao sistema de saúde. Dilema que influencia, naturalmente o

campo das práticas sobre o que vem a ser esse nível de atenção, sendo necessário rever seu papel, não mais com uma conotação de básico, simplificado.

Importa assinalar que diferentes concepções marcaram a evolução da APS no país, como a que surgiu numa perspectiva restrita, associada à racionalização dos gastos hospitalares, e que se ampliou nas propostas das agências internacionais em torno da meta social consensuada em 1978, entendendo saúde como bem-estar biopsicossocial. Dessa forma, estabeleceu para as políticas públicas a extensão de cobertura com ações de prevenção, cura e reabilitação voltadas para grupos de indivíduos, bem como para controle de doenças e agravos, dentro de uma perspectiva de política focalizada com ações desenvolvidas para o cumprimento de metas numa estratégia de avaliação de resultados e desempenho fortemente induzida por agências internacionais financiadoras, por meio da figura do Banco Mundial (ALMEIDA, 1999, 2002; AGUIAR, 2001; CONILL, 2002; COSTA, 2002).

A concepção equivocada de atenção primária permitiu que, ao longo dos anos, se desvalorizassem as ações desenvolvidas nesse nível do sistema, incorporando uma crença de que profissionais menos qualificados poderiam dar conta dos problemas considerados mais “simples” e encaminhar os mais complicados. No entanto, Campos (2003) enfatizou que os problemas na atenção primária são mais freqüentes e não mais simples, o que não deve ser confundido com a necessidade de menor especialização, ao contrário, requer habilidade e conhecimentos abrangentes inclusive que extrapolam o campo de saber biomédico.

Para Mendes (2002, p.16), a estrutura piramidal em que se estabelecia a hierarquia dos níveis de serviço por grau de complexidade é questionável:

{...} prestar serviços de qualidade...buscando promover a saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais – o que envolve um amplo conjunto de conhecimentos interdisciplinares, além de atitudes e habilidades altamente especializadas – é menos complexo do que realizar certos procedimentos de maior densidade tecnológica em hospitais quaternários? Será mesmo que os procedimentos da atenção primária à saúde, intensivos em cognição, são menos complexos que os procedimentos dos níveis de atenção terciário e quaternário, mais intensivos em tecnologias de produto?

O mesmo autor complementa: a capacidade de reconhecer o contexto, capacidades de comunicação e acolhimento, capacidade de escuta e de compreender diferentes

valores e culturas, capacidade de mobilizar soluções para situações aparentemente sem saída, trabalhar em equipes multiprofissionais, são alguns pré-requisitos para atuar nesta complexa atenção primária.

A necessidade de alcançar metas pactuadas nacional e internacionalmente, melhorar indicadores de saúde e realizar uma revisão orçamentária por parte dos três níveis de governo, levam a uma reflexão sobre a configuração imposta à APS ao longo das últimas décadas, como a responsável por um elenco de serviços com baixa resolutividade, marcados pela falta de investimentos, financiamentos e qualificação profissional.

Enquanto aguardava a (re)visão do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com o intuito de forçar posições relacionadas ao dilema de definição da APS no Brasil e, de contribuir para a mudança na organização do sistema de saúde, reuniu-se no 1º Seminário para Construção de Consensos – Organização, Gestão e Financiamento do SUS, em Sergipe em julho de 2003, com o propósito de estabelecer, como uma das prioridades na política de saúde, o fortalecimento da atenção primária, entendendo-a como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

Reforçaram, então, a concepção da APS, como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, das quais assumem responsabilidade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

Como resposta federal, foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria/GM nº 648/06 que revisa as diretrizes e normas para a organização da APS, para a Estratégia Saúde da Família e o PACS. A portaria veio reafirmar o conceito de “*atenção básica*” (grifo nosso) defendido pelo CONASS, acrescentando a utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa

densidade, que deveriam resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b).

Com o advento da Portaria/GM nº648/06, juntamente com o processo desencadeado pelo Pacto pela Saúde, onde o fortalecimento da APS apareceu como medida para organizar o sistema de saúde, observou-se um momento de enriquecimento na construção da saúde pública no país, uma vez que trazem para a arena de negociações gestores, profissionais, representantes da população e o aparelho formador ao inserir a qualificação profissional como uma das áreas estratégicas para pactuação.

Vale destacar que além das iniciativas ocorridas no Brasil aqui registradas, um estudo veio a contribuir para reforçar a importância na revisão conceitual e operacional referentes ao papel da atenção primária dentro do sistema de saúde. Trata-se de um trabalho de comparação internacional entre serviços de saúde realizado por Starfield em onze países, durante o ano de 1994, demonstrando que sistemas orientados pela atenção primária à saúde estão associados com menores custos, maiores índices de satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos. Define:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (STARFIELD, 2004, p. 28).s

Incrementou-se, assim, o conceito de APS adotado no Brasil, com a inclusão dos princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e orientação comunitária. Mendes (2002) reforçou que só haverá uma atenção primária à saúde de qualidade por meio da operacionalização destes princípios. Estes princípios são incorporados pela Estratégia Saúde da Família na sua implementação.

Por fim, com o intuito de reforçar o espaço da APS no setor saúde, dentro e fora do Brasil, a OPAS divulgou em 2005 documento, intitulado “Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas”, apontando a necessidade de manter o legado de Alma Ata (1978), de forma a obter ganhos de saúde sustentáveis para todos. Pontuou que a renovação da APS implica em reconhecer e facilitar seu papel como uma abordagem para promover condições de saúde e de desenvolvimento humano mais eqüitativo. Esta renovação precisa dar mais atenção às necessidades estruturais e operacionais como acesso, financiamento, adequação e sustentabilidade de recursos, comprometimento político e desenvolvimento de sistemas que assegurem cuidados de alta qualidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Contudo, mesmo com o advento deste crescimento político, e o reconhecimento do quanto houve avanço na concepção da APS no país, no campo da prática ainda se observa nas UBSs o desafio de organizar o serviço conciliando a demanda espontânea à uma agenda programada e a inserção de um volume maior de ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde, consolidando os objetivos de superar o foco nas ações curativas.

O conteúdo até então apresentado visou incrementar o debate acerca do conceito e da prática da APS, contribuindo no fortalecimento de uma política para o setor que consiga operacionalizar os objetivos definidos desde Alma Ata (1978) e reforçados ao longo das últimas décadas, incorporando na rotina de trabalho ações de prevenção, interferindo adequadamente no processo saúde/doença da população, evitando complicações no quadro clínico e as conseqüentes internações desnecessárias.

2.1.1 O processo de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Apesar das críticas à década de 90, não se pode negar os avanços ocorridos nesse período e sua contribuição para a organização pretendida com a APS dentro do sistema de saúde, começando pela definição do financiamento. Uma vez que, o estabelecimento de recursos se constitui em estratégias legais de indução para o

seu fortalecimento. Até pelo fato de que, ao longo da história da saúde no país, houve um desprestígio da APS no orçamento financeiro em detrimento dos demais níveis de atenção, tendo como conseqüência sua desqualificação, enquanto nível resolutivo dentro do sistema.

O financiamento é apontado por vários autores (CONILL, 2002; COSTA; PINTO, 2002; MARQUES; MENDES, 2003) como fator limitante do avanço da descentralização, relacionado à dependência financeira do poder local dos governos dos estados e da União.

A descentralização da saúde no país, embora presente na Constituição de 1988, começou a ser efetivada somente após a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOBs) em 1991, 1993 e 1996, sendo a última, a única que representou mudanças efetivas, por proporcionar aumento da autonomia local e a necessidade concomitante de rever o orçamento municipal (COSTA; PINTO, 2002; MARQUES; MENDES, 2003).

A principal estratégia para fomentar a execução de ações no âmbito municipal foi a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB)³ onde o repasse dos recursos segue critérios dentro dos chamados PAB fixo (atenção às ações prioritárias) e PAB variável, ou seja, o valor vai de acordo com a capacidade do município em implantar determinados programas ou serviços dentro da Vigilância Sanitária, o combate às carências nutricionais, a Estratégia Saúde da Família, funcionando como indutor de sua expansão, dando ênfase à proposta de mudança de modelo assistencial (GOULART, 2002; CAMPOS, 2003; VIANA; DAL POZ, 2005).

Num estudo comparativo, Marques e Mendes (2003) destacam que o maior investimento do PAB variável entre 1998 e 2001 foi para a Estratégia Saúde da Família. Quando os recursos para a APS foram ampliados em 86%, os da Estratégia aumentaram em 778% no mesmo período. Passando de 328 equipes no Brasil em 1994 para 10.788 em 2001, cobrindo 4226 municípios e 36 milhões de brasileiros.

³ Portaria GM/MS nº 1882/97 altera a lógica de repasse de recursos federais, garantindo aos municípios um valor *per capita*.

Juntamente com a edição do PAB fixo e variável, o Ministério da Saúde trouxe, em 1998, dois instrumentos de planejamento e acompanhamento das ações desenvolvidas no primeiro nível de assistência, através de um grande elenco de indicadores a serem pactuados entre as esferas de governo com ênfase no âmbito municipal: o Pacto da Atenção Básica⁴ e a Programação Pactuada Integrada (PPI), favorecendo a execução do controle de doenças. A adesão a estes instrumentos está relacionada ao repasse de incentivos financeiros, além de induzir a participação da população através dos Conselhos Municipais de Saúde.

Como seqüência da divulgação das normativas envolvendo a APS, em 2001 é publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços em todos os níveis de atenção. Promove a discussão sobre construção de redes regionalizadas⁵ e hierarquizadas que buscam articular a APS com os serviços de maior complexidade como parte desta e sua porta de entrada.

Ao analisar as medidas implementadas pelo Governo Federal nas últimas décadas na tentativa de descentralização, Bodstein (2002) considerou que a questão apresentada é saber se de fato as medidas de incremento financeiro constituem em estratégias bem sucedidas de promoção à saúde, de mudança do modelo assistencial de base “biomédica” de melhoria do acesso e, enfim, de inclusão social. A autora refletiu sobre a contextualização em que se dá a implantação destes programas, o porte populacional do município e sua capacidade institucional, a inquestionável diferença de implantar a Estratégia Saúde da Família, por exemplo, em municípios rurais do Nordeste Brasileiro e nas periferias dos grandes centros urbanos. Chamou a atenção também para a cultura que envolve cada local, o acesso aos serviços de saúde e a capacidade técnica disponível em cada contexto.

Essas considerações reforçam o debate sobre desigualdades sociais e a importância de se conhecer a realidade local, compreender a necessidade de saúde numa visão

⁴ O Pacto da Atenção Básica foi publicado na portaria GM/MS n° 3925 de 13/11/98 constitui-se num instrumento jurídico normativo de acompanhamento das responsabilidades nos três níveis de gestão.

⁵ Define instrumentos que devem ser pactuados pelas três esferas de gestão na consolidação desta rede. Programação Pactuada Integrada (PPI); Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI).

ampliada, propiciando, assim, a inserção da discussão acerca das iniquidades, respeito às especificidades locais no planejamento das ações e distribuição dos recursos financeiros.

Não é possível descartar a importância de uma política de investimentos para a operacionalização das mudanças almejadas na APS. Mesmo reconhecendo os avanços obtidos também neste aspecto, é fundamental ampliar espaços de negociação, oportunizando definições sobre os recursos necessários para a execução das atividades atentos ao princípio da equidade.

2.2 Estratégia Saúde da Família: revisão do modelo assistencial

A legalização oficial pelo Ministério da Saúde de uma proposta que fosse condizente com os preceitos da Reforma Sanitária e princípios do SUS ocorre em 1994 com a adoção, do então Programa Saúde da Família (PSF), que passa em 1997 a ser reconhecida como Estratégia para reorganização da atenção primária.

A adoção da estratégia como política nacional {...} resultou de esforços conjuntos dos gestores de diversos níveis de governo em encontrar uma resposta à necessidade de transformação do modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro centrado na doença e na assistência médica individual e à fragmentação da assistência quanto à prevenção e cura (HELMANN; MENDONÇA, 2005, p. 488).

Dentro do propósito de reverter o modelo assistencial, a Estratégia Saúde da Família incorpora como princípios gerais o caráter **substitutivo** em relação à rede básica tradicional, a atuação num **território** definido com ações dirigidas aos **problemas** de saúde da **comunidade**, tendo como foco o cuidado à **família** ao longo do tempo, a promoção de ações **intersectoriais**, ser um espaço de construção de **cidadania** numa postura pró-ativa (grifos nosso). Surge como projeto estruturante provocando uma transformação interna ao próprio sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1997)

No aspecto legal foi se estruturando através de diversas portarias ministeriais, sendo a Portaria n° 648/GM de 26 de março de 2006 a mais recente. Redefiniu as normas e critérios operacionais, dentre eles: o máximo de 4000 habitantes por equipe e 750

peças para cada agente comunitário de saúde, além de inserir como obrigatoriedade 40 horas semanais, manteve a equipe mínima com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Fortaleceu, também, a opção de inserir a equipe de Saúde Bucal na Estratégia, composta pelo Cirurgião Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) na modalidade I e com o Técnico de Higiene Dental (THD) modalidade II e reconheceu como pré-requisito a existência da UBS como referência para o desenvolvimento das atividades, devendo estar estruturada de forma a permitir alcançar os resultados esperados (BRASIL, 2006b).

Ao realizar-se uma leitura sobre as diretrizes retratadas na portaria, observa-se a incorporação das concepções apresentadas na formulação conceitual da APS: a ação centrada na família, a consideração dos aspectos sócio-econômicos-culturais que envolvem o ambiente em que esta se encontra inserida. Também, prima pelo estabelecimento de vínculos de confiança e de responsabilidade entre usuário x profissional, e incentiva o trabalho interdisciplinar e as ações intersetoriais numa abordagem integral, além de incentivar o planejamento voltado para as necessidades locais.

2.2.1 – A construção de uma proposta de mudança

É importante ressaltar que a história da Estratégia Saúde da Família não se inicia com a divulgação de suas portarias, ao contrário, essas refletem a posição do governo ao movimento que vem se fortalecendo ao longo da história da saúde pública no país, dentro do propósito de municipalizar a saúde, atendendo à necessidade de um modelo de saúde que fosse condizente com os princípios do SUS.

A trajetória de sua formulação nos reporta ao registro de outras experiências que contribuíram, de forma direta ou indireta, para sua concepção. A começar por estratégias advindas de organismos como a OPAS e a OMS, seguindo a lógica de expandir a organização do sistema local, como a adoção dos chamados Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Este modelo valoriza as programações voltadas para

diretrizes da territorialidade e da hierarquização e, enfatizam a necessidade de criação de distritos de saúde, como resultado de um conseqüente processo de descentralização do poder técnico e administrativo nos sistemas nacionais (GOULART, 2002). Do ponto de vista estratégico, é sugerido um deslocamento da ênfase em serviços assistenciais em direção ao enfrentamento dos problemas relacionados às condições de vida da população.

De acordo com Viana e Dal Poz (2005), o modelo SILOS não se impunha como instrumento forte no sentido de impulsionar mudança radical das práticas de saúde e de causar impacto sobre a população ou sobre o grau de efetividade dos sistemas locais de saúde. Tinha fundamentação conceitual na corrente de pensamento com foco na Vigilância da Saúde, uma formulação que se desenvolveu no Brasil a partir do fim da década de 1980, logrando pautar os debates sobre as políticas e práticas sanitárias na década de 1990.

{...} A noção de Vigilância da Saúde, a partir da concepção renovada do modelo da História Natural da Doença, incorpora, para além do esquema abstrato que organiza os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde em sociedades históricas quer se expressem como “políticas públicas saudáveis”, quer se expressem como ações de “vigilância sanitária” e “vigilância epidemiológica”, além das diversas formas de organização das práticas de “assistência e reabilitação” dirigida a indivíduos e grupos (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 462).

A Vigilância da Saúde tem como premissa o princípio da territorialização, e a oportunidade de definir problemas, prioridades e recursos que atendam as necessidades de saúde da comunidade, considerando sua situação específica. Associando riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários aos desdobramentos das doenças. Este novo olhar sobre a saúde permite a inserção dos diversos atores envolvidos naquela realidade, entendendo o indivíduo e a comunidade como sujeitos ativos do processo (CAMPOS, 2003).

Essa corrente contribuiu para a consolidação do SUS mediante o desenvolvimento conceitual e prático de temáticas como o Distrito Sanitário e outras experiências presentes em inúmeras experiências pelo Brasil. A partir de meados dos anos 1990, com o advento da Estratégia Saúde da Família, os princípios e diretrizes da Vigilância da Saúde foram incorporados à formulação da política nacional de saúde,

ampliando sua influência nas práticas sanitárias brasileiras (TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

Para Campos (2006), a instituição de distritos sanitários não pode ser concebida como ações restritas a uma divisão administrativa e geográfica, devendo levar a um repensar do modo como os serviços são produzidos e gerenciados, alterando a lógica dos padrões vigentes, considerando inclusive como a população se organiza e se relaciona com os serviços de saúde.

O modelo *Em Defesa da Vida*, elaborado em Campinas no final da década de 1980 considerava que as estratégias de territorialização, hierarquização, planejamento e programação, embora importantes e necessárias, não eram suficientes para a transformação do modo concreto de se produzir saúde. O modelo destacava, ainda, a importância do estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, enfatizava aspectos ideológicos, culturais e psicológicos da vida em sociedade, valorizando a autonomia do sujeito (CARVALHO, 2005).

Por fim, o Programa Médico de Família na cidade de Niterói – RJ, em 1992. O modelo teve na sua ideologia a concepção do homem como sujeito de sua história e trouxe a figura do médico como o centro da atenção à saúde levada até as famílias das populações em risco social (MENDES, 2002).

Esses modelos, no entanto, são encontrados em práticas restritas a algumas experiências municipais, diferenciando da Saúde da Família, uma vez que esta se insere no cenário nacional como política pública de saúde garantida por lei, com a definição de papéis das três esferas de governo (AGUIAR, 2001). Possuiu o objetivo de promover a mudança da prática assistencial em novos critérios de abordagem que permitissem uma compreensão mais clara e ampliada do processo saúde/doença, levando em consideração o meio em que vive o indivíduo e a forma de organização social em que está inserido (CAMPOS, 2003).

Iniciou-se como um programa de caráter focalizado para atender às regiões Norte e Nordeste do país, com o objetivo de contribuir com melhorias nos indicadores de saúde, principalmente a mortalidade infantil, impulsionado por agências

internacionais financiado pelo Banco Mundial (SENNA, 2002). Suas origens estavam no Programa de Agentes de Saúde, instituído pela secretaria Estadual de Saúde do Ceará.

O Programa de Agentes de Saúde do Estado do Ceará foi planejado, ainda em 1986, como parte do plano de governo, por orientação do próprio governador eleito, Tasso Jereissati. Em agosto de 1987, iniciou-se uma experiência piloto com recursos financeiros do Programa de Emergência para o Combate aos Efeitos da Seca (ANDRADE, 1998; AGUIAR, 2001). O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) deu notoriedade ao programa premiando-o na sede das Organizações das Nações Unidas (ONU) em Nova York/1993 pela redução da mortalidade infantil (CAVALCANTE e SILVA, 2003). O sucesso do programa, no Ceará, levou o Ministério da Saúde a criar, em 1991, um programa semelhante, denominado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (ANDRADE, 1998).

Foi também no Ceará, precisamente no município de Quixadá, em janeiro de 1994, a origem da Estratégia Saúde da Família, sendo lançado em março de 1994 pelo Ministério da Saúde. Desde a sua gênese, a proposta incorporava os princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, fortalecendo as ações de promoção e prevenção das doenças e a participação da comunidade, sustentado conceitualmente e ideologicamente por marcos construídos no movimento de reforma não só pela saúde, mas pela democratização do país (GOULART, 2002; CAMPOS, 2003).

Diversos autores registraram a origem da Estratégia Saúde da Família (AGUIAR, 2001; SENNA, 2002; CAVALCANTE e SILVA, 2003; VIANA; DAL POZ, 2005) como um programa vertical da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) cujo objetivo era cobrir áreas de risco selecionadas pelo mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), numa estratégia para combater a mortalidade infantil no Nordeste.

Em virtude dos resultados obtidos, o programa teve sua proposta inicial reformulada, passando a ser visto como uma oportunidade concreta de reversão do modelo assistencial vigente, se configurando em uma estratégia capaz de reorganizar as

práticas de trabalho no nível local, além de se tornar um potencial instrumento da política de universalização da saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2005). Assumiu a centralidade pela questão da atenção primária dentro do SUS, com tendência a perder seu caráter historicamente marginal. (GOULART, 2002).

Na FUNASA, era operado através de convênios e, ao ser transferido para Secretaria de Ações de Saúde (SAS/MS) com a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB), perde o caráter de programa e passa a ser o (re) estruturador dos serviços, assumindo o papel de estratégia a partir de 1997. (VIANA; DAL POZ, 2005).

A Saúde da Família vem se consolidando ao longo dos últimos anos, enquanto política de saúde, o que pode ser observado, inclusive, pelo número de municípios, 4.929 em todo país, com a Estratégia implantada. Entre dezembro de 2002 e outubro de 2005, o número de equipes aumentou de 16.698 para 23.956, atingindo uma cobertura populacional que passou de 54,9 milhões para 76,8 milhões. (BRASIL, 2005a).

No entanto, não se pode afirmar que esta consolidação, representada em números, cerca de 42% da população brasileira, se traduza em melhorias na condição de saúde da população em geral. Para Teixeira e Solla (2005), a implantação da Saúde da Família, ainda que represente a garantia do direito constitucional do acesso a serviços de saúde, não se faz acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, seus efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde como o caso da mortalidade infantil.

Essas considerações nos reportam à necessidade de aprofundar a discussão acerca dos determinantes sociais e seu papel frente às condições de saúde da população. Assim como avaliar o potencial das ações executadas pelos programas de saúde, e sua capacidade de articulação junto a outros setores, propiciando as intervenções necessárias, superando a visão fragmentada na elaboração de políticas sociais que possibilitem de fato reverter o quadro da saúde.

2.2.2 Considerações sobre ações focais e a universalização da saúde

Iniciamos com algumas considerações sobre o embate ideológico e político onde, de um lado, aparece o modelo focalista, defendendo a concentração dos recursos públicos nos segmentos mais pobres da população e, de outro, o modelo universalista, defendendo o acesso aos bens públicos essenciais como direito do cidadão, independente da sua situação social (COHN, 2005).

Para Senna (2002) a focalização de determinadas políticas públicas pode se constituir numa alternativa atraente diante de um quadro de extrema pobreza e desigualdade social, havendo uma preocupação maior com grupos mais vulneráveis até mesmo por uma questão de justiça social.

Complementa, a “discriminação positiva” dentro da Estratégia Saúde da Família deve ser entendida como mecanismo de focalização dentro da universalização defendida no SUS, sendo necessário compatibilizar prioridades sem restringir direito, contrariando a proposta da “cesta básica” imposta pelas agências internacionais. Pensamento esse reforçado por Viana e Dal Poz (2005) ao evidenciarem que as práticas focalizadas dentro de uma política universal não precisam, necessariamente, ser excludentes.

No caso da Estratégia Saúde da Família, a focalização não se refere exclusivamente ao mais pobres, mas sobre determinados problemas/agravos específicos de saúde que envolvem diretamente determinados grupos nas chamadas políticas de ação reparatória que visam restituir o acesso a serviços essenciais. Segundo Cohn (2005), esta focalização significa um requisito para a universalidade, ou seja, o sentido de focalização emerge do interior de uma concepção universalista, não se apresentando como polaridades excludentes.

Cohn reforça que a implantação do PACS e da Estratégia Saúde da Família no Brasil:

{...} ao invés de assumirem a lógica de um pacote básico de serviços de saúde focados nos segmentos mais pobres da população, tornam-se

programas estratégicos para a mudança da própria lógica do modelo de atenção à saúde vigente no país (COHN, 2005, p. 397).

A implementação de programas estratégicos ou prioritários voltados para determinados grupos a partir de características como sexo, idade situação e local de moradia, doenças, ou áreas, tais como: tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, saúde bucal, saúde mental, ou ainda grupos que determinam cuidados específicos como: idosos, portadores de necessidades especiais, crianças, gestantes, contribuem para a organização da demanda existente no território, e no controle dos indicadores pactuados. Assim sendo, persegue a universalidade, mas reconhece a existência de grupos que necessitam de uma atenção maior.

Os autores Marsiglia, Silveira e Carneiro Junior (2005) apontam que a Saúde da Família promove a inclusão de segmentos populacionais em áreas com bom desenvolvimento da assistência, porém não é garantia de acesso universal à população socialmente excluída dos grandes centros urbanos, como: moradores de favelas, populações de rua, profissionais do sexo. Considerações reforçadas pelos estudos de Travassos (1997) e Neri e Soares (2002) sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde ser mais acentuada nas classes com menor poder aquisitivo. Estas concepções reforçam a necessidade de que se considerem as iniquidades presentes nas diversas localidades ao planejar as ações.

Esse entendimento deve permear a decisão política de gestores municipais na implantação, ao definir por onde iniciar o processo, sendo importante identificar as localidades prioritárias, garantindo a equidade no acesso aos serviços de saúde. O número de equipes contratadas dependerá das possibilidades orçamentárias uma vez que, a consolidação da Estratégia está relacionada ao financiamento das políticas públicas em todos os níveis de governo (CONILL, 2002)

Visão compartilhada por Capozzolo (2003) ao considerar que o debate da focalização dentro da Estratégia Saúde da Família tem a ver com os altos custos e a incompatibilidade de financiamento do Estado para as políticas universalizantes, o que pode gerar risco de segmentação da clientela e da focalização da atenção com retrocesso aos princípios do SUS.

Destacar essas preocupações faz parte da problematização que envolve a consolidação da Estratégia, uma vez que todo o processo depende de decisão política, desde a implantação até a definição de como deverá ocorrer sua inserção no sistema de saúde, se de forma marginal, ou como substituição do modelo vigente. A posição do gestor na adoção da Estratégia define o seu papel no sistema (CAMPOS, 2003).

Em suma, é preciso compreender que este é um país de grandes diversidades sociais, culturais e econômicas, com um acúmulo de exclusão por parte da população frente às determinadas políticas públicas, sendo preciso reconhecer que a implantação das equipes deve começar prioritariamente pelas periferias e regiões rurais, onde tradicionalmente existem lacunas, tanto nas ações preventivas, quanto nas assistenciais. E que a adoção desta estratégia gera, num primeiro momento, impactos sobre indicadores mais expressivos como o da mortalidade infantil ou identificação de casos novos de doenças como: hanseníase, tuberculose, hipertensão e diabetes, sendo que a adoção destas medidas não inviabiliza a expansão gradativa da Saúde da Família como estratégia para reverter o modelo assistencial presente no nível local.

2.2.3 Necessidade em saúde: elementos para debate

A Estratégia Saúde da Família traz como uma de suas principais diretrizes a importância do trabalho ser desenvolvido dentro do espaço territorial. Mendes (1999) fala sobre o conceito de território como dimensão inerente à vigilância em saúde. Território como um espaço em permanente construção, significando a área geográfica e tudo que existe dentro dela como produto de uma dinâmica social, onde se tensionam os sujeitos sociais postos na arena política. Esse território deverá ser esquadrihado de modo a proporcionar o conhecimento da realidade de saúde que é permeada pela dinâmica das relações sociais, econômicas, políticas e culturais.

O que se busca é redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a se responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente contribuir para a solução dos problemas de saúde (MENDES, 1999, p.162).

Segundo o autor, a pactuação entre as necessidades sentidas pela população e os problemas identificados pela equipe de saúde deve subsidiar as ações do planejamento e programação dos serviços de saúde. Trabalhar com problemas de saúde significa entender a representação social das necessidades sanitárias, derivadas das iniquidades.

Sendo assim, considerar o contexto social, o meio ambiente onde a população vive e a doença ocorre, ou, ainda, que as enfermidades raramente ocorrem de forma isolada, principalmente as que se apresentam por longo período de duração, demonstra a eficácia esperada pela APS (GIOVANELLA, 2006).

Starfield (2004) enfatiza a importância de conhecer as necessidades locais e os determinantes sociais que influenciam o processo de adoecimento de indivíduo e do coletivo, como parte essencial do planejamento da saúde e definição de quais são os serviços necessários para atender à demanda local, proporcionando resolutividade neste nível de assistência. Ressalta a questão da singularidade de cada comunidade na identificação da oferta de serviços.

Nessa mesma perspectiva, Campos (2005) pontua que os serviços característicos da atenção primária não podem ser definitivos ou absolutos, porque a evolução do conhecimento e a dinâmica social estão sempre a exigir mudanças dependentes do contexto, do tipo de serviço, da comparação da realidade e do ponto de vista dos atores envolvidos. Havendo uma preocupação maior na identificação das necessidades locais, o que ocorre de forma independente do serviço diferentemente dos demais níveis de atenção.

É necessário reconhecer que as necessidades em saúde são determinadas social e historicamente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual. Cecílio (2001) reforça que o planejamento em saúde deve ser capaz de explicar as iniquidades, uma vez que a luta pela equidade passa necessariamente pelo entendimento de atores com maior ou menor capacidade de reconhecer, formular e batalhar na defesa de seus interesses e nas estratégias para superação, no geral e no particular.

O autor trabalha com o conceito de necessidade em saúde organizado em quatro conjuntos, sendo: (i) necessidade enquanto “boas condições de vida” a influência do meio ambiente no processo saúde/doença; (ii) necessidade relacionada ao acesso aos serviços e tecnologias de saúde; (iii) necessidade de vínculos afetivos entre usuários e funcionários; (iv) e, por fim, a necessidade de autonomia do sujeito, sua satisfação pessoal. Para o autor, no encontro entre usuário e equipe, o usuário traz uma “cesta de necessidade de saúde” que precisa ser decodificada, envolvendo a capacidade de escutar e entender a dimensão destas necessidades.

Reportamos também à discussão de necessidade com base em Marx e apresentada por Agnes Heller (1986) como um termo vago, indeterminado e totalmente empírico, “necessidade como um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a um certo objeto, sendo este, produto social” (HELLER, 1986, p.170). Incorpora o conceito de necessidades socialmente determinadas “*necessidades sociales*” como as reconhecidas por todos, ou seja, concebida na singularidade, com foco na necessidade de auto-realização da pessoa. Dessa forma, enfatiza a importância de compreender as diversidades existentes entre indivíduos, regiões, estados, países, não sendo possível traçar uma padronização. Destaca, ainda, as “*necessidades sociales*” que devem ser garantidas por meio da implantação de instituições de saúde, educação, lazer e cultura.

Nesse momento, vale destacar o texto constitucional onde a saúde é definida como direito de todos e o atendimento às necessidades deve ocorrer de forma abrangente, compreendendo de forma articulada o conjunto destas necessidades: habitação, educação, alimentação, trabalho, qualidade no meio ambiente, transporte, participação social, direito à liberdade de expressão, lazer etc (MATTOS, 2005).

Para garantir a atenção a este elenco de necessidades, os governos precisam priorizar os investimentos em saúde, no interior e exterior do setor saúde e prover o financiamento sustentável da promoção à saúde. Para assegurá-lo, todos os níveis de governo deveriam tornar explícitas as conseqüências para a saúde das políticas e da legislação, utilizando instrumentos tais como a estimativa de impacto da saúde focalizado na equidade (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Esse debate nos remete a conceitos importantes para a saúde como eqüidade, sendo importante distinguir os conceitos de eqüidade em saúde e no consumo de saúde.

O primeiro avalia as diferentes chances de extratos populacionais distintos adquirirem morbidade ou mortalidade, enquanto que o conceito de equidade no consumo ou uso dos serviços de saúde analisa as diferentes condições de acesso aos serviços de saúde (NERI; SOARES, 2002, p.78).

Kadt e Tasca (1993) contribuem com a concepção de eqüidade em relação à palavra igualdade, esta última utilizada com mais freqüência nas discussões acerca de questões de saúde e tratada, muitas vezes, como sinônimo de eqüidade. Por traz do termo desigualdade, repousa a imagem da dessemelhança, não necessariamente embutida a idéia de iniquidade. Ao contrário, iniquidade implica o conceito de injustiça e não uma parte restrita à idéia de desigualdade e refere-se à questão de justiça social, relacionados com a distribuição de renda, de riquezas e de outros benefícios, assim como opções políticas quase sempre associadas a alocação de recursos.

Segundo Costa e Lionço (2006), na definição de estratégias para o enfrentamento das iniquidades, é necessário que sejam considerados outros condicionantes e determinantes destas iniquidades. Determinantes que vão para além da condição de vulnerabilidade sócio-econômica, mas que envolve a escuta e identificação de situações de exclusão.

A promoção da equidade na saúde não deve se restringir à mera oferta de tratamento igualitário a todos, mas deve sustentar a disposição de fornecer orientação para que os serviços ofereçam o respeito traduzido em práticas e atitudes, destinados a cada cidadão em suas necessidades, reconhecendo as diferenças e singularidades (COSTA; LIONÇO, 2006, p.53)

Atentos à importância de reforçar as ações de promoção, a OPAS vem reafirmar que a estruturação dos sistemas de saúde com foco na APS é a melhor abordagem para produzir melhorias sustentáveis e eqüitativas na saúde da população das Américas, uma vez que possui um conjunto de serviços congruentes com as necessidades locais, conforme recursos disponíveis, preferências culturais e evidências. Destaca uma preocupação na piora das iniquidades em saúde, aumentando a lacuna entre países mais ricos e mais pobres com o surgimento de novos fatores de risco e da

incapacidade da sociedade em lidar com as causas subjacentes da saúde precária e de sua distribuição injusta (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Esse debate ganhou espaço também no Brasil a partir de 2006 com a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). A comissão foi criada com o objetivo de mobilizar a sociedade brasileira e o próprio Governo para entender e enfrentar de forma mais efetiva as causas sociais das doenças e mortes que acometem a população, reforçando o que é socialmente benéfico para a saúde individual e coletiva.

No documento elaborado pela CNDSS há o destaque para o fator mais importante na explicação da situação geral de saúde de um dado país, pois não é a sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui. Destaca, ainda, a deterioração das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos como um importante mecanismo, através do qual as iniquidades de renda têm um impacto negativo sobre a situação de saúde. Reforça o investimento em capital humano e em redes de apoio social como essenciais para a promoção e proteção da saúde. Por fim, as iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

Pelegrini Filho e Buss (2006) destacam que parcelas da população brasileira ainda sofrem de problemas geradores de importantes iniquidades de saúde, tais como o desemprego, a falta de acesso à moradia digna, ao sistema de saneamento básico, a serviços de saúde e de educação de qualidade e a um meio ambiente protegido. No entanto, enfatizam que o avanço neste debate precisa ser acompanhado de correspondente utilização desse conhecimento na definição de políticas de saúde no país.

Preocupação acompanhada por Paim (2006) ao destacar que as desigualdades no campo da saúde repercutem as desigualdades sociais, de modo que a igualdade no acesso à saúde não é o suficiente para garantir a redução das desigualdades no processo de adoecer e morrer entre os distintos grupos sociais. Esta distinção deve

influenciar a elaboração de políticas públicas na perspectiva de ampliar o conceito de necessidades.

Políticas sociais entendidas como ações sociais que visam, por um lado, a promoção da justiça social, e por outro, o combate à miséria, podem, muitas vezes, gerar conflito entre a busca da equidade, através da garantia e da promoção dos direitos sociais de cidadania e a escolha das políticas a serem desenvolvidas, as quais podem gerar modos e graus diferenciados de correção dos desequilíbrios sociais (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005).

Incrementando este debate, Camargo Junior (2003,2005) afirma que as políticas exclusivas de saúde, mesmo definidas amplamente, não são suficientes para dar conta dos problemas de saúde, uma vez que estes agregam uma multiplicidade de desafios complexos que demandam diferentes níveis de abordagem, tanto na sua descrição, quanto no desenho de estratégias de enfrentamento, estabelecendo pautas de ação intersetorial sem incorrer na extensão indefinida do que seria afeito à área da saúde.

As políticas públicas devem ser pautadas no princípio da integralidade, incluindo ações de prevenção como assistenciais,

{...} elas partem de uma apreensão ampliada das necessidades das pessoas portadoras ou não da doença. Uma dimensão específica dessa ampliação é a que diz respeito ao respeito aos direitos das pessoas. A questão aqui não se refere apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde. Refere-se ao conjunto de direitos das pessoas (MATTOS, 2003, p.56-57).

Situar o problema do monitoramento das desigualdades em saúde associadas ao perfil das vulnerabilidades sociais é compreender a necessidade de fazer dialogar diferentes disciplinas. Somente a partir desta perspectiva interdisciplinar é possível construir novas e significativas bases informacionais para o desenho e implementação de políticas de saúde que sejam capazes de dar resposta ao desafio da equidade (MAGALHÃES, 2007).

Dentro de uma visão macro, é preciso implementar políticas públicas que envolvam os aspectos sociais. Admitindo-se as dificuldades típicas do ambiente e suas diversidades no movimento que incentiva a promoção da saúde por meio de ações

que busquem melhorar as condições de vida da população (GARBINATO *et al.*, 2007). Por outro lado, também é necessário rever as ações desenvolvidas no espaço micro. Espaço este onde se opera a prática profissional no campo da saúde com vistas a inserir de fato a interdisciplinaridade e a intersectorialidade em sua rotina de trabalho, dentro de uma abordagem integral.

Nessa mudança de postura e atitude, é importante alterar o foco das ações, desviando o olhar somente para o aspecto curativo das doenças para o “enfoque de risco”, ou seja, quais são os riscos inerentes ao processo de adoecimento da população, de forma a reorientar os serviços de saúde para que atuem sobre os fatores que provocam o dano. Considerando que alguns podem ser facilmente modificados pela implementação de ações do próprio setor saúde e que outros exigirão articulação com outras áreas.

2.3 Avaliação como processo indutor para a melhoria da qualidade na saúde

A avaliação de programas públicos, incluindo a área da saúde, surge no cenário mundial após a Segunda Guerra Mundial com o propósito de acompanhar a aplicabilidade de recursos do Estado e de agências internacionais no financiamento dos serviços. No Brasil, este movimento se faz mais presente após a década de 70 (CONTRANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; BOSI; UCHIMURA, 2002).

Conceituar avaliação não é uma tarefa tão simples, em virtude da grande variação de conceitos.

Para Contandriopoulus *et al.* (1997, p.31).

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

O autor complementa que uma intervenção pode sofrer os dois tipos de avaliação. Na *avaliação normativa* prioriza-se o estudo das normas e critérios, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens

produzidos (processo), e os resultados obtidos. Na *pesquisa avaliativa* utilizam-se os métodos científicos. A análise considera os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento, assim como as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção e o contexto no qual ela se situa.

Segundo Bosi e Uchimura (2007) a aplicação do termo avaliação no campo da saúde tem sido utilizada abstraindo essa polissemia, ao assumir variados desenhos na tentativa de adequar ao escopo da intervenção ou racionalidade científica que dêem significado ao estudo. A consequência disso é a geração de estratégias metodológicas variadas e multidimensionais, proporcionando o surgimento de uma tendência que considera as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde, sugerindo uma superação ao positivismo que marcou sua história.

A avaliação em serviços de saúde é ou deve vir a ser um procedimento habitual e cotidiano na gestão, cujos elementos devem ser articulados com as ações técnicas e administrativas. Portanto, “a avaliação é parte integrante e necessária do planejamento e indispensável no processo de tomada de decisões” (TANAKA; MELO, 2004, p.124).

Deslandes (1997), complementando o pensamento acima, afirma que a avaliação de serviços de saúde deixou de ser considerada um procedimento exclusivamente técnico com a utilização de indicadores pré-definidos para medir a efetividade de determinado programa. Passou a incluir o estudo das representações sociais em saúde, considerando elementos culturais, sociais e econômicos na análise do processo saúde/doença. Este novo formato nos processos de avaliação considera a “consciência histórica” (destaque do autor) dos agentes sujeitos da pesquisa.

Essa visão recebe o suporte de Bosi e Uchimura (2002) ao destacarem a dimensão subjetiva nos estudos avaliativos, sendo fundamental apreender a experiência vivenciada dos atores sociais que interagem com o programa ou serviço avaliado, sejam eles usuários, técnicos, gestores ou políticos.

Vieira-da-Silva (1999) pontua que a avaliação de sistemas de saúde requer a análise de múltiplos atributos e indicadores correlatos com enfoques intensivos, em que alguns aspectos são selecionados para investigação em profundidade. Como exemplo, cita o monitoramento de efetividade através de séries temporais de indicadores como das causas evitáveis e sua correlação com a análise da desigualdade social. Onde, apesar do significado negativo são capazes de monitorar o efeito e a qualidade dos serviços de saúde.

Para essa autora, analisar a implantação de uma política ou programa significa abrir a “caixa-preta”, desvendar as informações capazes de explicar os processos e suas razões. Além de propiciar a avaliação de quesitos sobre planejamento, gestão, pessoal, financiamento, oferta de serviços, participação comunitária, entre outros.

A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações decorre, em grande parte, das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Estas informações do cotidiano, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde (STARFIELD, 2004).

Cabe, agora, fazer uma diferenciação entre monitoramento e avaliação, tensão comum no campo conceitual como também na prática dos serviços de saúde.

O monitoramento corresponderia ao acompanhamento sistemático sobre algumas das características dos serviços enquanto que a avaliação pontual refere-se ao julgamento sobre os mesmos em um determinado ponto do tempo. Dessa forma, em algumas circunstâncias, o monitoramento pode produzir informações para a realização de uma avaliação, mas não corresponder necessariamente a implementação da mesma (VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p.16-17).

Reforçando essas acepções, Campos (2005) considera que um processo avaliativo deve envolver critérios de estrutura, processo e resultados que permitam ao final realizar um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, identificando quais foram os problemas e falhas, levando assim à necessidade de buscar estratégias para correção e novos planejamentos. A avaliação da qualidade não deve ser vista

como um julgamento *a priori*, mas como uma oportunidade de mudança, sendo este o princípio que norteia análises do tipo “auto-avaliação” (destaque do autor).

Partindo desse princípio, Deslandes (1997) destaca que ao analisar estruturas organizacionais, o avaliador deve considerar os atores que objetivam as atividades, pois, são as suas contradições, compreensões, relações e representações que configuram seus processos e direcionam o funcionamento institucional.

Concordando com o autor, Minayo (1991) pontua que as relações sociais no interior das instituições, das classes e dos grupos são complexas, conflitivas e expressam interesses múltiplos e contraditórios.

Hartz (1999, 2005) também chama a atenção para a contextualização dos resultados observados e em que circunstâncias foram coletadas como fatores importantes na realização de pesquisas que avaliam programas ou políticas de saúde, de forma a propiciar uma análise sobre o papel dos serviços de saúde no conjunto de determinantes sociais.

Nesse mesmo seguimento, Bodstein (2002) questiona a análise puramente quantitativa dos indicadores tradicionais como a mortalidade infantil. Aponta a importância de considerar as características locais, o contexto histórico em que se implanta, por exemplo, a Saúde da Família, em virtude da grande diversidade existente num país do porte do Brasil.

Atento a este movimento de reversão do pensar e fazer avaliação no país, e à necessidade de incorporar a avaliação das práticas no campo da saúde, o Ministério da Saúde incentiva a cultura da avaliação como prática institucional para profissionais e gestores não mais como obrigação na prestação de contas a organismos financiadores, ou para medir resultados de programas setoriais, mas qualificar a atenção primária, “contribuindo para a estruturação e sistematização dos processos em todos os níveis da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico” (FELISBERTO, 2006, p.557).

Enquanto operacionalização desta concepção, o Ministério da Saúde em parceria com o Banco Mundial implanta, em 2003, o Projeto de Expansão da Estratégia Saúde da Família (Proesf) para municípios acima de 100 mil habitantes com o objetivo de fortalecer a atenção primária nestes municípios e no Estado, por meio de componentes estruturados para tais finalidades. Com destaque para o componente 3 que tem como principais estratégias as propostas na Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica (PNAB):

- a contratação de Centros Colaboradores para a elaboração de propostas metodológicas de monitoramento e avaliação no âmbito das secretarias estaduais;
- a implantação do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família;
- a dinamização do Pacto de Indicadores;
- as pesquisas avaliativas sobre Atenção Básica através dos Estudos de Linha de Base (ELB) .

A AMQ surge como modelo de avaliação para a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família com o intuito de promover a cultura da qualidade nos diferentes atores do sistema de saúde por meio de instrumentos de auto-avaliação, sendo sua adesão voluntária por parte do gestor municipal.

Partindo da formulação atual da estratégia, esta proposta permite, por meio de instrumentos de auto-avaliação, formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas. Possibilita ainda, a identificação dos estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos da estratégia e a resolução dos problemas verificados, segundo modelo proposto para esse nível de atenção (BRASIL, 2005b, p.14).

O instrumento foi elaborado tendo como foco de análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais em que se consideram os elementos de estrutura, processo e resultado, sendo estabelecidos padrões de qualidade com o propósito de servirem de parâmetros a serem alcançados pelas equipes de Saúde da Família. A metodologia privilegia os processos de trabalho, por entender as possibilidades apresentadas de intervenção após a identificação dos problemas. A gestão municipal também é fortemente considerada, por entender que “a adesão, coordenação e construção das condições favoráveis no município para implantação

e implementação da estratégia são atribuições do gestor municipal da coordenação da Saúde da Família” (BRASIL, 2005b, p.16).

O destaque dado ao instrumento se faz pelo fato do mesmo trazer em sua gênese a idéia da auto-avaliação levando profissionais e gestores a um repensar de papéis, uma vez que são os responsáveis pela concretização das ações a partir da prática cotidiana. Concepções condizentes com o propósito deste estudo, além do fato da proposta ter tido grande aceitação no Estado.

2.3.1 Avaliação na Estratégia Saúde da Família: desafios e possibilidades

No Brasil, cresce o número de pesquisas avaliativas realizadas buscando correlacionar a implantação da Estratégia Saúde da Família com a melhoria dos indicadores de saúde.

No entanto, uma série de questões servem de incremento na reflexão sobre a implementação da Estratégia e suas possibilidades de gerar impacto nas condições de saúde de determinada população. A começar pela qualificação dos profissionais, uma vez que atendem à população em todos os ciclos de vida num perfil generalista. O que requer competências e habilidades para o atendimento clínico individual e o desenvolvimento das ações coletivas, entendendo que uma não suprime a outra.

Reforçando esta preocupação, autores como Ceccim e Feuerwerker (2004) e Gil (2005), referindo-se aos requisitos postos para o desenvolvimento da prática de trabalho na Estratégia Saúde da Família, destacam que os profissionais não estão preparados para atuação em ações de promoção, prevenção, proteção, cura e reabilitação como registrado na NOB/Recursos Humanos de 2003. Seguindo esta concepção, Aguiar (2001) acrescenta a necessidade dos mesmos estarem aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, além de realizarem síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados de indivíduos e famílias, uma vez que grande parte da demanda de trabalho está relacionada às condições sócio-sanitárias em que vive esta população.

Para tanto, Ceccim e Feuerwerker (2004) destacam a necessidade de mudanças no processo de formação para produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde. Apontam que a reformulação das matrizes curriculares para os cursos na área da saúde, deve ter o caráter de urgência, uma vez que é visível o distanciamento entre as políticas de saúde e a política de formação. Ainda, para Viana e Dal Poz (2005) as respostas do aparelho formador são lentas. Os autores defendem que as residências das faculdades de medicina devem incrementar a formação de generalistas, rompendo com a prática fragmentada.

Como consequência, uma vez que os profissionais não recebem durante o período de formação acadêmica informações que propiciem lidar com a complexidade apresentada no cotidiano de uma Unidade de Saúde da Família, torna visível a situação de fragilidade gerando sentimentos de angústia e frustração, sendo fundamental implementar estratégias de suporte a estes profissionais.

Frente a este quadro os profissionais se ressentem da falta de espaços que propicie a troca de saberes e de sentimentos, assim como a inserção de novas tecnologias que possam refletir numa prática profissional mais qualificada. Assim como a necessidade de introduzir ferramentas que possibilitem lidar com as questões advindas pelo desenvolvimento de vínculos com a população, ocasionado pela adscrição clientela, atrelada às visitas domiciliares que permitem conhecer a realidade de vida da população, ocasionando uma percepção maior de suas dificuldades (CAPOZZOLO, 2003; ARAÚJO, 2005).

É importante rever as práticas dos profissionais que atuam no campo da produção da saúde, em função do perfil epidemiológico atual. Essas práticas ainda estão apoiadas no paradigma da multicausalidade e reproduzem em grande medida o modelo preventivista na organização da APS, tanto nas UBSs como fora delas. A mudança ocorre quando a lógica da produção do trabalho passa a ser informada pela determinação social da saúde e da doença que exige do poder público ações coletivas intersetoriais e reorganização do processo de trabalho no setor (HELMANN; MENDONÇA, 2005).

Corroborando de forma propositiva com a preocupação apresentada acerca da prática profissional desenvolvida, Merhy (1997) destaca a importância do investimento nas tecnologias da interação, da escuta e do olhar que consideram acolhimento e produzem autonomia. Para o autor, essas tecnologias denominadas de “leves” permitem e potencializam a organização do trabalho centrada no **trabalho vivo** (grifo nosso), trabalho em ato, ou seja, no momento em que está se realizando a ação ou o encontro entre o usuário e o profissional.

Para Capozzolo (2003) além das dificuldades apontadas no momento de encontro, em que se dá à relação usuário x profissional, existe ainda a sobrecarga pela quantidade de famílias por equipe se contrapondo ao número ainda insuficiente de profissionais que se propõe a atuar na Estratégia com perfil para o envolvimento necessário. Essas considerações recebem reforço dos autores Aguiar (2001) e Conill (2002).

Outro fator preponderante é a regulamentação da rede assistencial, ou seja, como se configura o fluxo de referência e contra-referência entre os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e os demais serviços. Para diversos autores como Pedrosa e Teles (2001), Aguiar (2001), Conill (2002) e Capozzolo (2003) a visão macro da Estratégia é fundamental como medida para evitar o isolamento, além do desgaste profissional e da não interrupção dos planos terapêuticos.

Senna (2002) e Goulart (2002) inserem no debate as dificuldades de implantação da Estratégia nos grandes centros urbanos de forma articulada com a rede básica já existente. Contribuindo com os autores, Sousa (2002) considera que a atenção ainda permanece centrada nos hospitais e nas especialidades médicas, e aponta a baixa capacidade de responder às reais necessidades da população, levando a manutenção da prática de saúde voltada para os períodos de campanha ou cumprimento de metas específicas de determinados programas.

Seguindo com o elenco de desafios que precisam ser superados para a consolidação da Saúde da Família, não podemos deixar de mencionar, a necessidade de combater a alta-rotatividade presente em quase todos os municípios do país, fator este que interfere diretamente no estabelecimento de vínculos, ao

interromper o acompanhamento de doenças e agravos, bem como das demais atividades.

A alta-rotatividade está relacionada ao volume e condições de trabalho, precariedade do vínculo e baixa remuneração (AGUIAR, 2001; ARAÚJO, 2005). É necessária a realização de concursos públicos para a incorporação de novos profissionais (CAPOZZOLO, 2003). Garantir a estabilidade profissional significa uma estratégia essencial para qualificar a prática, por meio do acúmulo de conhecimentos e habilidades. Além de permitir tornarem mais conscientes e duradouras as propostas de formação (GIL, 2005).

No entanto, as condições precárias de trabalho, não se limitam ao vínculo empregatício ou aspectos estruturais. Araújo (2005) reporta aspectos gerenciais, destacando que ainda resiste uma cobrança sistemática por produtividade, se contrapondo à proposta de realizar atendimentos mais humanizados e acolhedores, levando os profissionais a um sentimento de exaustão e impotência.

Como consequência, muitos profissionais não encontram suporte adequado, incluindo no campo emocional, para desenvolver a prática de trabalho de acordo com os princípios postos pela Estratégia Saúde da Família, optando por rever seu espaço de atuação profissional.

Até então, vários desafios foram apresentados para a consolidação da Estratégia. Desafios estes que envolvem propostas de superação nos níveis micro e macro, ou seja, desde a mudança que se opera no espaço das relações interpessoais entre profissionais e usuários até as mudanças que envolvem órgãos nas três esferas de governo, dentro e fora do setor saúde. Relacionar estes desafios é tarefa essencial para identificar os conflitos presentes e, conseqüentemente, elaborar estratégias que possam intervir na situação apresentada.

Por fim, há também que se considerarem os avanços oportunizados pela implementação da Estratégia, a começar pelo próprio processo evolutivo saindo de uma conotação de programa isolado para a definição de estratégia, havendo

concordância quanto à viabilidade de sua trajetória e efeitos positivos na integralidade (CONILL, 2002).

Segundo Cavalcante *et al.* (2006) a implantação da Estratégia Saúde da Família teve influência decisiva na reorientação do modelo de atenção à saúde e como estratégia de substituição total da rede básica, sendo a base para a estruturação da atenção básica no município de Camaragibe - PE.

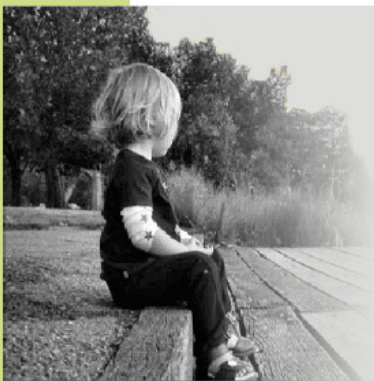
Outro destaque vai para o fortalecimento da relação entre comunidade e serviço de saúde. Em recente pesquisa, cujo propósito era comparar os serviços prestados pelas Unidades de Saúde da Família (USF) e UBSs tradicionais no município de São Paulo, conclui-se que os usuários são mais favoráveis a USF e ao desempenho dos profissionais, com relação às dimensões do enfoque familiar e comunitário, sugerindo a capacidade de constituir um sentimento de pertencimento a um ideário de cuidado à saúde, o que implica confirmar a importância do vínculo nas práticas desenvolvidas no campo da saúde (ELIAS *et al.*, 2006).

O desenvolvimento de vínculos de acordo com o tempo de implantação e de permanência dos profissionais também aparece em outros estudos como fator importante na consolidação da Estratégia Saúde da Família (AGUIAR, 2001; CONILL, 2002; CAPOZZOLO, 2003; ARAÚJO, 2005).

Ainda, Aguiar (2001) considera que, em contrapartida aos desafios colocados para a consolidação, os profissionais produzem muito mais, atendem mais casos, resolvem mais problemas, criam vínculos e interferem na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Capozzolo (2003) destaca também a gratificação pelo trabalho em equipe na busca de soluções para os casos específicos. Pedrosa e Teles (2001) consideram aspectos positivos, tais como a autonomia para gerenciar as atividades dentro das UBSs, o retorno dado à população, caracterizando maior confiabilidade da comunidade ao trabalho desenvolvido.

Assim, a Estratégia vem se configurando como uma proposta possível de mudança de paradigma nas práticas assistenciais, tendo como aspectos centrais a superação do curativo pelo preventivo, do foco na ação mono setorial para a intersetorial, da

exclusão para a universalização (GOULART, 2002). Continua o autor, a Saúde da Família abre novos cenários com uma expansão marcante, mesmo chocando-se com as contradições políticas, profissionais e culturais.



3- Desenho metodológico

Chegaram ao lugar luminoso onde a verdade esplandecia seus fogos. Era dividida em metades diferentes uma da outra.

Carlos Drummond de Andrade

3 DESENHO METODOLÓGICO

3.1 Delimitação do Estudo

A delimitação do objeto de estudo e a identificação do caminho que irá seguir durante a pesquisa são pontos primordiais para o pesquisador que percebe na construção de um trabalho teórico a oportunidade de refletir sobre sua *práxis*, uma vez que

{...} a construção de uma teoria está intimamente vinculada à prática social de seu produtor... a produção de idéias, de representações, da consciência está diretamente entrelaçada à atividade prática dos homens, enquanto asseguram as condições necessárias à sua existência (FRANCO, 1999, p.210).

Portanto, a questão a ser respondida pelo trabalho de pesquisa, começou a ser formulada antes do processo seletivo para o mestrado, já nas inquietações inerentes à prática profissional, sendo delineada à medida que se buscou aprofundar o objeto de estudo. Precisava então, traçar o desenho metodológico entendendo por metodologia

{...} o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade...o conjunto de técnicas que constituem o instrumental secundário em relação à teoria, importante no sentido de levar para a prática as questões formuladas abstratamente, além da experiência do pesquisador com seu potencial criativo e, sua capacidade de “perceber através das questões específicas levantadas, as correlações multilaterais e sempre mutáveis que cercam a realidade objetiva” (MINAYO, 1992, p.22-23).

Em virtude da característica do objeto, seguimos um caminho qualitativo no desenho metodológico, entendendo a importância de buscar o significado e a intencionalidade inerentes aos fatos abordados. Trata-se, então, de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, embora tenha um componente quantitativo analisado estatisticamente.

Buscamos em Minayo (2001, p.21-22) reforçar a escolha pela abordagem qualitativa, por esta

{...} responder a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das

relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Incrementando essa concepção, Bosi (2007) afirma que o enfoque qualitativo é necessário para tornar visível elementos invisíveis nas generalizações e nas estatísticas abstratas que as representam. Refere-se ao que não admite expressão numérica, ou seja, à produção simbólica que não pode ser objetivada sem perder sua essência (anotações de aula⁶).

Quanto à integração da pesquisa quantitativa e qualitativa, Goldemberg (1999, p.62) pontua que esta “permite ao pesquisador fazer um *cruzamento* de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produtos de um procedimento específico ou de alguma situação particular”. Esta combinação de elementos para estudar o mesmo objeto possibilita maior descrição, explicação e compreensão do mesmo.

Minayo *et al.* (2005) define que trabalhar com o conjunto de elementos e procedimentos propostos é muito mais amplo e complexo, pois conjuga: a presença do avaliador externo; as abordagens quantitativas e qualitativas; e, de forma relevante, a análise do contexto, da história, das relações, das representações e a participação.

A autora complementa que a investigação se dará de forma mais significativa quando integrar a auto-avaliação. “Além da integração objetiva e subjetiva no processo de avaliação, essa proposta inclui os atores do projeto e do programa não apenas como objetos de análise, mas, principalmente, como sujeitos de auto-avaliação” (MINAYO *et al.*, 2005, p.29).

Concordando com o pensamento anterior, Tanaka e Melo (2004) afirmam que a avaliação de serviços ou programas de saúde se processa muito mais no sentido de aprimorar o que já vem sendo realizado e que o produto destes serviços é o resultado da interação ocorrida entre usuário e os profissionais da saúde. Para a

⁶ Aula ministrada para o Curso de Monitoramento e Avaliação em Vitória-ES

análise do processo de trabalho, a abordagem qualitativa passa a ser considerada quase indispensável.

Sendo assim, acreditamos que de acordo com as considerações descritas, a abordagem qualitativa contribui com a construção desta pesquisa avaliativa, favorecendo na análise de todas as etapas.

3.2 Caracterização do Cenário

Para contextualizar o cenário de pesquisa, faz-se necessário inserir informações sobre o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo, acreditando que esta caracterização contribuirá de forma significativa na análise dos resultados alcançados.

3.2.1 Implantação da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo

O Estado do Espírito Santo possui, atualmente uma população de aproximadamente 3.400.000 habitantes, distribuídos em 78 municípios, sendo 58 com população inferior a 30.000 habitantes (cerca de 75%) e 09 acima de 100.000 (cerca de 11%).

Para melhor visualizar o cenário em que se realizou a pesquisa, faz-se necessário apresentar o desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo, lembrando que a divisão administrativa e política no setor saúde vêm atender à NOAS 01/2002. O Estado está dividido em três macrorregiões (Norte, Sul e Centro) e oito microrregiões (Cachoeiro de Itapemirim, Guaçuí, Vila Velha/Venda Nova do Imigrante, Serra/Santa Teresa, Vitória, Colatina, Linhares e São Mateus), alterando a divisão anterior de quatro macrorregiões e doze microrregiões (ESPÍRITO SANTO, 2003), conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1. Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo; 2003.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

- △ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO

Macrorregião Norte - Colatina - Linhares :

Microrregiões:

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

Macrorregião Centro - Vitória

Microrregiões:

- Serra - Santa Teresa
- Vitória
- Vila Velha - Venda Nova do Imigrante

Macrorregião Sul - Cachoeiro

Microrregiões:

- Cachoeiro de Itapemirim
- Guaçuí



Fonte: SESA, 2003.

O Espírito Santo possui uma economia diversificada com destaques para o movimento portuário, indústria moveleira, agropecuária, além de contar com grandes empresas na área de celulose e siderúrgicas. Também encontra no turismo grande fonte de recursos, cada vez mais com possibilidades de avanço na prática do ecoturismo.

Nos últimos anos, devido a novas descobertas no campo petrolífero, o Estado ganhou destaque no cenário nacional, com grandes possibilidades de crescimento econômico, e perspectivas de repercussões na melhoria da qualidade de vida da população através do incremento das políticas públicas. Segundo o Instituto de Pesquisas do Espírito Santo (IPES), em 2006, o Espírito Santo apresentou um crescimento real do Produto Interno Bruto (PIB) de 4,9% e uma participação de 2% em relação ao do Brasil (IPES, 2006).

No entanto, este crescimento econômico apresentado pelo Espírito Santo nos últimos anos não representa mudanças na melhoria de indicadores de qualidade de vida, quando analisamos o mapa estadual por regiões, demonstrando que este crescimento gerou novas necessidades de consumo por serviços públicos e privados, mas não combateu as desigualdades e iniquidades regionais.

Ainda nos deparamos com questões relevantes de diversidade. Permanecem, no desenho estadual, dois pólos que merecem destaque por possuírem os piores indicadores sócio econômicos como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e analfabetismo, assim como a maior deficiência no acesso a serviços: o extremo norte (compreendendo municípios das microrregiões de Colatina e São Mateus) e a região do Caparaó no sul do Estado (microrregião de Guaçuí).

Estas regiões tradicionalmente se configuram nas mais dependentes econômica e politicamente do governo estadual/federal no desenvolvimento de políticas públicas, estando visível a necessidade de investir em projetos e políticas governamentais que repercutam de fato na qualidade de vida das pessoas ao reduzir a desigualdade social.

Atento a este quadro de iniquidade existente no cenário estadual e à necessidade de ampliar o número de equipes de Saúde da Família, o então Secretário de Estado da Saúde publica a portaria estadual n° 183 de dezembro/1999 que incentivava financeiramente a implementação da Estratégia Saúde da Família para municípios com população abaixo de 25 mil habitantes que alcançassem cobertura populacional acima de 80% (ESPÍRITO SANTO, 1999). Com o advento desta portaria há uma expansão em números de municípios que aderem à Estratégia, conforme pode ser

visualizado no quadro abaixo, registrando a evolução do percentual de cobertura, comparando o Espírito Santo com a região Sudeste e Brasil, na série histórica 1998 a 2004:

Quadro 1 – Percentual de cobertura populacional de Saúde da Família: Brasil, Região Sudeste, Espírito Santo; 1998 - 2004.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil	6.55	8.77	17.58	25.60	32.05	35.68	40.00
Sudeste	4.94	5.82	12.31	17.07	23.03	26.44	29.00
Espírito Santo	3.0	4.0	19.6	31.0	36.0	37.0	42.0

Fonte: BRASIL/2005a

Como resultado da publicação desta portaria houve um notável aumento na cobertura dos municípios do interior, elevando o número de equipes e criando impacto na cobertura populacional nos anos 2000 e 2001. A microrregião de Guaçuí foi a que mais se beneficiou com a portaria, em virtude do seu porte populacional, sendo Alegre o município mais populoso com 32.708 habitantes.

No quadro a seguir, aparece a relação de cobertura populacional, corroborando a análise comparativa entre as microrregiões do Estado. Pode-se visualizar uma cobertura populacional da Estratégia menor nas microrregiões de Serra/Santa Teresa, Vitória e Vila Velha, uma vez que estas possuem os municípios⁷ com maior concentração populacional o que significa necessitar de contratar um número elevado de equipes para repercutir no percentual de cobertura.

⁷ No Estado, seis municípios acima de 100 mil habitantes estão inscritos no Proesf, cujo objetivo é a expansão da Saúde da Família nos grandes centros urbanos.

Quadro 2 – Distribuição de população e percentual de cobertura⁸ populacional dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Saúde da Família (PSF) e Saúde Bucal (PSB) por microrregião no Espírito Santo; dez/ 2006.

Microrregião	População	Cobertura de PACS (%)	Cobertura de PSF (%)	Cobertura de PSB (%)
Colatina	399.608	100	56	47
São Mateus	241.267	100	59	34
Linhares	258.466	100	72	53
Serra/Santa Teresa	490.125	55	29	21
Vitória	741.631	61	39	8
Vila Velha/Venda Nova do Imigrante	700.960	61	36	23
Cachoeiro de Itapemirim	421.809	100	67	43
Guaçuí	162.294	100	100	57
Estado	3.416.160	87	49	30

Fonte: MS/SIAB, competência dezembro de 2006.

Em dezembro de 2006, o ES contava com 5.178 agentes comunitários de saúde com uma cobertura de 87% da população, 487 equipes de saúde de família com uma cobertura de 49% da população e 293 equipes de saúde bucal com uma cobertura de 30% da população, atuando na estratégia saúde da família em 73 dos 78 municípios do estado.

Vale registrar um breve histórico do processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no ES, registro este que esbarrou na precariedade de registros oficiais, levando a uma complementação de informações por meio de registro oral com técnicos que acompanharam todo o processo e permaneceram na Secretaria de Estado da Saúde (SESA).

Sendo assim, ressalta-se que o ES foi o penúltimo estado da União a fazer adesão à Estratégia junto ao Ministério da Saúde, por uma questão de opção da política de saúde existente naquele momento. O processo só deslanchou após várias reuniões entre técnicos do Ministério da Saúde, com grande apoio do DAB/MS, da SESA e Municípios.

⁸ Percentual baseado na forma de cálculo do MS utilizado para repasse de incentivo financeiro.

Foram definidas pela SESA, inicialmente, duas linhas de trabalho: sensibilização dos principais atores para a viabilização da Estratégia Saúde da Família e realização dos cursos de capacitação das equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde (ACS). No terceiro trimestre de 1997, foi realizado o I Seminário Estadual de Saúde da Família, objetivando informar e sensibilizar gestores municipais e instituições de ensino superior sobre a proposta. Visando subsidiar as discussões, foram apresentados experiências do Ceará e municípios de Niterói e Olinda (ESPÍRITO SANTO, 2002).

O processo de adesão ocorreu de forma gradual. Em julho de 1998 iniciou-se, em 18 municípios, os primeiros processos seletivos para a contratação de agentes comunitários de saúde, realizados pela Coordenação Estadual, chegando em dezembro do mesmo ano com o PACS implantado em 34 municípios. Ainda, em julho do mesmo ano, 4 municípios: Anchieta, Aracruz, Atílio Vivacqua e Domingos Martins, iniciaram o processo de contratação dos profissionais para a composição das equipes e ao final do ano eram 15 municípios num total de 25 equipes.

No decorrer destes anos a Coordenação Estadual ampliou sua estrutura, passando a contar com o apoio fundamental de técnicos dentro das quatro Superintendências Regionais de Saúde (SRS), possibilitando assim a descentralização de ações como acompanhar os processos de seleção e orientar na implantação da Estratégia, além de realizar supervisões técnicas com o intuito de acompanhar o desempenho nos municípios, sistematizando sucessivos processos avaliativos⁹ principalmente a partir de 2001.

Os resultados¹⁰ desses processos avaliativos apresentam como maiores entraves no processo de consolidação: falta de uma definição Estadual para repasse de incentivo financeiro; falta de profissionais para a contratação; estruturas físicas

⁹ Processo de monitoramento em todas as equipes de Saúde da Família conduzido pelo Ministério da Saúde em 2002; Realização de supervisões em todos os municípios com Saúde da Família em 2003 ocorrendo seleção de equipes a serem entrevistadas; Processo de certificação em todas as equipes de Saúde da Família no ano de 2005.

¹⁰ Informações provenientes do processo de certificação realizado em 2005 pela Coordenação Estadual da Atenção Primária em 100% dos municípios e cerca de 96% das equipes de Saúde da Família no Espírito Santo. O processo proporcionou um diagnóstico da estrutura e processo de trabalho das equipes, visando contribuir para o seu planejamento. Trata-se de uma avaliação normativa, de caráter dicotômico, sendo que as normas e diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde para a implantação e implementação subsidiaram a elaboração do instrumento de coleta de dados.

inadequadas e insumos insuficientes; falta de compreensão acerca do papel substitutivo por parte dos gestores; insegurança com relação ao vínculo empregatício, levando muitos profissionais a optarem pela residência em outras áreas ao longo dos anos (ESPÍRITO SANTO, 2006a).

No entanto, se contrapondo a este cenário negativo, os processos avaliativos também apontam várias melhorias com relação às condições de saúde da população adscrita, após a implantação, os destaques foram:

- aumento do acesso aos serviços de saúde;
- relatam a maior preocupação da população com o auto cuidado;
- observam a redução das internações gerais;
- destacam o diagnóstico precoce.

Demonstram, por conseguinte, a importância do trabalho desenvolvido e o impacto ocasionado em determinados indicadores de saúde, apesar das condições precárias de trabalho interferindo na qualidade e resolutividade dos serviços ofertados.

Esta contradição sobre os avanços e as dificuldades encontradas na prática de trabalho das equipes de Saúde da Família vem demonstrar que é possível melhorar o desempenho das equipes frente às condições de saúde da população assim como gerar impacto nos indicadores de saúde. Demonstra ainda, a postura pró-ativa, no momento em que os profissionais saem da prática do consultório para a realização de atividades educativas complementares.

3.2.2 Um olhar territorializado sobre a microrregião de Guaçuí

Conforme desenho do PDR, a microrregião de Guaçuí, possui onze municípios, totalizando uma população de 162.294 habitantes, se constituindo na microrregião menos populosa do Estado. Sua sede é o município de Guaçuí, localizado a 210 km de Vitória, com 28.157 habitantes, sendo identificado enquanto sede da microrregião por atender aos critérios estabelecidos pela NOAS/2002 quanto ao elenco de serviços de média complexidade, assim como possuir unidade hospitalar.

A escolha pela microrregião se deu pelo fato da mesma ter a maior cobertura populacional de Saúde da Família, cerca de 100%, praticamente desde a implantação da Estratégia no estado, possibilitando correlacionar os resultados da série histórica das internações por CSAA com as ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família. Para tanto, era necessário agregar informações que possibilitassem caracterizar a microrregião com cenário de pesquisa. Sendo assim, os dados apresentados a seguir servem de incremento à análise do estudo proposto.

Dados sócio-econômicos:

A microrregião tem sua economia centrada no setor agropecuário com destaque para o plantio de café que carece de melhorias no tocante a necessidade de mudanças tecnológicas e comercialização da produção. Em segundo plano, despontam atividades como pecuária leiteira, olericultura, fomento florestal e turismo, além de culturas de subsistência e/ou complementação de renda, tais como milho, arroz e feijão. No setor turístico destaca-se o potencial para o desenvolvimento do ecoturismo e do agroturismo, podendo ter como fator de impulsão o Consórcio para o Desenvolvimento Sustentável da Região do Caparaó (IPES,2006)

Essa cultura agrária faz com que 57,2% da população sobreviva das atividades agropecuárias, 8,9% das atividades industriais, 9,2% e 24,3%, estão nas atividades de comércio e prestação de serviços respectivamente. Cerca de 40% das famílias, possui renda mensal inferior a dois salários mínimos (IPES, 2006).

Contribuindo com esta caracterização, encontramos no PDR 2003, informações de que a taxa de analfabetismo é maior que 15% em dez municípios, enquanto a taxa média do Espírito Santo é de 10,9%, dois municípios possuem o IDH menor que 0,7, considerados baixos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ibitirama e Divino de São Lourenço.

Dados referentes à rede de serviços assistenciais.

Compreendendo a importância na definição de uma rede de serviços assistenciais, como quesito para atender ao princípio da integralidade, o próximo quadro vem

agregar informações acerca dos serviços existentes nos municípios da microrregião. Pode-se observar que a concentração de serviços encontra-se no nível primário da assistência.

Quadro 3 – Relação de ofertas de serviços assistenciais, por município da microrregião de Guaçuí, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES); 2006.

Município	UBS	USF	Especial. médicas/ fisioter.	Unidade Amb. Hospit.	Saúde mental	SADT	Laboratórios
Alegre	11	10	1	1	1	1	1
Bom Jesus do Norte	1	4	-	-	-	-	-
Divino São Lourenço	-	3	-	-	-	-	-
Dores do Rio Preto	2	1	-	-	-	-	2
Guaçuí	8	1	1	1	-	-	2
Ibatiba	-	8	1	1	-	-	1
Ibitirama	-	3	1	-	-	2	2
Irupi	3	3	-	-	-	-	1
Lúna	5	3	1	1	-	-	3
Muniz Freire	3	3	1	1	-	1	2
São José do Calçado	1	4	1	1	1	-	1
Total	34	43	7	6	2	4	15

Fonte: DATASUS/CNES/2006

Com relação à rede de serviços hospitalares, dos onze municípios, seis possuem hospitais gerais, sendo: cinco de 51 a 100 leitos, um de 31 a 50 leitos e cinco não têm hospitais. Nota-se uma escassez na oferta de serviços interferindo na composição da rede assistencial, sendo que em Bom Jesus do Norte, Divino de São Lourenço, Dores do Rio Preto e Irupi não existe Pronto Atendimento registrado, ocasionando uma dependência assistencial relacionada aos municípios vizinhos.

Evolução da cobertura populacional de Saúde da Família.

A evolução histórica é apresentada de acordo com o ano de implantação da saúde da família nos municípios que compreendem a microrregião. A fonte de dados para este levantamento foi o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) tendo

como base a população cadastrada¹¹ no sistema, por considerarmos ser esta forma de cálculo mais condizente com a realidade.

Percebe-se que, exceto os municípios de Guaçuí e Dores do Rio Preto que iniciaram o processo de implantação das equipes de Saúde da Família, respectivamente em 2001 e 2002, os demais já possuem a estratégia desde 2000 com expressiva cobertura, o que vem se mantendo, tornando-a com o percentual de cobertura mais alto, conforme já destacado no quadro 2.

Quadro 4 – Percentual de cobertura populacional de Saúde da Família, por município da microrregião de Guaçuí, 2000-2005.

Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alegre	49	57	64	66	68	69
Bom Jesus do Norte	66	84	63	90	90	87
Divino de São Lourenço	80	98	93	94	90	91
Dores do Rio Preto	-	-	23	48	55	95
Guaçuí	-	-	20	18	63	69
Ibatiba	41	77	74	77	76	74
Ibitirama	88	99	98	99	97	92
Irupi ¹²	79	100	100	100	100	99
Iúna	8	5	59	46	56	58
Muniz Freire	26	43	66	67	66	72
São José do Calçado	68	100	98	97	96	100

Fonte: SIAB/SESA.

Lembrando que, em virtude do porte populacional a maioria dos municípios foi contemplado pela Portaria Estadual nº183/99 que repassava incentivo financeiro para a Estratégia Saúde da Família, ampliando substancialmente o número de equipes. Além do fato de que com poucas equipes alcançavam uma cobertura populacional superior a 70% recebendo o incentivo federal¹³ no valor mais alto dentro da escala estabelecida.

¹¹ Para o repasse do incentivo financeiro o MS adota a seguinte fórmula de cálculo: n° de equipes x 3450 / pop. residente.

¹² Apesar de aparecer com cobertura acima de 80% o município foi excluído da pesquisa de campo em virtude de ter ficado longos períodos entre 2002 e 2005 sem profissionais médicos e enfermeiros.

¹³ Até 2004 o repasse do incentivo federal era feito seguindo uma escala de cobertura populacional cujo valor maior era para cobertura acima de 70%.

O conjunto destas informações se constitui na justificativa para a escolha do cenário onde se desenvolverá a pesquisa. Ou seja, o interesse pela microrregião vem da sua especificidade quando observamos uma realidade de municípios de pequeno porte, menos de 30 mil habitantes, precárias condições sócio-econômicas, menores IDHs, alta taxa de analfabetismo, a dificuldade de acesso a rede de serviços assistenciais, se contrapondo a alta cobertura da Estratégia Saúde da Família.

A configuração deste cenário, propiciará avaliar a Estratégia Saúde da Família e seu impacto no indicador de saúde selecionado, internações por CSAA em menores de 5 anos, considerando, no entanto, a interface com outros aspectos que direta ou indiretamente também ocasionam impactos nas condições de saúde, como: renda, saneamento, escolaridade até mesmo a questão cultural.

3.3 Sujeitos da pesquisa

3.3.1 Os municípios selecionados

A definição dos municípios para a pesquisa de campo ocorreu após a realização do estudo da série histórica das internações por CSAA através da análise de tendência. O critério preponderante foi ter acima de 80%¹⁴ de cobertura populacional em Saúde da Família durante o período 2000 a 2005. Identificados então, os municípios de Ibitirama e Divino de São Lourenço.

Os municípios selecionados possuem características condizentes com os demais municípios da microrregião, com forte destaque para a economia agrária, em que a maior parte da população vive na zona rural. Em Ibitirama a população cadastrada pelo SIAB como zona rural chega a 65% do total, e em Divino de São Lourenço, 35%. Destaque que em Divino de São Lourenço a rede assistencial é formada apenas pelas três Unidades de Saúde da Família sendo que na unidade sede funciona também a administração da Secretaria Municipal de Saúde e o Centro de Atendimento com diversas especialidades incluindo pediatria, ginecologia e

¹⁴ Apesar de autores como Mendes (2002) afirmar que a consolidação da Estratégia Saúde da Família caracteriza-se por uma cobertura populacional acima de 70%, optamos por trabalhar com cobertura acima de 80% em virtude dos dados apresentados apontando grande homogeneidade na caracterização dos municípios.

obstetrícia e uma sala de repouso. Nenhum dos municípios selecionados possui hospital.

Em Ibitirama a situação não é muito diferente, a equipe de Saúde da Família da sede funciona no mesmo espaço que a administração da Secretaria Municipal de Saúde, o Centro de Atendimento de diversas especialidades incluindo pediatria, ginecologia e obstetrícia e, onde se localiza também o Pronto Socorro (P.S.).

Vale destacar que a referência hospitalar dos dois municípios é Guaçuí sede da microrregião. Os casos mais complexos são encaminhados para Cachoeiro de Itapemirim sede da macrorregião.

Selecionados os municípios, iniciaram-se os contatos com os Secretários Municipais de Saúde para viabilizar o trabalho de campo. Os contatos foram realizados por telefone em virtude da distância dos municípios, ambos estão localizados a mais de 250 km de Vitória. A aceitação foi imediata, assim como a disponibilidade para a realização da pesquisa. Seguindo de vários outros contatos, desta vez com a Coordenação Municipal da Estratégia ou com as próprias enfermeiras das equipes, explicando como se desenvolveria esta etapa da coleta de dados, esclarecendo que seria realizada uma dinâmica de grupo, frisando sempre a importância de contar com **todos os profissionais** que atuam nas equipes (grifo nosso).

Este fato merece destaque pelas ausências significativas em ambos os municípios, uma vez que, apesar de todas as seis equipes estarem completas de acordo com informações cadastrais do SIAB, não houve participação de nenhuma equipe de Saúde Bucal em Ibitirama e em Divino de São Lourenço apenas uma participou. Outro fato que nos chamou atenção foi a pouca adesão dos médicos, apenas três dos seis participaram da pesquisa.

3.3.2 Conhecendo as equipes participantes

Parafraseando Minayo *et al.* (2005), ao se desenvolver um estudo de abordagem qualitativa é necessário levar em conta a “participação e as percepções dos sujeitos

envolvidos na criação e na implementação dos programas sociais. Além de considerar as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações” (p.27).

Sendo assim, os sujeitos desta pesquisa, foram todos os profissionais que fazem parte da organização dos processos de trabalho nas Unidades de Saúde da Família dos municípios selecionados, totalizando seis equipes e um total de 46 técnicos participantes.

Ibitirama – Equipe 1

Equipe atende na zona rural. Formada há sete anos. Equipe mínima completa, com sete agentes comunitários de saúde, inclusive com Saúde Bucal. A Unidade de Saúde de referência foi recém-inaugurada, boa estrutura física, mas com problemas de umidade. A equipe atende também em outros pontos do território, onde não tem a mesma estrutura. Não apresentam problemas com falta de equipamentos ou medicamentos para o desenvolvimento do trabalho, possuem veículo disponível para atender todo o território.

Participaram da coleta de dados: o médico, a enfermeira, 5 ACS (dos ACSs ausentes, um está de licença e o outro não compareceu e não justificou a ausência), o técnico de enfermagem e a recepcionista.

Ibitirama – Equipe 2

Equipe atende na sede e parte da zona rural. Formada há sete anos, funciona no Pronto Socorro na sede do município, juntamente com a Secretaria de Saúde e alguns ambulatórios. O consultório médico fica junto aos demais, onde atende prioritariamente aos pacientes da sua área, a demanda é espontânea. Também trabalha no atendimento a urgência do P.S. e faz as ultrassonografias do município. A sala da enfermeira é separada do P.S., mas no mesmo prédio. Realiza preventivos e acompanha hipertensos e diabéticos como as únicas atividades restritas à sua área.

Participaram da coleta de dados: médico (chegou um pouco atrasado porque estava atendendo urgência no PS), enfermeiro, 6 ACS (um não participou) técnico de enfermagem que também atende no PS.

Ibitirama – Equipe 3

Equipe atende na zona rural. Formada há sete anos. Equipe mínima completa, não houve menção à Saúde Bucal, embora esteja no SIAB. A equipe atende também em mais cinco pontos no território, as áreas são bem distantes umas das outras. Dos cinco pontos de atendimento consideram dois com boa estrutura física, um razoável e dois funcionam em escolas desativadas, sem condições para desenvolver bons trabalhos. Não apresentaram problemas com falta de equipamentos ou medicamentos para o desenvolvimento do trabalho, possuem veículo disponível para atender todo o território. Esta é uma área precária do município, segundo relato da equipe.

Participaram da coleta de dados: a enfermeira, 4 ACS, o técnico de enfermagem, o médico é pediatra, mas não participou, pois estava atendendo no P.S.

Ibitirama – Equipe 4

Equipe atende na zona rural. Formada há sete anos. Equipe mínima completa, seis agentes comunitários, não mencionam Saúde Bucal como parte da equipe, embora esteja no SIAB. A equipe atende também em quatro pontos no território, três com boa estrutura e um sem condições, na área da Igreja. Não apresentam problemas com falta de equipamentos ou medicamentos para o desenvolvimento do trabalho, possuem veículo disponível para atender todo o território. Se constitui também numa área precária do município.

Participaram da coleta de dados: a enfermeira, 3 ACS, o técnico de enfermagem, o médico.

Divino de São Lourenço: Equipe 1

Equipe atende na zona rural. Formada há oito anos. Equipe completa, estando a Saúde Bucal inserida desde 2004. Atende em quatro pontos, uma vez por semana em cada lugar, a Saúde Bucal fica todos os dias na Unidade de referência por ser a única com estrutura para atendimento na área, os pacientes das outras microáreas são agendados para lá. Apenas a Unidade de Saúde de referência possui uma estrutura melhor, os demais pontos de apoio, possuem basicamente o consultório médico. Não apresentam problemas com veículo para atendimento nas áreas.

Participaram da coleta de dados: enfermeira, odontóloga, ACD, técnico de enfermagem, dois ACS, o médico se desculpou por estar com problemas de saúde.

Divino de São Lourenço – Equipe 2

Equipe atende na sede do município. Formada há oito anos. Equipe completa, porém não entenderam que a Saúde Bucal deveria ser inserida na dinâmica, e esta não estava presente no momento da coleta de dados. Atende na Unidade Central onde também funciona a Secretaria Municipal de Saúde e um Centro de Atendimento que inclui entre outras, especialidades como pediatria, ginecologia. Unidade de Saúde com boa estrutura, não há problemas relacionados à falta de equipamentos.

Participaram da coleta de dados: enfermeira, técnico de enfermagem, nove ACS, o médico não participou, a justificativa dada pela coordenadora é de que não havia como agendar a participação dele em virtude da agenda do mesmo.

Retratamos a seguir, um quadro com o tempo de permanência de cada categoria profissional por equipe, sendo, no caso dos ACSs fizemos uma média. Sendo possível visualizar a falta de informações sobre a inserção dos profissionais de Saúde Bucal na equipe.

Quadro 5 – Tempo de permanência, em meses, por categoria profissional, por equipe de Saúde da Família em Ibitirama e Divino de São Lourenço, abr/2007.

Categoria profissional	Equipe 1 Ibitirama	Equipe 2 Ibitirama	Equipe 3 Ibitirama	Equipe 4 Ibitirama	Equipe 1 D.S.L.	Equipe 2 D.S.L.
Médico	24	48	12 ¹⁵	8	12	24
Enfermeiro	6	18	10	9	1	17
Cirurgião Dentista	-	-	-	-	30	4
Técnico de Enfermagem	48	74	12 ¹⁶	30 ¹⁷	84	96
ACD	-	-	-	-	30 ¹⁸	4
ACS	72	74	60	36	36	60
Recepcionista	24	-	-	-	-	-

Fonte:Entrevista com as equipes, 2007

Para a realização desta etapa, a participação dos sujeitos da pesquisa, enquanto atores envolvidos no processo, foi fundamental para alcançar o propósito esperado,

¹⁵ Tem um ano de trabalho nesta equipe, mas há três está no município onde atuava em outra equipe.

¹⁶ Tem ano de trabalho nesta equipe, mas há 7 anos está na Saúde da Família, atuava em outra equipe.

¹⁷ Era ACS antes nesta mesma equipe.

¹⁸ Era ACS antes nesta mesma equipe.

ou seja, captar o significado da organização de trabalho para os profissionais frente às internações por CSAA. Deixando sempre claro que as informações obtidas eram fruto da prática do trabalho deles. Embora houvesse um roteiro pré-definido para condução da dinâmica, este poderia ser alterado de acordo com a motivação e o ritmo de participação de cada equipe, dentro de uma conotação auto-avaliativa.

Vale destacar, que poucos dias antes da coleta de dados todas as equipes haviam recebido técnicos da Coordenação Estadual da APS e da Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim para capacitação dos instrumentos da AMQ. Fato este mencionado com frequência durante as entrevistas, inclusive com o propósito de incrementar as reflexões acerca do papel da equipe na organização do trabalho desenvolvido.

3.4 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi dividida em duas fases sendo que a primeira compreendeu o levantamento das internações por CSAA, o indicador de saúde, identificando a causa de internação mais significativa nas crianças menores 5 anos residentes nos municípios da microrregião de Guaçuí no período de 2000 a 2005.

Para Minayo *et al.* (2005), indicadores são parâmetros elaborados quantificados ou qualitativamente que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo adequadamente conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (de resultados). São como sinalizadores que buscam expressar sinteticamente um aspecto da realidade (variável). “No entanto, seu grande valor é possibilitar a construção de meios de verificação dos rumos das mudanças que se quer produzir” (p.106).

Adotamos neste trabalho a lista com a relação das CSAA formulada por Billings de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID -9), adaptada à classificação do CID -10 vigente a partir de 1998. Esta lista sofreu uma adaptação para o Brasil após oficinas de consenso realizadas em Fortaleza e Curitiba, passando a incorporar

condições relativas à Saúde Mental, Hipertensão na Gravidez/Eclampsia e Doenças do Rim e Trato Urinário (ANEXO A).


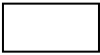
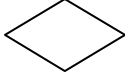
Utilizamos o Sistema de Internação Hospitalar (SIH) como banco de dados, e o Excel como programa de computador para elaboração das planilhas e gráficos contribuindo para a análise de tendências. A escolha pelo SIH se deu pelo fato do mesmo, ser considerado pelo Ministério da Saúde, fonte oficial para base de cálculos dos diversos indicadores existentes que analisam as internações hospitalares. O SIH foi escolhido em detrimento ao SIAB apesar deste ser o sistema de informação alimentado pelas equipes de Saúde da Família e de estar implantado em todos os municípios do Estado.

O SIAB caracteriza-se por ser um sistema territorializado, fornecendo indicadores populacionais (morbidade, mortalidade e de serviços) de uma determinada área de abrangência. Propõe, com isso, que se conheçam as condições de saúde dessa população adscrita, bem como os fatores determinantes do processo saúde-doença. No entanto, a sua não atualização e as constantes falhas encontradas no *software* podem distorcer o retrato fornecido da realidade local. Silva e Laprega (2005) destacam que a falta de supervisão e de controle da qualidade dos dados produzidos pelas equipes compromete sobremaneira a própria confiabilidade das informações geradas.

Para a realização da pesquisa de campo, compreendendo a segunda fase da coleta de dados, utilizamos como técnicas: o fluxograma analisador e entrevista grupal semi estruturada, entendendo que “na maioria das investigações avaliativas, várias técnicas qualitativas são utilizadas e combinadas, visando a produzir um conhecimento mais aprofundado da realidade” (MINAYO *et al.*, 2005, p.91).

Fluxograma analisador: é uma técnica apropriada para analisar o processo de trabalho. Constitui-se numa representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. É uma forma de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho cotidiano. Procura-se revelar as relações ali estabelecidas entre os trabalhadores e desses com os usuários, os nós-críticos do processo, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios. Retrata assim, todos os processos e interesses implicados

no desenvolvimento da prática de trabalho dos profissionais de saúde. (MERHY *et al.*, 2003).

O desenho do fluxograma é representado pelas seguintes figuras: a elipse  que representa tanto entrada quanto a saída do processo de produção de serviços; o retângulo  que mostra as etapas de trabalho, momento de intervenção, ação; o losango  que representa momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho. (Os fluxogramas desenhados pelas equipes entrevistadas encontram-se nos apêndices deste trabalho).

A escolha do fluxograma como técnica de coleta de dados neste estudo se justifica pela possibilidade que o mesmo oferece de inserir a equipe de saúde da família como sujeitos participantes da pesquisa. Fazendo com que, ao mesmo tempo em que contribuam com informações para a pesquisa avaliativa, também realizem uma auto-análise de seus processos de trabalho.

Utilizamos o levantamento das interações por CSAA como elemento traçador e ponto de partida para a dinâmica. Ponto de partida sim, uma vez que se iniciou com o debate sobre este elemento, mas com o fluir da discussão e de acordo com o grupo, outras informações passaram a ser agregadas, levando a uma reflexão sobre a organização do processo de trabalho como um todo.

Barboza e Fracoli (2005) destacam a importância do “fluxograma analisador” como técnica para coleta de dados, contribuindo na capacidade do profissional em identificar a necessidade de rever os instrumentos de trabalho que vem utilizando, para realizar suas práticas de saúde, conseguindo entender a importância do planejamento participativo para o trabalho em equipe.

À medida em que aprofundávamos em estudos acerca do fluxograma analisador, buscávamos identificar que outra técnica poderia ser agregada proporcionando melhor aprofundamento das questões levantadas durante a construção do fluxograma. Optamos pela técnica de entrevista.

Entrevistas: Ludke e André (1986) destacam que a grande vantagem sobre as outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos. “Como se realiza cada vez de maneira exclusiva, seja com indivíduos ou em grupos, a entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam sobremaneira eficaz na obtenção das informações desejadas” (p. 34).

São baseadas no uso de guia de entrevistas, que consta de uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordadas durante as mesmas. A ordem exata e a redação das perguntas podem variar para cada entrevistado. O pesquisador pode encontrar e seguir pistas e novos temas, que surgem no curso da entrevista, mas o guia é um conjunto de instruções claras relativas às principais perguntas a serem feitas ou aos temas a serem explorados (TOBAR; YALOUR, 2001, p.101).

Contrariando a idéia inicial de que utilizaríamos entrevistas individuais, optamos por realizar as entrevistas grupais semi-estruturadas tendo um roteiro como guia para sua condução (APÊNDICE A). O instrumento foi elaborado de forma a contemplar as questões levantadas com o aprofundamento teórico sobre o tema, abordando a organização do processo de trabalho relacionado ao atendimento específico da faixa etária estudada, com destaque para itens como: acesso, organização da demanda, fluxo de referência, estrutura, ações de prevenção, equipe.

A opção pela entrevista grupal ocorreu após a primeira ida a campo, quando observamos que encerrada a fase do fluxograma algumas pessoas queriam continuar falando sobre as questões ali levantadas, como, por exemplo, o trabalho em equipe, sendo este um momento muito rico e propício para complementar as informações do roteiro, que na entrevista individual poderia se perder. A oportunidade de trocar informações foi fundamental não só enquanto trabalho de pesquisa, mas, também, por propiciar ao grupo um momento para repensar a rotina de trabalho.

As entrevistas foram utilizadas como complementação das informações obtidas nas técnicas anteriores, contribuindo com a análise final do trabalho. O processo de construção do fluxograma foi muito dinâmico. À medida que apareciam questões importantes envolvendo a organização do processo de trabalho, ocorria um debate participativo dos integrantes da equipe. No encerramento da realização do

fluxograma analisador, era perguntado se haveria alguma coisa que o grupo gostaria de alterar no fluxograma, aprofundando assim, a análise acerca do processo de trabalho até então desenvolvido, despertando no grupo uma auto-avaliação, com a identificação dos nós-críticos e, por vezes, apontavam naquele momento sugestões para reverter à situação apresentada. O registro deste momento subsidiou a construção das categorias analisadas.

Na opção pela entrevista grupal e buscando aproveitar a fala de todos, optamos por registrar num bloco de notas, sabendo que:

O registro feito através de notas durante a entrevista certamente deixará de cobrir muitas coisas ditas e vai solicitar a atenção e o esforço do entrevistador, além do tempo necessário para escrever. Mas, em compensação, as notas já representam um trabalho inicial de seleção e interpretação das informações emitidas. O entrevistador vai percebendo o que é suficientemente importante para ser tomado nota e vai assinalando de alguma forma o que vem acompanhado com ênfases, seja do lado positivo ou do negativo (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 37).

Neste momento contamos com o apoio de profissionais de saúde da SESA, enquanto observadores, contribuindo com o registro das falas, e das expressões faciais, gestos e posturas, oportunizando a troca acerca do observado.

Os dados coletados seguiram as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos que constam na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, conforme aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, em 26 de abril de 2006. (ANEXO B)

Todo encontro iniciou-se com a explicação sobre o trabalho de pesquisa, como desenvolveria a dinâmica para coleta de dados, seguindo da solicitação para assinatura de todos os membros presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (APÊNDICE B)

Como o contato foi feito sempre com a coordenação municipal ou com um membro da equipe, era comum, ao se chegar ao local para a coleta de dados, perceber a ansiedade nos olhares e a expectativa de uma visita da “Secretaria de Estado da Saúde”, embora deixasse claro o papel de pesquisadora.

Importante destacar que nas ciências sociais o sujeito não é neutro, assim como o objeto pesquisado se torna sujeito e interage permanentemente com o investigador (MINAYO, 1992). A escolha do tema de pesquisa está relacionada à prática profissional do pesquisador, ou seja, o objeto faz parte da construção social do sujeito pesquisador, “não há como olhá-la de fora, à margem da prática social, procurando neutralidade para decifrar “objetivamente” seus “recortes” no mundo encastelado da academia ou das instituições de pesquisa” (FRANCO, 1999, p.214).

Cada encontro durou em média 90 minutos, conduzido pelo moderador/pesquisador, dependendo do rendimento do grupo e da receptividade à dinâmica proposta. Alguns grupos eram mais participativos e entrosados, fazendo com que se prorrogasse a discussão e exigindo poucas intervenções do moderador. Outros grupos já eram mais inibidos. O destaque é para a participação dos agentes comunitários de saúde e em algumas equipes pelos técnicos de enfermagem, que por conhecerem não só a rotina de trabalho, mas também as peculiaridades da comunidade levavam a condução da dinâmica com muita propriedade. A agenda era feita de forma a entrevistar duas equipes por dia, uma em cada turno.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de dezembro/2006 a abril/ 2007 e contou com a realização de um piloto no município de Lúna, também inserido na microrregião com as mesmas características sócio-econômicas dos dois selecionados, porém sem atender ao critério de cobertura populacional. A realização do piloto confirmou a aplicação da dinâmica sendo necessário, no entanto, alterar alguns itens do roteiro de perguntas.

3.5 Análise dos dados

Os dados coletados na primeira fase, propiciaram o estudo da série histórica das internações por CSAA no período de 2000 a 2005 com ênfase na faixa etária de 0 a 5 anos, tendo como fonte o banco de dados SIH. Esses dados foram analisados estatisticamente utilizando-se o Excel como programa de computador. Sendo elaborados gráficos e tabelas que possibilitaram a realização de análise de

tendência, apontando resultados quantitativos importantes para subsidiar a condução da segunda fase.

Com relação aos dados coletados na pesquisa de campo, estes foram analisados de acordo o estudo do conteúdo das falas registradas no momento do trabalho com as equipes. A opção pela técnica deu-se devido ao fato do “objetivo da análise de conteúdo reside em traduzir fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento quantitativo ou qualitativo, organizando-os de modo tal que adquiram significação para a teoria” (TOBAR; YALOUR, 2001, p.105).

Ainda, segundo Bardin (1977, p. 42), a análise de conteúdo é entendida como

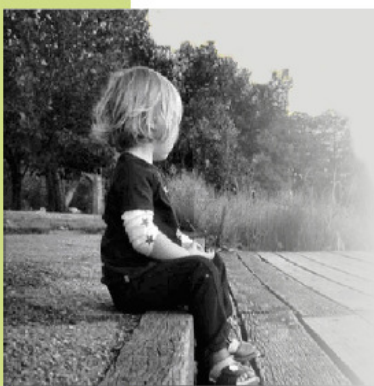
{...} um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que contém informação sobre o comportamento humano atestado por uma fonte documental e tem como objetivo compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.

A análise se processou de forma a agrupar num primeiro momento as informações obtidas e analisadas na etapa quantitativa, com o desenho do fluxograma analisador e os registros das falas, identificando o que aparece de comum entre as equipes e os municípios. Propiciando assim, uma triangulação das técnicas utilizadas durante a pesquisa.

A tarefa de análise implica, num primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p.45).

Após o agrupamento das informações, identificamos eixos nos roteiros das entrevistas grupais que proporcionasse trabalhar o conjunto de informações de forma sistematizada, detectando temas mais freqüentes, formando categorias que foram analisadas tendo como base o referencial teórico existente sobre o objeto. A formação das categorias pretende tomar “em consideração a totalidade do texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a freqüência de presença (ou de ausência) de itens de sentido” (BARDIN, 1977, p.36-37).

Foram formados os eixos: acesso, atendimento, acompanhamento e o trabalho na Estratégia Saúde da Família, seguindo a lógica apresentada na construção dos fluxogramas.



4- Análise das interações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA)

...Precisa-se simplesmente de loucos de amor, de amor que transcende toda a hierarquia, que quebra paradigmas; amor que cada ser humano deve despertar e desenvolver dentro de si e pôr a serviço da vida própria e alheia; amor cheio de energia, amor do diálogo e da compreensão, amor partilhado e transcendental...

Denise Pisaneschi

4 ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL (CSAA)

4.1 A escolha do indicador na avaliação da Estratégia Saúde da Família

Alguns estudos descritos por Caminal e Casanova (2003), Bermudez-Tamayo *et al.* (2004), Starfield (2004), comprovaram que a qualidade e garantia do acesso aos serviços prestados no primeiro nível de atenção, tendo um atendimento adequado à patologia, diagnóstico precoce e tratamento contínuo, além do acompanhamento feito pelo mesmo profissional de saúde, interferem diretamente na diminuição de taxas de internações hospitalares.

Estes estudos foram realizados em países como Canadá, Estados Unidos e Espanha, tendo como indicadores as taxas de hospitalizações para problemas sensíveis à atenção ambulatorial associadas à oferta de serviços. O monitoramento das causas de internação sensíveis à atenção ambulatorial é um indicador que mede a utilização dos serviços hospitalares por problemas de saúde que poderiam ter sido prevenidos e controlados através de uma atenção primária efetiva e de qualidade.

Com relação à escolha das internações por CSAA como indicador, justifica-se pelo reconhecimento do mesmo, para a avaliação da atenção primária, além de atender as características acima mencionadas. Destaque deve ser dado ao fato deste se constituir como um indicador *negativo* da qualidade na atenção, devido à sua característica de evitabilidade, pela melhoria das condições de vida e ampliação do acesso à efetiva atenção à saúde (MALTA; DUARTE, 2007). O que significa dizer que, não importando a quantidade, as internações por CSAA representam um quadro inaceitável em função de serem previsíveis e sua ocorrência demonstra as iniquidades e a má qualidade nos serviços da APS.

O conceito de condições sensíveis à atenção ambulatorial foi desenvolvido por John Billings durante a década de 1980, ocasionando a elaboração de uma lista, relacionando as causas de hospitalizações como reflexos indiretos de problemas

com o acesso aos serviços de saúde e a efetividade da atenção primária (AGENCY FOR HEALTH CARE AND RESEARCH QUALITY, 2005)

Caminal e Casanova (2003, p.133) reforçam esta concepção,

El fundamento que sustenta este indicador es que una elevada capacidad de resolución por parte de la APS, atribuible al incremento de las medidas preventivas, así como a la mejora de los tratamientos ambulatorios, debería implicar una disminución de los ingresos hospitalarios.

Assim como, Bermudez-Tamayo et al concluíram, em estudo utilizando CSAA como indicador, que: “ha encontrado una asociación entre las tasas de hospitalización por estos procesos y características organizativas de la atención primaria (tasa más bajas en municipios con centro de salud y modelo reformado)” (2004, p.310).

Entender a variedade de determinantes que configuram o contexto de atuação de profissionais na atenção primária é fundamental para o desenvolvimento de suas ações. No entanto,

{...} a maioria das enfermidades não podem ser prevenidas, e o objetivo da atenção é reduzir a duração da doença ou o desconforto e incapacitação associados a ela. Assim, as medidas de condição de saúde mais apropriadas para avaliar o impacto de intervenções são aquelas que determinam diretamente o efeito dos serviços de saúde no contexto das vidas e aspirações diárias das pessoas (STARFIELD; 2004, p. 88).

Para tanto, é importante conhecer o perfil epidemiológico da população adscrita, quais são os agravos mais comuns que necessitam de intervenções constantes e que devem ser resolvidos no âmbito da atenção primária, e quais são os que necessitam de uma intervenção mais especializada, incluindo internação.

4.1.1 A contextualização dos resultados no território pesquisado

Estudos realizados no Brasil, examinando todas as internações do SUS no ano de 2001, mostraram que as internações por CSAA significaram 27,4% do total de internações; quando se retiraram os partos, que não são condições patológicas, esse percentual subiu para 33,8%, representando um gasto de 6,675 bilhões que poderiam ter sido evitados (MENDES, 2002).

As tabelas¹⁹ abaixo permitem a análise comparativa entre os valores referentes às internações gerais e por CSAA apresentados pelo Estado e da microrregião Guaçuí, sendo, em seguida, possível visualizar a tendência por meio da representação gráfica.

Tabela 1

Número e percentual das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no número de internações gerais – Espírito Santo; 2000 - 2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número total das internações	197.708	191.923	202.450	203.772	198.552	198.300
Número de internações por CSAA	56.755	55.045	54.117	52.002	51.918	52.443
Percentual das CSAA no total de internações	28,71	28,68	26,73	25,41	26,15	26,45

Fonte: SIH/MS

Tabela 2

Número e percentual das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no número de internações gerais – microrregião de Guaçuí; 2000 - 2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número total das internações	13.896	14.239	14.700	14.150	13.259	14.083
Número de internações por CSAA	5.462	5.688	5.118	4.684	4.576	4.958
Percentual das CSAA no total de internações	39,31	39,95	34,82	33,10	34,51	35,21

Fonte: SIH/MS

Gráfico 1

Comparação entre o percentual das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no número de internações gerais; Estado e microrregião de Guaçuí; 2000 - 2005.

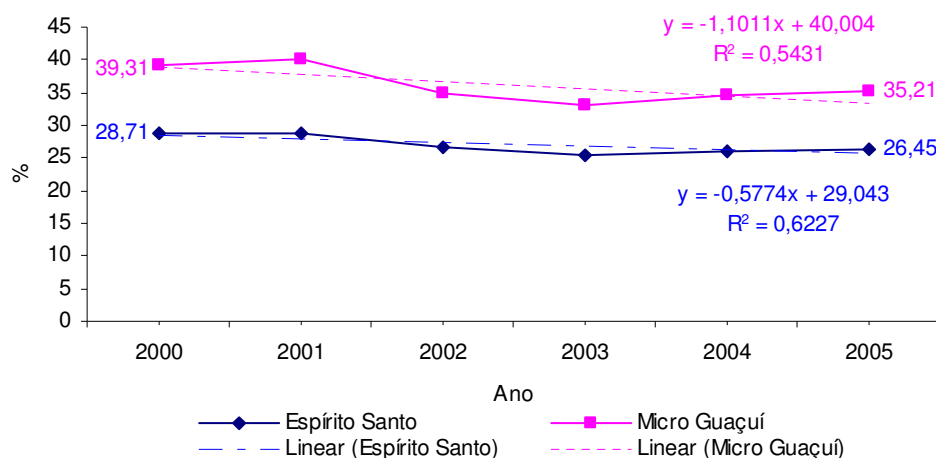


Figura 1: Internações por CSAA, 2000 a 2005 - ES

Fonte: Datasus/MS

¹⁹ Optamos por trabalhar com números absolutos

Observamos que a análise de tendência linear das internações por CSAA, referente ao período de 2000 a 2005, demonstra que a cada ano houve uma redução de 1.10 nas internações por CSAA na microrregião de Guaçuí saindo de 39,31% em 2000 para 35,21% em 2005 e de 0.57 no Estado de 28,71 para 26,45 no mesmo período. No entanto, apesar da queda, o percentual das internações por CSAA no total das internações gerais é bastante significativo, destacando que os resultados da microrregião estão acima dos resultados do Estado que por sua vez também superam o percentual do país, 23,7% em 2004 (WONG; PERPETUO; BERSTEIN; 2006).

Ao analisarmos o R^2 que representa o coeficiente de determinação, ou seja, a confiança do dado, identifica como resultados: 0,54 para a Microrregião Guaçuí e 0,62 para o Espírito Santo, demonstrando que a queda não foi significativa de fato em virtude das oscilações no período.

Ressaltamos que os dados foram coletados através do programa TABWIN disponível no site do DATASUS, tendo o SIH/SUS como banco de dados alimentado através do preenchimento das AIHs. A confiabilidade no SIH se faz pelas mudanças ocorridas no sistema após receber críticas de técnicos da área e por este contemplar cerca de 70% das internações realizadas no Brasil, abrindo possibilidade para estudo (PERPETUO; WONG, 2006).

Buscamos, então, como próximo passo, identificar dentro do grupo quais seriam as causas que apareceriam com maior impacto, sem divisão por faixa etária. As principais causas foram pneumonia²⁰, seguida da gastroenterite e insuficiência cardíaca. Vale destacar, que a soma das oito causas apresentadas representa mais de 80% relacionadas com o grupo todo das internações por CSAA. Optamos por, neste momento, demonstrar apenas os dados da microrregião de Guaçuí uma vez que os do Estado foram compatíveis e por ser este o cenário de nossa pesquisa.

²⁰ Optamos por trabalhar com números absolutos, uma vez que os valores são baixos.

Tabela 3

**Número de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial por causa selecionada
– microrregião de Guaçuí; 2000 a-2005**

Causas de internação	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Tendência	R²
Pneumonia	1.065	1.164	610	625	695	701	-91,77	0,51
Gastroenterite	788	895	726	715	580	740	-34,17	0,39
Insuficiência cardíaca	805	768	653	540	614	690	-32,86	0,39
Saúde mental	540	486	548	495	482	511	-6,00	0,16
Hipertensão	444	442	537	559	424	520	9,94	0,10
Asma	469	412	378	349	371	325	-24,91	0,84
Bronquite	458	424	459	269	272	254	-47,60	0,78
Infec. trato urinário	232	357	321	272	282	290	0,46	0,00
Total do grupo	4.801	4.948	4232	3824	3720	4031	-226,91	0,69
Total das intern. por CSAA	5.462	5.688	5.118	4.684	4.576	4.958	-179,71	0,60
Percentual do grupo no total das internações por CSAA	87,90	86,99	82,69	81,64	81,29	81,30	-1,46	0,83

Fonte: SIH/MS

Observamos, na tabela acima, que, embora tenha ocorrido uma diminuição em todas internações por CSAA, no desmembramento por causa, é visível que esta redução não ocorre de forma uniforme. O maior destaque na redução se deve às infecções respiratórias especialmente internações por pneumonia proporcionando um grande peso junto às demais que demonstram certa estabilidade.

É possível que este resultado ocorra devido aumento de acesso aos serviços de saúde e a aquisição de equipamentos adequados, por se tratar de doenças em que a redução das internações está mais diretamente relacionada ao setor saúde e suas intervenções.

Destacamos o grau de confiança apresentado pela gastroenterite que demonstrou uma redução anual de 34,17% mas, com o coeficiente de determinação de 0,39, demonstrando falta de estabilidade durante o período estudado, não sendo possível afirmar que houve queda significativa das internações por esta causa.

Quando separamos as causas por faixa etária, foi possível identificar que a pneumonia está presente em todos os grupos, mas com acentuada participação na faixa etária acima de 50 anos. Ao mesmo tempo em que se identifica a

gastroenterite como a causa mais significativa na faixa etária menor de 5 anos, superior inclusive a soma de todas as infecções respiratórias presentes no grupo (pneumonia, asma, bronquite) representando mais de 50%.

Tabela 4

Número de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA); por faixa etária, segundo principais causas. Espírito Santo; 2005²¹

Causas de internação	<1^a	1-4a	5-14a	15-49a	50e+a	Total	Soma de <1 e 1-4a	Representação% de <1 e 1-4a
Pneumonia	89	142	50	107	313	701	231	32,95
Gastroenterite	113	266	120	130	111	740	379	51,22
Insuficiência Cardíaca	1	0	1	69	619	690	1	0,14
Saúde mental	0	0	0	409	102	511	0	0,00
Hipertensão	0	1	0	129	390	520	1	0,19
Asma + bronquite ²²	22	125	51	70	311	579	147	25,39
Infecção do trato urinário	15	18	25	162	70	290	33	11,38
Total	240	552	247	1076	1916	4031	792	19,65

Fonte: SIH/SUS

A escolha pela ênfase na faixa etária menor de 5 anos, se deu pelo fato da saúde da criança ser uma das áreas prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde enquanto desenvolvimento de ações da atenção primária, e também pela especificidade desta faixa etária, no que requer maior cuidado e atenção dos profissionais que atuam no campo da saúde.

Além da faixa etária, também era preciso identificar o *elemento traçador*, cujo objetivo era proporcionar a análise desejada acerca da organização dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família, proposto neste estudo, uma vez que:

O uso de traçadores tem como base o fato de que determinados eventos ou problemas de saúde podem ser utilizados como parâmetros de análise para a qualidade da assistência. Para ser classificado como um traçador, esse tem que ser de fácil identificação, permitir revelar como cada parte do sistema funciona, não isoladamente, mas relacionadas umas às outras. Pressupõe-se que a forma de prover o cuidado rotineiramente determine a ocorrência ou não deste evento, condição ou problema de saúde (CAMPOS, 2005, p.566).

²¹ Foram feitas simulações com os anos 2000, 2002 e 2005 optamos por demonstrar 2005 por ser o mais recente, uma vez que não houve diferenças significativas entre eles.

²² Em virtude dos sintomas serem parecidos e de acontecer frequentemente confusões diagnósticas entendemos que poderíamos somar as duas causas sem prejuízo no resultado.

Ter o elemento ou condição traçadora “previamente estabelecida facilita a definição de focos na avaliação das ações programáticas de saúde abrangendo os múltiplos “pontos de atenção” envolvidos na integração dos serviços (HARTZ; CONTRANDIOPOULOS, 2004, p.5)

Encontramos então, na gastroenterite o elemento traçador que nos proporcionaria desenvolver a segunda etapa do estudo, a pesquisa de campo. Este resultado difere dos dados apresentados no estudo de Perpetuo e Wong (2006) em que a principal causa nesta faixa etária permaneceu a pneumonia, aparecendo a gastroenterite em segundo lugar.

Tendo em vista as dificuldades em estabelecer parâmetro em virtude dos diversos fatores que interferem no resultado das internações por gastroenterite, buscamos visualizar em quadros comparativos a situação dos municípios que compõe a microrregião de Guaçuí assim como a situação desta frente às demais microrregiões do Estado.

Tabela 5

Coeficiente de Internações Hospitalares (CIH) por gastroenterite na faixa etária 0 – 5 anos; por município na microrregião Guaçuí; 2000 - 2005.

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Tendência	R²
Alegre	2,26	2,21	2,52	4,15	3,81	5,46	0,64	0,85
Bom Jesus do Norte	2,54	0	0	0,49	0	0	-0,35	0,41
Divino de São Lourenço	1,88	0,18	0,36	1,26	0,35	0,69	-0,13	0,14
Dores do Rio Preto	0,51	0,33	0,49	3,05	1,9	0,77	0,24	0,18
Guaçuí	1,76	2,96	3,54	5,38	4,27	3,5	0,41	0,40
Ibatiba	2,67	3,75	1,65	0,52	1,5	1,62	-0,38	0,40
Ibitirama	0,19	1,68	0,91	0,81	1,06	1,71	0,16	0,28
Irupi	1,43	2,92	1,4	0,35	0,09	1,02	-0,33	0,38
Lúna	2,38	5,04	2,99	0,44	0,54	0,63	-0,71	0,52
Muniz Freire	0,95	1,45	2,21	1,16	0,76	1,17	-0,06	0,04
São José do Calçado	1,77	2,23	2	0,94	0	1,39	-0,28	0,40
Micro Guaçuí	1,83	2,64	2,14	2,03	1,76	2,12	-0,04	0,05

Fonte: SIH/SUS

Destaque para os municípios de Alegre e Lúna, por ambos apresentarem aumento e redução significativa durante a série histórica. O município de Bom Jesus do Norte também merece destaque por não apresentar nenhuma internação por gastroenterite por quatro anos (2001, 2002, 2004 e 2005). Os demais municípios

acompanham a análise do quadro abaixo no que se refere à oscilação durante o período. Anexamos ao trabalho um quadro representando os números absolutos.

Tabela 6
Coeficiente de Internações Hospitalares (CIH) por gastroenterite na faixa etária 0 – 5 anos;
Estado e microrregiões - 2000 - 2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Tendência	R ²
São Mateus	1,57	1,36	1,32	1,44	1,27	1,67	0,01	0,01
Micro Colatina	2,15	2,22	2,24	2,37	1,68	1,46	-0,14	0,53
Micro Linhares	1,29	1,19	0,98	1,2	0,64	0,83	-0,11	0,63
Micro Vitória	0,72	0,72	0,84	0,77	0,85	0,89	0,03	0,76
Serra/Sta Teresa	0,64	0,79	0,94	1	0,93	1,1	0,08	0,84
Micro Vila Velha	0,97	1,29	1,31	1,26	1,09	0,96	-0,02	0,05
Micro Cachoeiro	0,6	0,6	1,09	1,59	1,13	1,6	0,20	0,72
Micro Guaçu	1,83	2,64	2,14	2,03	1,76	2,12	-0,04	0,05
Estado	1,09	1,2	1,26	1,34	1,1	1,21	0,01	0,05

Fonte: SIH/SUS

O Coeficiente de Internações Hospitalares (CIH) foi calculado utilizando o número de internações hospitalares dividido pela população residente. Sendo o numerador²³ obtido através do preenchimento das AIHs registradas no SIH e o denominador a população estimada para o período pelo IBGE disponível no site do DATASUS.

Optamos por não trabalhar com a população considerada SUS dependente, 70% conforme dados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) estimada de 1998 a 2003, mas considerando 100% como usuárias do SUS, entendendo que toda a população está exposta ao risco de internação. Buscamos no SIAB informações da microrregião com relação a este dado, verificando que Alegre é o município que obtêm valor maior com cerca de 10% da população coberta com plano de saúde. Lembrando que a microrregião tem 100% de cobertura do Programa Agentes Comunitários de Saúde responsáveis pelo cadastro das famílias, proporcionando confiabilidade a este dado.

Analisando os dados apresentados no quadro anterior, num primeiro momento observa-se que no geral as internações por gastroenterite demonstram certa estabilidade na análise de tendência e o baixo fator de confiança uma vez que há

²³ Utilizamos as seguintes causas conforme codificação do CID-10 (A 000, A020, A029, A030-A039, A048-A049, A050- A059, A060,A069, A071, A080-A085, A09 ,A090) presentes na lista das CSAA em anexo. Sendo as infecções diarréicas de maior relevância dentro do grupo.

muita oscilação entre os anos. Ao compararmos os dados com resultados encontrados em outros estudos onde a prevalência em 2001 encontrada para o Nordeste foi da 15,4% e 5,9% para o Sul do país (TEIXEIRA; HELLER, 2005), pode-se considerar baixos os valores encontrados no Estado. No entanto, o destaque deve ser feito ao compararmos os resultados presentes na microrregião Guaçuí com o Estado e demais microrregiões.

Os CIHs na microrregião de Guaçuí são significativos por não apresentarem diminuição, ao contrário da microrregião de Colatina que apresenta valores também altos comparados ao Estado, no entanto com diminuição acentuada a partir de 2004. Outro destaque é para a microrregião de Cachoeiro de Itapemirim que demonstra aumento significativo a partir de 2002, permanecendo até o final da série histórica estudada.

Destacamos que das causas apresentadas, possivelmente a gastroenterite seja a que mais recebe interferência de outros fatores que extrapolam as ações dos serviços de saúde, o que nos remete às considerações teóricas realizadas ao longo deste estudo acerca da importância de considerar os determinantes sociais no processo saúde/doença numa abordagem integral, suscitando a necessidade de implementar ações intersetoriais. Sendo assim, entendemos que a gastroenterite não pode ser analisada sem realizar sua contextualização, considerando aspectos específicos. Para isto foi preciso agregar informações acerca do perfil epidemiológico da microrregião, das condições sanitárias, assim como correlacionar com dados sócio-econômicos.

4.1.2 A relação da gastroenterite com os determinantes sociais

Apesar da redução apresentada nas últimas décadas, as doenças diarréicas ainda aparecem como causa importante de morbi-mortalidade em crianças menores de 5 anos, sobretudo em países em desenvolvimento, sendo a segunda causa de internação no Brasil (LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004; TEIXEIRA; HELLER, 2005; PONTUAL; FALBO; GOUVEIA, 2006).

Parte desta redução se deve à introdução do Programa de Terapia de Reidratação Oral (TRO) adotado a partir da década de 80. Cavalcante e Silva (2003) apontam também outros fatores que contribuíram para esta redução como: programas de suplementação alimentar, imunização infantil, melhoria no saneamento básico e incentivo ao aleitamento materno. Para Silva *et al.* (1999) vários fatores interferem na diferença existente entre as internações: pobreza, raça, etnia, acesso a serviços de saúde, baixa escolaridade entre outros.

Muitos casos são passíveis de cuidados domiciliares com o uso de tecnologias simples, que dependem muito de fatores como: escolaridade dos responsáveis, condições de higiene do domicílio, suporte alimentar e a própria relação de afetividade presente na família. Uma vez que, a maioria das infecções gastrointestinais são autolimitadas, necessitando de manejo baseado em dois aspectos principais: correção da hidratação e alimentação, evitando a desidratação e ao mesmo tempo manter um aporte adequado de nutrientes, garantindo a recuperação da criança e a manutenção do seu crescimento (PONTUAL; FALBO; GOUVEIA, 2006)

Embora estes fatores extrapolem o âmbito do setor saúde, a manutenção do indicador reporta à necessidade de avaliar as ações de controle desenvolvidas pelos serviços existentes, assim como as estratégias de intervenção utilizadas para este controle. Nesse momento, é fundamental a compreensão por parte das equipes de saúde, da realidade vivenciada pelas famílias residentes no território adscrito. Conhecer, não apenas o perfil epidemiológico, mas inserir no acompanhamento informações acerca dos aspectos sócio-econômicos e culturais. Reforçando estas concepções, Contandriopoulos (1998, p.200) cita que “as relações existentes entre os contextos sociais, culturais, ambientais, econômicos e a saúde são particularmente complexas e ainda mal conhecidas”.

As causas estão relacionadas a vírus, bactérias, protozoários ou o rotavírus como agente etiológico. Vários estudos evidenciam a correlação da doença com o desmame precoce, fatores ambientais, sanitários, demográficos e determinantes sócio-econômicos: nível de escolaridade da mãe, práticas inadequadas de higiene física e alimentar, aglomerações no domicílio, baixa renda ((LOPES; VIEIRA-DA-

SILVA; HARTZ, 2004; TEIXEIRA; HELLER, 2005; PONTUAL; FALBO; GOUVEIA, 2006).

No SIAB encontramos informações que demonstram condições sanitárias ainda precárias, no que tange ao acesso relacionado ao tratamento de água e esgoto e recolhimento do lixo justificado talvez, pelo fato destes municípios terem áreas rurais extensas.

Corroborando com a análise, estudos recentes realizados pelo Núcleo de Análise e Tendências (NAST) da SESA, sobre a mortalidade infantil no Estado reforçam a importância na elaboração de propostas que possibilitem intervir nesta microrregião, uma vez que neste indicador seus dados também merecem destaque ao compararmos seus coeficientes com os do Estado.

O estudo destaca que, dos 60 óbitos ocorridos em 2005, 50 são redutíveis por adequadas ações na gravidez, no parto e nas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. (Ver tabelas e quadros complementares, APÊNDICE C). Os critérios de evitabilidade utilizados para classificação foram propostos pela Fundação SEADE²⁴ de São Paulo, onde se classificam os óbitos segundo medidas de atenção à saúde (ESPÍRITO SANTO, 2006b).

Esta contextualização da microrregião de Guaçuí é de suma importância no momento de interpretar os dados coletados, uma vez que incorpora fatores de risco que interferem diretamente nas condições de saúde da população, incluindo o surgimento e manutenção das doenças diarreicas.

Segundo estudos relatados por Caminal e Casanova (2003) e Starfield (2004) é possível correlacionar as internações por CSAA com a pobreza. Contribuindo com esta afirmação, Silva *et al.* (1999) aponta num estudo desenvolvido em São Luiz (MA) que crianças de famílias mais pobres, com baixa renda familiar, têm maiores riscos de hospitalização. Relaciona as internações com a garantia do cuidado às crianças mais pobres. Assim como, para Minayo (1991), a doença é tanto um fato clínico quanto um fenômeno social.

²⁴ Sistema Estadual de Análise de Dados/Estado de São Paulo

Fica claro que a promoção da saúde envolve outros aspectos para além do setor saúde, no entanto, ter este entendimento não exime a responsabilidade do setor frente aos problemas detectados de forma a intervir de forma preventiva, evitando um desgaste maior para o setor saúde e principalmente para a criança e sua família com a internação considerada evitável (STARFIELD, 2004).

Entendemos, que compete ao setor saúde identificar condições de acompanhamento e vigilância do processo de adoecimento, sendo importante considerar as diferenças existentes entre “produzir condições” de saúde e ter acesso aos cuidados no estado da doença. Assim, para cada população, são necessárias ações e serviços de natureza e complexidade variada, atuando articulada e integralmente com diversos setores visando à redução dos riscos de doença.

Ainda são poucos os estudos que traduzem o papel dos serviços de saúde e o impacto que este pode ocasionar frente às internações. Borrell (2006), corroborando com a discussão, afirma que “los servicios sanitarios no son los determinantes principales de la salud ni de las desigualdades en salud. Pero tanto la calidad como la cobertura de los mismos son una parte integral de la definición del desarrollo y constituyen unos de los principales indicadores de bienestar social” (2006, p.20).

Diante do exposto, entendemos a relevância de considerar os aspectos sociais e sua influência no processo de adoecimento da população. Consideramos ainda, que a simples oferta de serviços na atenção primária não elimina os efeitos dos determinantes sociais e ambientais, embora tenham um papel importante na redução da probabilidade de hospitalizações, através do monitoramento adequado dos agravos existentes no território. Atuando com medidas preventivas e de acompanhamento sistemático.

No entanto, para que fosse possível correlacionar o trabalho desenvolvido pelas equipes que atuam na microrregião de Guaçuí e suas estratégias de enfrentamento frente às internações por CSAA, somente a análise quantitativa não seria suficiente.

Vale registrar que, a gastroenterite como *elemento traçador* subsidiou a segunda etapa da coleta de dados, enquanto ponto de partida para o debate com as equipes,

uma vez que as informações apresentadas proporcionaram analisar, de forma geral, como está a organização no cuidado à criança em seus territórios.

Por fim, é necessário fazer uma ressalva com relação à utilização das internações por CSAA como indicador de monitoramento da APS, uma vez que implica na confiabilidade dos dados registrados no sistema de informação, embora tenham evidências da melhoria na qualidade dos mesmos (PERPETUO; WONG, 2006).

Por outro lado, reforçamos que, no momento em que o monitoramento e avaliação de políticas e programas de saúde ganham destaque nas três instâncias de governo, as internações por CSAA representam um instrumento importante, no acompanhamento das intervenções implementadas pela Saúde da Família, possibilitando apontar potencialidades e desafios que precisam ser trabalhados para sua consolidação como estratégia de fortalecimento da APS.



5- Desvendar os fluxos na atenção à saúde da criança

De forma que, certo dia, à mesa, ao cortar o pão. O operário foi tomado de uma súbita emoção ao constatar assombrado que tudo naquela mesa garrafa, prato, facão, era ele quem fazia. Ele, um humilde operário, um operário em construção.

Vinicius de Moraes

5 DESVENDAR OS FLUXOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.

A Estratégia Saúde da Família possui como diretriz a prática profissional centrada na produção do cuidado, numa proposta de alterar as rotinas de trabalho. Esta prática deve ser percebida a partir de seu ambiente sócio-cultural, visando assim proporcionar atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade, através de ações de promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde (BRASIL, 2006b).

Para tanto, requer a integração de alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento, com o estabelecimento de novas habilidades e de mudanças de atitudes, além de apontar para a necessidade de coordenar ações com outros profissionais e níveis de atenção, esperando uma maior eficiência na utilização de recursos disponíveis (BRASIL, 1997). O desenvolvimento eficaz das ações só se concretiza com a contextualização da doença, o paciente, a família e a comunidade, quando se entende que contexto é este e como o meio está influenciando no processo saúde/doença.

Buscando compreender como as equipes de Saúde da Família organizam seus processos de trabalho de forma a criar estratégias para enfrentar as questões presentes no cotidiano, optamos por aplicar o fluxograma analisador, por entender que este seria uma potente ferramenta de análise ao traçar os passos que envolvem o atendimento à saúde da criança. Assim, sua aplicação proporcionou uma reflexão dos atores sobre sua prática de trabalho, levando a auto-avaliação.

Iniciamos a construção de acordo com os passos que o usuário cumpre dentro do serviço de saúde. Desta forma, a pergunta inicial era: como ocorre a inserção de uma criança com sintomas de diarreia na Unidade de Saúde da Família? A partir das respostas os fluxos foram se desenhando. A elaboração do fluxograma foi proporcionando um debate extremamente construtivo de auto-avaliação dos processos de trabalho, inclusive sobre o fluxo real e o ideal, e o que poderia ser alterado.

Entendemos que o fluxograma permite dar,

{...} visibilidade ao processo de trabalho em um determinado serviço, podendo tornar-se uma ferramenta analisadora. Busca-se, em suma, discriminar cada uma das etapas e ações, tornando público, para os diversos agentes, os jogos instituintes e instituídos que a dinâmica organizacional contém (SCHIFFLER *et al.*, 2005, p.192).

Observamos que de um fluxograma podem derivar vários fluxos, permitindo “abrir as caixas pretas”, revelando as amarras presentes nos processos de trabalho. Sendo mais do que um simples desenho gráfico, como poderá ser acompanhado nas páginas seguintes, onde reproduzimos os passos operados dentro na atenção à criança com gastroenterite acompanhadas pela transcrição de falas, representando os debates ocorridos durante o processo.

Sendo possível ainda, observar, durante a construção do fluxograma, qual o conhecimento da realidade local, não só no aspecto epidemiológico, mas também aspectos culturais e sócio-econômicos; a concepção de equipe; estabelecimento de vínculo na relação com a comunidade e as estratégias utilizadas na prevenção e acompanhamento das doenças. O fluxograma proporcionou “revelar as relações estabelecidas entre trabalhadores e destes com os usuários, os nós críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, o poder e os processos decisórios” (MERHY *et al.*, 2003, p.150).

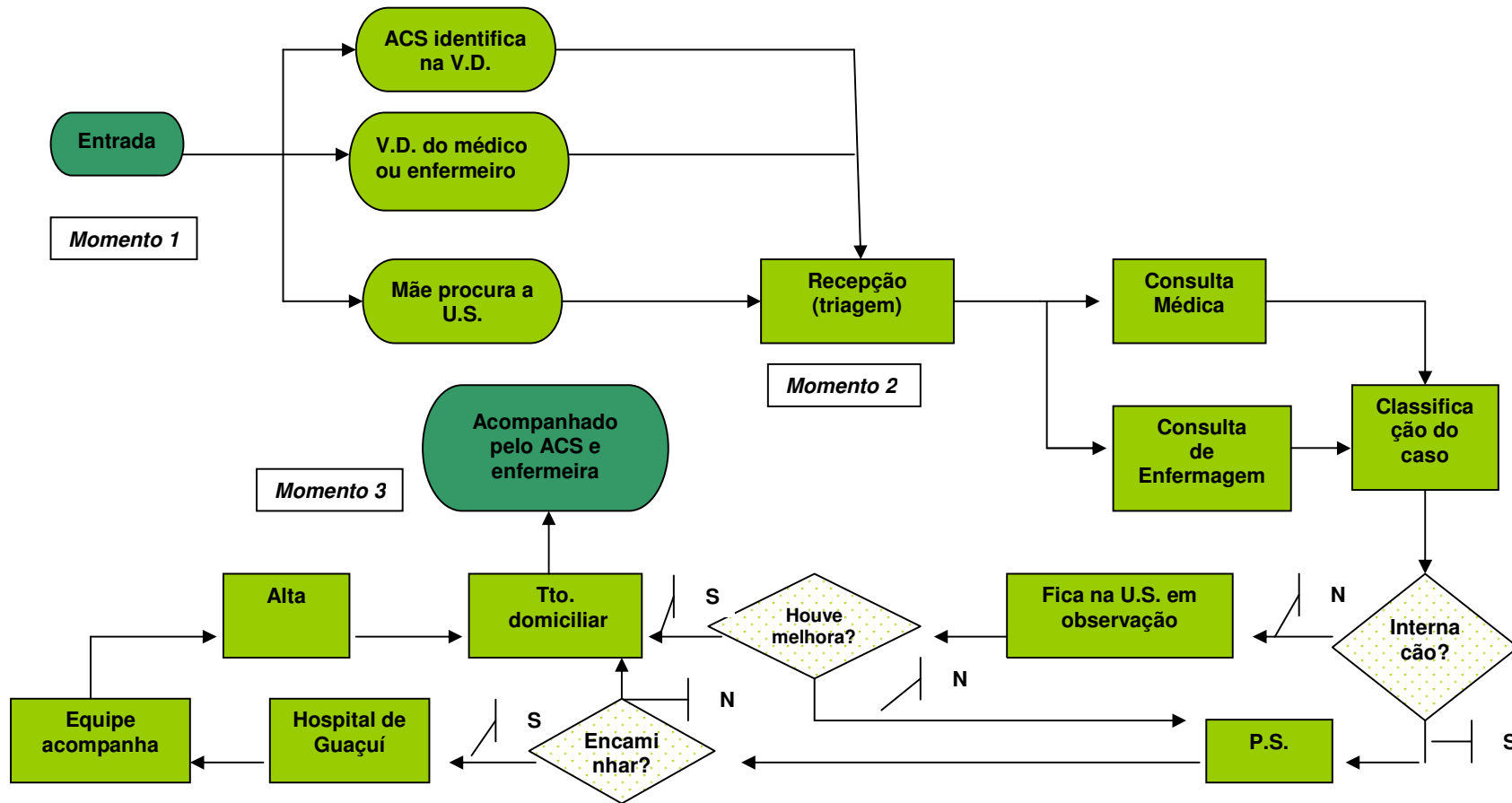
Transcrever os relatos das equipes contribuiu na identificação dos eixos principais para trabalharmos a análise das diversas categorias apontadas durante a coleta de dados. É importante resgatar, que nesse momento da pesquisa foi primordial ter o conhecimento dos dados coletados na primeira etapa, com a realização do estudo das interações por CSAA, proporcionando a triangulação dos métodos na construção da análise final.

Para analisar os processos de trabalhos, descritos nos fluxogramas, dividimos os fluxos em três eixos complementares referentes ao: acesso, atendimento e acompanhamento. Dentro de cada eixo apresentamos as categorias sistematizadas de acordo com os registros das falas dos entrevistados.

Apesar de serem seis equipes de diferentes municípios, fazer a sistematização das categorias foi possível devido à identificação de pontos comuns presentes na caracterização das mesmas. A diferença maior estava entre as equipes que atuavam na zona rural e na sede dos municípios.

Inserimos adiante o desenho de um dos seis fluxogramas para visualização do leitor acerca dos passos percorridos pelo usuário. Os demais fluxogramas foram inseridos nos apêndices deste estudo.

Figura 3 - Fluxograma do Acompanhamento das Doenças Diarréicas em Crianças menores de 05 anos em Ibitirama, Equipe 3, 2007



ACS – Agente Comunitário de Saúde

V.D. - Visita Domiciliar

U.S. - Unidade de Saúde

Tto. - Tratamento

P.S. - Pronto Socorro

5.1 Saúde da Família e a garantia de acesso

Buscamos correlacionar os passos percorridos na construção do fluxograma com os princípios estabelecidos no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Começamos pelos aspectos envolvendo os primeiros contatos dos usuários com a equipe, e o quanto esta demonstra ter se apropriado da situação de saúde presente no território.

Ao iniciar a construção do fluxograma, havia uma certa precipitação em identificar a recepção da Unidade como o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. No entanto, esta posição foi revista em todos os grupos após a manifestação dos ACSs, ao mencionarem os casos identificados durante as visitas domiciliares. Ficando, então, registrado as diversas formas de entrada sinalizada no desenho do fluxograma como *Momento 1*.

Quando vamos às casas, a gente presta assistência de acordo com nossos conhecimentos e orientamos a mãe a procurar o médico. Primeiro perguntamos sobre o que a criança comeu, damos uma olhada nas condições de higiene, procuramos saber quantos dias a criança está com diarreia, se tem outro sintoma como febre, vômito. Daí ensinamos a fazer o soro caseiro ou entregamos os “pacotinhos”.

Alguns ACSs seguem esta linha de orientações, no entanto não existe um padrão. Vários se manifestaram a favor de encaminhar logo para a Unidade de Saúde ou Pronto Socorro.

De forma geral, foi possível observar o quanto os ACSs valorizam esta oportunidade de orientar a população acompanhada, repassando um sentimento de orgulho do próprio trabalho.

Tem muito tempo que não recebemos capacitações sobre diarreia e outras coisas também, a última, foi logo quando começou o PACS e o pessoal da Regional de Cachoeiro veio aqui.

Acho PSF uma maravilha, orienta as pessoas a não terem o problema, as pessoas chegam até a gente como orientador.

Mesmo diante da importância dada a esta etapa do trabalho, não identificamos em nenhuma equipe o registro de ações sistematizadas de qualificação para os ACSs e /ou para os Técnicos de Enfermagem. Lembrando que dentre as atribuições dos

profissionais de Saúde da Família “emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam as modificações nas atitudes e comportamentos” (MACHADO *et al.*, 2007, p.337).

A importância de implementar ações preventivas é indiscutível, podendo ser reproduzidas dentro ou fora do espaço institucional, por meio das visitas domiciliares. Entendendo que estas, reforçam a postura pró-ativa da Estratégia Saúde da Família, ao entrar no terreno do domicílio, além de favorecer a aproximação com a população, e expressar a assimilação do princípio da integralidade a partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, entre profissionais e usuários (ALVES, 2005).

Outro destaque acerca da entrada do usuário é a menção às Farmácias privadas do município. Nestes casos, não ocorrendo melhora no quadro, o fluxo era direcionado direto para o P.S., por orientação do pessoal da Farmácia ou por opção do usuário.

As pessoas procuram muito ainda, pelas Farmácias aqui do município, nem é porque conhecem o dono. E sim porque acham mais fácil, compram o remédio e acham que vão resolver o problema mais rápido.

A questão cultural também aparece com frequência nas falas dos ACSs

A maioria das mães confia mais nos chazinhos que aprenderam com suas mães e avós, ficando mais difícil orientar, é difícil quebrar essa cultura.

A situação é relatada com naturalidade por todos os membros das equipes, aceitam a opção cultural como algo imutável, sem nenhuma discussão em torno da real eficácia dos “chás”.

De volta ao fluxograma, observamos que para alguns profissionais o fluxo só começava depois que a criança já se encontrava dentro da Unidade de Saúde, ou mesmo dentro do consultório médico. Demonstrando, por um lado, a falta de conhecimento sobre a rotina de trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde, e, por outro, uma postura ainda centrada no espaço institucional como campo para o desenvolvimento da prática profissional.

Percebemos uma preocupação com o atendimento, com a responsabilidade dentro do serviço de saúde, por isso, todas as equipes enfatizaram a garantia de acesso ao tratamento, apesar de não terem horários específicos na agenda para atender a esta faixa etária.

Vale registrar que a maioria das agendas para consulta ou visita é feita pelo ACS de acordo com uma distribuição prévia de números disponíveis. Para as equipes esta é uma forma de garantir o acesso aos moradores da zona rural.

Nenhum caso que chega aqui fica sem atendimento. O número de atendimentos não é elevado, o que dá tranquilidade para garantir a consulta a qualquer horário que o usuário chegue, se o médico está na Unidade ele atende logo, se não a gente agenda para o outro horário ou outro dia. Quando ocorre alguma intercorrência fora do dia da equipe atender neste local, a população busca o Pronto Socorro.

Mesmo quando vamos para outro lugar de atendimento (ponto de apoio), passamos por aqui (Unidade de referência do território) antes para vê se tem algum caso urgente e na volta também. Como a população já sabe desta rotina, fica fácil, tem dias que a gente chega 3, 4 horas da tarde e tem algum paciente aguardando para consulta que não pode esperar.

Dois aspectos merecem destaque: (i) nenhuma equipe relatou problemas devido ao número de atendimentos; (ii) todas as equipes da zona rural, organizam a programação semanal de atividades de forma a atender em vários pontos em virtude da extensa área geográfica.

Com relação ao primeiro ponto, entendemos ser este um aspecto positivo que se contrapõe à realidade de grandes centros urbanos presente nos estudos de Aguiar (2001), Conill (2002), Capozzolo (2003) e Araújo (2005). Sem a pressão causada em atender a um número elevado de consultas, como fator propulsor de estress e angústia dos profissionais, as equipes estariam mais disponíveis para o desenvolvimento de atividades voltadas para a promoção da saúde e prevenção das doenças dentro e fora do espaço institucional. No entanto, esse ponto não pode ser analisado sem considerar o destaque seguinte.

Sobre o segundo ponto, vale resgatar que as equipes da zona rural (4 das 6 entrevistadas) atendem em vários locais de apoio, destinando, em sua maioria, um dia da semana para cada local. Demonstrando, assim, que o aspecto geográfico é

encarado como barreira presente na divisão territorial, interferindo diretamente no desenvolvimento do trabalho.

A solução encontrada por estas equipes foi estabelecer pontos de apoio, ou seja, a identificação de locais que possuíssem um mínimo de condições para realização das consultas, como: escolas, igrejas, até mesmo casas de moradores. Como consequência, nos dias em que não tem atendimento no seu local de moradia, a população busca outros serviços como porta de entrada, gerando assim, uma contradição: mesmo proporcionando maior aproximação com a população, não consegue garantir a presença constante dos profissionais, a não ser pelo ACS que mais uma vez tem seu papel fortalecido, enquanto elo de ligação entre a comunidade e a equipe.

Diante desse desafio, buscamos respostas na literatura e na legislação oficial do Ministério da Saúde, sem encontrar soluções para contribuir com a organização do atendimento em áreas rurais de grande extensão, mas pouca densidade demográfica. Vale registrar, essa situação retrata um problema presente na maioria dos municípios do Espírito Santo.

As considerações traçadas até o momento sobre acesso não se aplicam às equipes que atuam nas sedes dos municípios. Estas se deparam com outro tipo de problema que é a utilização do mesmo espaço físico com outro serviço. O que nos reporta à outra questão inerente ao fortalecimento da Estratégia como porta de entrada, ou seja, uma vez que a referência não está definida para a população, as mães preferem agendar preferencialmente para o pediatra e não para o médico da Saúde da Família.

Eles chegam no P.S. e procuram logo consulta com o pediatra nem perguntam pelo médico do PSF.

O acesso ao atendimento é garantido pelos municípios, não necessariamente com os profissionais de Saúde da Família.

É importante frisar que a existência das chamadas Unidades Mistas, local em que atuam equipes de Saúde da Família em conjunto com outros serviços ambulatoriais, foi aceita no processo de qualificação das equipes e, de uma certa forma, até

incentivado, não só no Espírito Santo, como também em outros estados. Acreditava-se que esta seria uma situação provisória tendo em vista o caráter substitutivo da Estratégia Saúde da Família. No entanto, a realidade relatada pelas equipes demonstra que a substituição não se concretizou. Ao contrário, mantêm-se a existência de serviços paralelos e sem comunicação, como demonstram as falas a seguir.

Algumas vezes fica a critério da mãe escolher qual o profissional irá realizar o atendimento, podendo ser o pediatra de plantão ou o médico do seu território, ou mesmo se quer apenas o “pacotinho de soro” para fazer o tratamento em casa.

Não há sequer separação dos prontuários, a mãe chega com a criança ninguém pergunta de qual PSF é e, nem se quer ser atendida pelo médico da família, vão logo agendando com o pediatra, e a gente nem fica sabendo que alguma criança de nossa área passou por aqui, ou mesmo se ficou internada.

Reforçando assim, a necessidade de pensar como se dá a inserção da Estratégia Saúde da Família dentro do sistema de saúde, qual o seu papel na organização da saúde local. Neste aspecto, os achados nesta pesquisa corroboram com os apresentados anteriormente nas conclusões de autores como Aguiar (2001), Pedrosa e Teles (2001), Conill (2002) e Capozzolo (2003), sobre os riscos de isolamento da Estratégia, ocasionando o desgaste da mesma perante profissionais, gestores e população no geral.

Apesar de não se constituir objetivo deste trabalho avaliar o papel do gestor municipal de saúde, não podemos deixar de mencionar a importância do mesmo no processo de implantação e implementação da Estratégia. Entendemos que, a gestão deve ser compreendida como um instrumento capaz de contribuir para a transformação do modelo assistencial, que “pode possibilitar o compartilhar de poder no interior das unidades e equipes de saúde e, neste sentido, poderá se constituir em uma ferramenta importante na efetivação de políticas” (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007, p.445).

No entanto, um fato nos chamou a atenção, em ambos os municípios os gestores eram recém empossados. Sendo que, em Divino de São Lourenço, o Secretário Municipal de Saúde estava assumindo o cargo na semana em que ocorreu a coleta

de dados. Tecer estes comentários justifica-se pela importância de incorporar ao debate sobre a consolidação da Estratégia e a sua complexidade, os diversos fatores que, de forma direta ou indireta, interferem neste objetivo.

Com relação às equipes entrevistadas, é necessário rever o papel que conduz a Estratégia Saúde da Família nestes municípios para que se configure de fato como porta de entrada do sistema, fortalecendo o primeiro contato com a população. Visto que, não percebemos a existência de estratégias voltadas para este fim. Ao mesmo tempo em que se expande para as regiões mais distantes, não se afirma como referência para a população. Apresenta-se mais como um serviço marginal do que substitutivo.

Após a recepção os fluxos se abriam em diversas frentes, de uma certa maneira todos seguiam a mesma ordem prioritária: encaminhamento ao consultório médico, e, na ausência deste, ao atendimento da enfermeira, na ausência desta, era encaminhado a outros serviços, mais precisamente ao P.S.

É importante abrir um espaço para conceituar acolhimento, diferenciando-o da triagem presente em várias Unidades de Saúde. Acolhimento implica em rever as relações presentes no processo de trabalho de forma a envolver o usuário como sujeito da ação e o profissional numa postura em que valoriza a escuta qualificada numa atitude mais humanizada, incluindo assim a responsabilização pela população por parte de uma equipe multidisciplinar. “Acolhimento significa que a porta de entrada da Unidade de Saúde deve ser alterada, para assimilar a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários” (FRANCO *et al.*, 2004, p.83).

Embora exista oficialmente, por meio de documentos normativos, a correlação deste conceito com os princípios que norteiam a Estratégia Saúde da Família, durante a construção dos fluxogramas, foi possível verificar que na prática as equipes não absorveram o mesmo, uma vez que continuam trabalhando no esquema de triagem.

No momento em que a mãe chega com a criança na Unidade de Saúde e, a equipe de Saúde da Família encontra-se presente, é feita uma triagem na recepção para avaliar o grau de urgência, esta atividade é desenvolvida na

maioria das vezes pelo técnico de enfermagem, e depois encaminhada para consulta.

Aqui conhecemos todo mundo, quando a mãe chega com a criança ela já vai me contando tudo, verifico se tem febre, pergunto desde quando tem diarreia e vômito e, dependendo do caso já passo logo para o Doutor atender.

5.2 Abordagem integral por meio do trabalho interdisciplinar

O momento de desenhar os fluxos que se processam dentro da Unidade, proporcionou diversas reflexões sobre a prática profissional e sua relação com a abordagem integral preconizada pela Estratégia.

A integralidade é um dos princípios do SUS com maior peso no sucesso da atenção. Para conceituá-la tomamos por empréstimo o pressuposto de Mattos (2005), enquanto termo polissêmico, que engloba uma gama de conceitos e conseqüentemente variadas formas de execução. Compreende um elenco de categorias presentes nas dimensões: organização dos serviços de saúde, empoderamento social com a participação cidadã e o cuidado.

Após a entrada do usuário na Unidade de Saúde, todas as equipes direcionavam o atendimento para a consulta médica, representando a presença do modelo ainda centrado na prática deste profissional, como demonstrado na expressão a seguir,

Eu sou a ponta do iceberg, deixo eles discutirem (referindo-se aos demais profissionais) depois que chega em mim eu resolvo.

Esta postura representa que não houve ruptura nos processos de trabalho, ao contrário, demonstra a permanência de uma prática focada no saber e fazer de um profissional. É importante romper com a ação fragmentada em prol da integralidade, que não se realizará estruturada apenas na ação individual. É preciso repensar a organização dos serviços de saúde, nos níveis micro e macro, e compreender que a integralidade é compromisso de todos os profissionais em todos os níveis de complexidade.

O repensar do fluxo só ocorria devido à intervenção: e se o médico não estivesse presente o que ocorreria?

Quando as enfermeiras estão na Unidade elas atendem sim, examinam a criança e avaliam a necessidade de encaminhar para o P.S. ou outro serviço onde a presença do profissional médico era garantida.

Demonstram a manutenção da hierarquia dentro dos serviços de saúde, reproduzida historicamente e, que contribui para a fragmentação das ações. Sendo um empecilho às práticas multidisciplinares. A divisão de tarefas, em que a consulta clínica aparece como atribuição do profissional médico e as atividades administrativas e de supervisão ficam por conta do profissional de enfermagem, aparece no cenário estadual como uma situação acordada pelas partes interessadas. No entanto, gostaríamos de nos remeter à Portaria GM 648/06, onde a realização de consultas clínicas de acordo com protocolos pré-estabelecidos aparece como atribuição da Enfermagem.

O *foco* da prática da enfermagem, historicamente, foi caracterizado pela ação do cuidado, solidariedade, respeito e compromisso, “a ação do cuidado foi explicitada por nós, também pelos atos profissionais que têm como meta a defesa da vida dos usuários dos serviços de saúde” (LIMA, 1998, p.156). A alteração deste foco para as atribuições administrativas e as supervisões, tanto no espaço hospitalar como nas Unidades Básicas, pode ser apontada como um fator que interfere na tarefa de consolidar a Estratégia Saúde da Família. A consolidação desta divisão de tarefas não condiz com a prática voltada para a abordagem integral, ao contrário, nos remete a refletir sobre a prática fragmentada reproduzida na rotina de trabalho.

Se não têm médicos eles vão para outro lugar, onde tem.

A própria comunidade exige a consulta com o médico, não acreditam muito no trabalho do enfermeiro.

Quando a mãe chega na unidade ela pergunta logo pelo médico se não tem, ela vai embora.

Percebe-se que a prioridade pelo atendimento clínico é sempre para o profissional médico, sendo encaminhada para a enfermeira os casos de urgência, para avaliar a necessidade de encaminhamento.

É preciso encarar essa situação dentro de uma perspectiva prepositiva, repensando as práticas de trabalho desenvolvidas nos espaços micropolíticos existentes nas

instituições, “possibilitando o emergir de produção de ações mais participativas e interdisciplinares que possam potencializar e criar vetores de forças positivas em direção às mudanças” (LIMA, 1998, p.228).

Buscamos ainda nos autores abaixo, reforço para estas considerações,

O trabalho nos estabelecimentos de saúde e, entre eles na Unidade Básica, é organizado, tradicionalmente, de forma extremamente parcelado...A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico...Dessa forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com resultado do seu trabalho (MERHY *et al.*, 2003, p.52-53).

Complementando a assertiva acima, a produção do trabalho em saúde, deve (re)construir os processos de trabalho, proporcionando uma interação entre os profissionais, por meio da troca de conhecimentos, articulando-se num “campo de produção do cuidado” comum à maioria dos trabalhadores. Não se pode dizer que há trabalho em equipes quando há um aprisionamento de cada um em seu “núcleo específico” de saberes (MERHY *et al.*, 2003)

Reportamos a Campos (1997) para diferenciar *núcleo* e *campo*,

Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidade específicas a cada profissão ou especialidade, marca a diferença entre os membros de uma equipe, a singularidade que define a identidade de cada categoria profissional, conhecimentos e ações de competência. Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. O saber básico, por exemplo, sobre o processo saúde/doença (CAMPOS, 1997, p.249).

Este momento de compartilhamento de saberes, envolvendo diferentes núcleos de conhecimento não foi observado de forma sistematizada em nenhuma equipe entrevistada. Assim como não identificamos encontros para planejamento das ações ou estudo dos casos presentes no cotidiano. Esta situação pode ser percebida durante o processo de construção do fluxograma, uma vez que nenhuma equipe mencionou a realização de encontros para discutir as condições de saúde da população. Exceto pelos ACSs e técnicos de enfermagem que demonstravam em suas falas maior domínio não só do fluxo, mas de todos os aspectos que envolvem o “jeito de levar a vida” da população, ou seja, como ela está organizada socialmente.

Os ACSs tem participação ativa neste processo (acompanhamento dos casos de diarreia), falta o envolvimento da equipe toda.

A gente se reúne sempre, ou pelo menos uma vez por mês, para fechar a produção.

Não temos horário para reuniões na agenda, mas nos reunimos sempre que precisa. Mas a gente conversa sobre os casos dentro do carro, quando estamos nos deslocando de um ponto para outro. A gente sempre conversa.

Não foi possível identificar a ocorrência de atividades que favoreçam a troca entre as categorias. Mesmo a reunião para fechar a produção do SIAB não contou com a inserção de todos os profissionais, participando com frequência o enfermeiro e agentes comunitários de saúde, às vezes o técnico de enfermagem. No entanto, todos os grupos reconhecem a importância do trabalho em equipe, inclusive como mecanismo de apropriação da realidade local,

O contato com as famílias em conjunto com outros profissionais é um conhecimento a mais.

Peduzzi (2001) conceitua equipe em duas diferentes modalidades: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações. A comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação.

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os dois tipos de atividades, as específicas e as comuns, compõem o projeto assistencial construído pela equipe. No entanto, quanto maior a ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho, mais próximo se está da equipe-integração; e quanto maior a ênfase na especificidade dos trabalhos, mais próximo se está da equipe-agrupamento (PEDUZZI, 2001, p. 107-108)

Assim, o trabalho em equipe é possível sem valorizar a prática de um profissional em detrimento de outro. O ideal é a junção destes diversos saberes na construção de um projeto comum, voltados para um objetivo comum, tendo como foco o usuário e seu bem estar. Esta concepção de equipe não foi observada durante a coleta de dados, sendo constatada uma configuração de equipe formada pelas enfermeiras, técnicos de enfermagem e ACSs, dentro da chamada equipe mínima.

A falta do trabalho em equipe em ambos os municípios foi mais evidente nas equipes da sede, por dividirem o espaço com outros serviços, ficando claro a fragmentação do trabalho em equipe.

A rotina interfere negativamente em qualquer menção ao trabalho em equipe. Temos clareza de que não desenvolvemos um trabalho como equipe. Aqui no P.S. a gente trabalha com o que aparece sem tempo para encontros.

O mesmo grupo apontou que já foi diferente. Em outras ocasiões, conseguiam superar estas dificuldades e mantinham as reuniões, assim como também as capacitações.

No início não era assim, os médicos e enfermeiros conseguiam nos dar atenção inclusive acompanhando nas visitas, participávamos de reuniões e capacitações, mas agora nada disso é feito.

Já aconteceu de encaminhar de PSF para PSF aqui dentro do município o que enriquecia muito os trabalhos.

Este relato demonstra que mesmo com as adversidades é possível mudar práticas de saúde, desde que o grupo esteja propenso a isto. No geral, podemos dizer que a compreensão do que venha a ser trabalho em equipe recebe conotações diferentes entre os integrantes dos grupos, sendo mais valorizado pelos profissionais de nível médio por demonstrarem que sentem a ausência dos espaços para troca.

Outro fator que merece destaque é a ausência dos profissionais da odontologia nos encontros. Em apenas um encontro a equipe de odontologia participou, apesar de cinco entre as seis equipes terem Saúde Bucal inseridas na Estratégia, segundo informações do SIAB. Uma justificou que não teve como suspender o atendimento e, com relação às demais não nos informaram o motivo da ausência, nem as pessoas que participaram da dinâmica sabiam informar.

Este fato, em conjunto com as informações obtidas durante o processo de construção do fluxograma, demonstra a falta não só de comunicação entre os profissionais, mas representam o quão distante estão de um trabalho interdisciplinar que atenda a abordagem integral. Para Merhy *et al.* (2003) a verdadeira discussão diz respeito ao fato dos profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos que atuam na

produção de serviços de saúde reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos.

Não detectamos sinais de equipe integração, com ações sistematizadas que possam representar estratégias de enfrentamento conjunto dos problemas pontuados nos fluxos de atendimento ao usuário. Foi possível observar a permanência de um modelo centrado no médico e uma lógica de encaminhamento dos casos. Estas considerações nos remetem a conceitos como vínculo e responsabilização que formam os nexos constituintes presentes na prática profissional centrada no cuidado.

5.3 O desenvolvimento de vínculos e as estratégias de acompanhamento

As internações por gastroenterite serviram de referência para subsidiar as discussões sobre a atenção às doenças relacionadas à infância, suscitando reflexão nos grupos acerca das estratégias desenvolvidas para acompanhar a atenção nesta faixa etária, a partir do foco da condição “evitável”, ou seja, quais as estratégias implementadas para evitar o dano maior: as internações. Isso trouxe para o cenário preparado para a dinâmica uma reflexão não somente do número, e sim se a internação poderia ou não ser evitada. Desta forma, ressaltávamos a importância de conhecer a singularidade presente em cada situação.

Esta se justifica pelo fato de que, em vários grupos, ao iniciarmos a dinâmica, era comum os comentários de que eram poucos casos de internação por diarreia. No entanto, com o desenrolar da dinâmica, estes grupos foram identificando a necessidade de implementar ações de acompanhamento mais sistematizado por parte das equipes. Trata-se do momento 3 descrito no fluxograma.

No geral, detectamos uma preocupação maior em registrar apenas as internações. Não controlam os casos que não chegam ao hospital. Na maioria das vezes, sequer tomam ciência. Assim como, não há nenhum monitoramento dos casos para verificar, por exemplo, se houve aumento de um mês para outro, ou se há concentração numa determinada micro área.

No momento de “fechar” a produção do SIAB, na reunião mensal entre enfermeiras e ACSs identificamos se houve ou não casos de internação.

Os ACSs eram os que demonstravam ter maior conhecimento sobre os casos de internação. Assim como foram os que mencionaram um acompanhamento mais freqüente. Realizado, na maioria das vezes, por meio de contatos informais, beneficiados com o fato das cidades serem de pequeno porte populacional, e pelo convívio com a população.

Conhecemos todo mundo, não tem uma criança que vai ser internada que a gente não fique sabendo, até na igreja, no meio da rua de todo jeito as pessoas nos encontram e comentam, às vezes a família mesmo manda nos avisar, isto quando não somos nós quem encaminhamos.

Rotina também relatada por profissionais que trabalhavam nas cidades há mais tempo.

Ajuda muito o médico ser pediatra para acompanhar os casos inclusive quando precisa de internação para ter acesso às informações.

Todas as vezes que encaminho uma criança, ou mesmo um adulto, quando venho da Unidade de Saúde passo aqui no P.S. para ter notícias, no dia seguinte faço a mesma coisa antes de ir para Unidade, assim acompanho todos os casos.

Pelo fato da cidade ser pequena, a gente sabe de tudo, quando tem uma criança internada então, as pessoas mesmo vêm nos contar. Facilita também o fato de termos colegas que trabalham nos outros municípios assim eles trazem informações.

Além do porte populacional, outros fatores contribuem para este acompanhamento informal: profissionais que atuam no P.S. e nos hospitais de referência nos municípios vizinhos, e o fato de alguns profissionais residirem nos municípios. A maioria dos ACSs e técnicos de enfermagem nasceu no local em que trabalhavam, facilitando o estabelecimento de vínculo com a população.

A população daqui é muito “desconfiada”, por isso falam as coisas mais para a gente e, a gente então repassa para a equipe.

Tem técnico de enfermagem que são mais procurados pela comunidade do que o médico ou enfermeira, pela questão do vínculo.

O acompanhamento está relacionado à **produção do cuidado**, que vai para além da oferta de consultas, passa pelo envolvimento subjetivo entre usuário-profissional levando ao estabelecimento de **vínculo** que deve ser dinâmico e processual. O estabelecimento deste vínculo passa pelo sentimento de responsabilização desenvolvido entre equipe e população adscrita. Não se pode analisar a Estratégia

Saúde da Família “sem considerar os enfoques sociais, humanos, vinculatório e de co-responsabilidade os quais se reivindica” (SOUSA, 2002, p. 28).

Para Boff (1997) cuidado significa desvelo, solicitude, deligência, zelo, atenção, bom trato. A atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade. O cuidado acontece, quando a existência de alguém tem importância. Por isso, cuidado e vínculo são conceitos indissociáveis.

Dentro da lógica existente na produção do cuidado, o desenvolvimento do vínculo entre profissional e usuário passa pelas relações, no momento em que estas se encontram e trabalham as questões subjetivas que permeiam este encontro. “A idéia de vínculo está ligada ao ato cuidador, pela própria natureza do trabalho em saúde’ (MERHY *et al.*, 2003, p. 101).

Desta forma, estabelecer vínculos não corresponde apenas ao fato de residir ou não no local, tem haver também com a postura, a atitude de cada profissional, e o seu interesse em se apropriar da situação de saúde presente no território.

Tem mais ou menos um ano que trabalho aqui, e ainda fico encantada com o carinho da população, tem mãe que vem na Unidade para que eu veja como a criança está crescendo, ou às vezes sou parada na rua. Também gosto muito de ir nas casas, principalmente das senhoras idosas, que ficam agradecidas pelo contato, só pela fato de conversarmos um pouco.

O estabelecimento de vínculo passa pelo sentimento de confiança entre usuário e profissional, ou seja, o vínculo se estabelece no momento em que o usuário se reconhece na Unidade de Saúde (ALVARENGA, 2005)

A comunidade no interior é mais receptiva, o contato é maior, você vê as necessidades das famílias, muitas vezes eles precisam mais de uma palavra amiga, atenção...eles dão ouvido a tudo o que a gente fala.

A atenção primária propicia o contato com a população e com as crianças que conhecem os profissionais.

No PSF tem mais contato com o paciente, vínculo com a família, conhece todo mundo da comunidade.

No P.S. é só prescrever, resolver o problema da dor, não se preocupa com as questões da pessoa.

Trabalhar no PSF é a afinidade da equipe com a comunidade, conhecer os pacientes pelo nome, falar sobre os “casos” sabendo de quem se trata,

conhecer o paciente e sua família, hoje eu sei o que ele tem, o que toma e o que não pode tomar.

Por outro lado, chamamos atenção para o que a falta de produção deste vínculo apresenta como consequência: trabalhadores descomprometidos com a qualidade dos resultados, cumpridores de tarefas, sem garantia de atenção continuada, sem envolvimento com a realidade local, se preocupando apenas com o trabalho realizado de forma focal e seus resultados imediatos. Campos (1997) pressupõe a capacidade do profissional responsabilizar-se pelos problemas dos outros. Em vários momentos, foi possível observar a desvinculação com o problema, o que se apresentava era a noção de transferência das ações do cuidado, tanto entre os membros das equipes como desta para outros setores, ficando claro, que no geral, os profissionais se sentiam pouco responsáveis pelo agravo. Como registrado nas seguintes falas:

Em último caso encaminhamos para o Conselho Tutelar e depois é com eles, não temos mais nada a fazer.

A educação aqui é um problema, a gente fala, fala, orienta sobre a higiene, mas continua do mesmo jeito.

Os pais vão à cidade e compram um monte de “besteiras” (iogurtes, balas, recheados) coisas que as crianças não estão acostumadas a comer, e pode saber que logo depois vai aparecer algum caso de diarreia.

Com relação aos possíveis fatores que ocasionam as doenças diarreicas, as equipes identificaram: condições de higiene pessoal e domiciliar, falta de saneamento básico, falta de filtros, muitos bebem água de fonte ou de poço.

Algumas equipes também deram destaque à questão cultural e à colheita do café.

As coisas ficam muito pior no período de colheita de café, há um certo “descuido” dos pais com as crianças que ou são levadas para a roça e ficam soltas pelo cafezal, ou ficam em casa sozinhas ou com irmãos na maioria das vezes também crianças.

Nos reportamos aos autores Lopes, Vieira-da-Silva e Hartz (2004) dentre outros, para afirmar a correlação das doenças diarreicas com as condições de renda, saneamento, moradia, educação, ocupação profissional. Fatores essenciais na concepção dos determinantes sociais que interferem no processo saúde/doença, além daqueles que configuram a organização local de uma determinada comunidade

como: valores culturais, linguagem, formas de comunicação, organização hierárquica e relacionamentos entre os atores locais.

No entanto, as equipes entrevistadas não faziam essa associação. Perguntados sobre a relação deste período com o aumento de doenças diarreicas ou mesmo de outras, não souberam responder, demonstrando não haver preocupação em associar tais fatores e suas possíveis interferências nas condições de saúde da população. E, ao questionarmos sobre a realização de alguma ação específica para este período, como palestra sobre os cuidados com os filhos ou questões de higiene, as respostas foram que as orientações são dadas nos consultórios ou nas residências de forma individualizada, quando aparece alguma criança doente.

Compreendemos que as orientações proferidas após o aparecimento de algum problema não podem ser desconsideradas. No entanto, reforçamos a importância de ações preventivas, envolvendo a população antes do referido período de colheita de café, até mesmo pelo fato registrado na fala a seguir,

Neste período fica complicada desenvolver qualquer atividade pois, a maioria dos adultos e até mesmo das crianças vão para os cafezais, eles aproveitam para ganhar algum dinheiro, uma vez que o pagamento é por dia trabalhado.

Com base nos conteúdos das próximas falas buscamos identificar a existência de estratégias de intervenção, realizadas em parcerias com outros setores,

As condições de higiene neste período ficam muito piores, tanto nos domicílios pela falta dos adultos para fazer a limpeza como nos locais da colheita onde não existe banheiro ou água tratada.

Nós temos aqui na área muito casos de verminose, ainda bem que não temos problemas para conseguir medicamentos e exames, fazemos “mutirão” com a criançada. Isto é devido a falta de saneamento básico e a qualidade da água, aliás nem todas as famílias têm filtros, e mesmo as que tem não são todas que usam, confiam muito na água da fonte ou de bica.

Em virtude da situação relatada, as equipes eram abordadas sobre a implementação de ações intersetoriais e, exceto, por ações pontuais com as Secretarias de Educação e Ação Social fruto de iniciativas isoladas de alguns ACSs e enfermeiras, esta sistemática não faz parte da rotina das equipes. Uma equipe registrou o programa de construção de banheiros no interior do Estado, promovido pela

FUNASA com o objetivo de elevar o número de domicílios com este recurso, sem haver, de qualquer forma, aproximação com este projeto.

Contandriopoulos (1998) entende que o acesso a bens e serviços privados e públicos e os efeitos de seu consumo sobre a saúde formam o conjunto de riscos sociais e, que estas dimensões sistêmicas têm uma influência direta sobre o conjunto de outros fatores que afetam a saúde. Assim, diante do cenário exposto, entendemos que faz parte do processo de trabalho²⁵ das equipes de Saúde da Família primar pelas ações intersetoriais, identificando as necessidades e propondo intervenções que possam alterar as condições de saúde.

Quanto aos setores existentes na própria Secretaria, a maioria destacou não haver entrosamento, mesmo com a Vigilância Epidemiológica na notificação dos casos de diarreia. Apenas uma equipe registrou parceria com o Setor de Endemias na investigação da qualidade da água quando ocorre algum surto de diarreia no território, sendo que o último ocorreu em 2006. A notificação dos casos²⁶ segue diversos fluxos, descritos nos fluxogramas, inclusive dentro do mesmo município, sendo: 1 - realizada pela enfermeira da equipe; 2 - no P.S. pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica; 3 - quando os ACSs informam diretamente à Vigilância Epidemiológica. Nos dois últimos casos, sem que, necessariamente os demais membros da equipe de Saúde da Família tomem ciência.

Acreditamos que as ações intersetoriais são de suma importância para o combate às doenças diarreicas, assim como outras de forte caráter sócio-econômico, onde as condições sanitárias têm influência direta, não sendo possível uma solução restrita ao setor saúde. Buscamos em Martins *et al.* (2004) reforço de que as doenças diarreicas normalmente estão associadas a outros fatores, ressaltando a importância dos programas para saúde infantil serem voltados para o ambiente da criança, pois é nele que se estrutura como um ser individual e social capaz de construir uma vida saudável. Sendo assim, a sustentabilidade do ideário de promoção da saúde está no

²⁵ Remete-se a portaria GM 648/06 inciso VI referente ao processo de trabalho da Saúde da Família: *promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal.*

²⁶ Apenas uma equipe fez menção a utilização da ficha de acompanhamento do programa MDDA, Monitoramento da Doenças Diarreicas Agudas, ainda assim somente com a fala dos ACSs, demonstrando não ser um rotina da equipe e sim deste profissional, que faz contato direto com a Vigilância Epidemiológica.

estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, promoção e prevenção (MACHADO *et al.*, 2007).

Concordamos com Aguiar (2001), quando este afirma que as ações ainda estão centradas no tratamento e cura, ficando as ações de prevenção e promoção por conta do agente comunitário de saúde. Afirmção esta reforçada pelas falas dos entrevistados, quando se referem à busca prioritária pelo atendimento médico, por parte da população, independente de ser o profissional da Saúde da Família.

A população não sabe o que é PSF isto dificulta muito o trabalho, o paciente determina o tom da consulta e exige exames e medicamentos.

Eles já chegam querendo a consulta com o **médico** e se saírem sem remédio ou exame marcado ficam com raiva da gente.

É comum eles procurarem o P.S. direto mesmo antes de vir na Unidade, dizem que de lá sempre saem com a consulta médica e o exame.

A população ainda não sabe o que é PSF, é preciso dar explicações individuais ou em grupo como está na AMQ, e frisar que desenvolve ações preventivas.

Houve um tempo em que as pessoas sabiam melhor o que era PSF embora ainda continuem procurando.

Diante deste quadro, acreditamos ser fundamental o incremento de ações educativas, visando informar a população acerca do papel da Estratégia, atividade não relatada por nenhuma das equipes.

A mudança do modelo assistencial só será percebida pela população quando profissionais do campo da saúde se apropriarem de fato das diretrizes propostas pela Estratégia, o que significa romper com antigas práticas. Mattos (2004) ao resgatar o texto da constituição onde compete ao estado garantir “*atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*”, ressalta que a criação do SUS modificou o arranjo institucional existente, mas não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência.

Temos que trabalhar buscando conseguir estabelecer o vínculo com o paciente e fazer a prevenção da saúde.

Melhorou muito o relacionamento com a comunidade. Algumas mães usavam trigo em assadura e piorava. Hoje não tem mais isto. Os hábitos de higiene mudaram muito.

Para operacionalizar esta transformação, é preciso entender que as ações preventivas e o conhecimento sobre as doenças permitem antever riscos ou mesmo reconhecê-las precocemente antes mesmo que possam gerar qualquer sofrimento. Isto significa criar dispositivos e implementar intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro. Envolve uma apreensão das necessidades do sujeito tendo em vista o contexto em que vive (MATTOS, 2004).

5.4 A Saúde da Família como espaço de trabalho

Como mencionado anteriormente, dividimos o fluxograma em três momentos: *acesso, atendimento e acompanhamento*, para que, desta forma, fosse possível acompanhar os passos do usuário e sua relação com a equipe de Saúde da Família. No entanto, a partir deste momento, com o desenho já finalizado, subsidiamos este tópico pelo conjunto de informações obtidas na confluência das técnicas aplicadas durante a coleta de dados.

Relacionamos alguns pontos que interferem diretamente nos resultados apresentados, complementando a análise da prática de trabalho das equipes de Saúde da Família e suas estratégias para o acompanhamento das doenças diarreicas. Começamos por resgatar o tempo de permanência dos profissionais nas equipes, com destaque para as enfermeiras por considerar a importância deste profissional na organização das atividades implementadas pela equipe. Apresentaram uma média de sete meses, sendo o profissional com o menor tempo de permanência. Outra informação que merece ser agregada, é o fato de a maioria ser recém-formada, sendo este o primeiro emprego, e nenhuma equipe ter feito o Curso Básico de Saúde da Família (CBSF).

Em virtude deste conjunto de fatores, vários profissionais se justificaram pela ausência de um trabalho mais sistematizado, com a execução de determinadas atividades, como, por exemplo, a capacitação dos ACSs. Observamos que, em

algumas equipes a referência para os ACSs é o Técnico de Enfermagem, pelo conhecimento da realidade local e tempo de permanência nas equipes.

O pouco tempo de permanência representa a alta rotatividade dos profissionais e, possui como conseqüência, não somente a falta de acompanhamento às ações do ACS, mas em todo o trabalho preconizado pela Saúde da Família, como a não apropriação da realidade presente no território. Repercute ainda, na dificuldade em estabelecer vínculos com os usuários, e mesmo com os demais profissionais da equipe.

A alta rotatividade também nos remete à discussão sobre a precariedade²⁷ dos vínculos empregatícios, problema presente não só nos municípios selecionados para o estudo como também no Estado e em todo o país, conforme pontuado pelos estudos de Aguiar (2001), Capozzolo (2003), Araújo (2005) e Gil (2005).

Segundo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, no caso do SUS, a precarização dos vínculos de trabalho no setor público tem algumas particularidades que decorrem da desestruturação do aparato do Estado ocorrida na última década e dos constrangimentos impostos pelo contexto de restrição fiscal. A Secretaria afirma que a fragilidade das modalidades de contratação compromete a dedicação desses profissionais (BRASIL, 2005c).

Na tentativa de resolver o problema, o Ministério da Saúde, lança o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS²⁸, com os objetivos de implementar e consolidar as diretrizes de democratizar as relações de trabalho no setor público, bem como de estabelecer espaços permanentes de negociação para se edificar as bases de uma sociedade democrática.

²⁷ Por trabalho precário entende-se aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo-terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos tipos. Estão envolvidos trabalhadores que são contratados diretamente pelo órgão público mediante um vínculo temporário ou informal que se renova sistematicamente; ou ainda, trabalhadores que se incorporam à força de trabalho do setor público por meio de entidades terceirizadas tais como cooperativas e atuam como se fossem autônomos.

²⁸ Portaria 628 de maio/2006 sobre a desprecarização do vínculo e a Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003, que, desde sua instalação vem discutindo soluções para a precarização do trabalho no SUS por meio da criação do Comitê Nacional.

No entanto, além da alta rotatividade presente na realidade do Estado como entrave para a consolidação da Estratégia, ressaltamos as tentativas de segurar profissional por meio de acordos, como liberação de horários. Sendo que, mesmo abrindo mão desta estratégia, o gestor municipal não garante a contratação de um profissional com o perfil desejado. Embora a questão da carga-horária não tenha sido abordada explicitamente, foi possível perceber a existência do não cumprimento da mesma, durante o período em que ocorreu a coleta de dados.

A ressalva é feita no sentido de problematizar as conseqüências de tais acordos na organização dos processos de trabalho e a provável repercussão nos resultados, seja na qualidade das atividades implementadas, no impacto ocasionado nos indicadores de saúde, na relação subjetiva que envolve as dimensões de vínculo e cuidado.

Agrega-se a este conjunto de questões, a contínua procura por residências em especialidades, demonstrando a manutenção da fragmentação na saúde se contrapondo aos preceitos de profissionais generalistas da Estratégia Saúde da Família.

Resgatamos agora a discussão sobre a formação profissional, como um dos eixos essenciais no debate sobre a consolidação da Estratégia Saúde da Família com destaque para a capacidade do profissional de saúde em rever sua prática. É preciso sair do modelo centrado na doença, ainda presente no aparato formador, para enfatizar o foco nas ações preventivas que possibilitem intervir nas condições de saúde da população.

Entendemos que reconhecer o papel dos processos de formação como “elemento de transformação, por mais complexo que sejam os contextos; reafirma o papel revolucionário do cotidiano, no qual se materializam os poderes/fazeres profissionais” (BOSI; UCHIMURA, 2006, p.103-104)

Os autores resgatam a reflexão sobre a integralidade, humanização e qualidade na própria formação e no modelo formador. Uma vez se observa à manutenção do paradigma biomecânico, hierarquizado e desintegrado, reproduzido nos modelos

pedagógicos existentes “urge, portanto educar os educadores, ou, no caso, formar (e avaliar) os avaliadores na perspectivas das dimensões mencionadas, o que transcende a formação instituída” (2006; p.104).

Acreditamos que compreender a Saúde da Família como estratégia de mudança, significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção da saúde. Implica em atuar numa realidade complexa, o que requer adquirir novas habilidades, ainda com pouca atenção dada pelos instituições formadoras. Como podemos observar no relato a seguir:

No início achei assustador, nunca tiveram dentista e 99% dos casos era para extração dos dentes. Durante os primeiros meses só conversava para convencer as mães. Quando não extraía recebia muitas reclamações dos pacientes. Não atendia casos em que o paciente não havia escovado os dentes.

Lidar com a complexa realidade, atuar frente às situações de vulnerabilidade que interferem como determinantes sociais nas condições de saúde desta população, e buscar estratégias para intervir de forma a impactar positivamente nesta condição, são os grandes desafios postos aos profissionais que se propõem a atuar na Estratégia Saúde da Família. No entanto muitos acreditam no que fazem e acreditam ainda que podem e devem melhorar.

Ao final de cada encontro era feita a seguinte pergunta: *O que significa para você trabalhar na Saúde da Família?*

A resposta era individual, com todos querendo dar ênfase à importância do trabalho que vem sendo desenvolvido. Valorizando os avanços alcançados,

Foi meu primeiro emprego na vida, foi por pressão, pois meu marido ficou doente. Sou tímida e a área é muito grande, tinha problemas com a Enfermeira que me pressionava para conviver com as pessoas. No início chorava muito em função do relacionamento com as famílias. Hoje estou fazendo o curso e estou gostando. Hoje não trabalho mais pelo salário, faço porque gosto.

O trabalho dos ACSs tanto é lição de vida para quem a gente atende como para nós também, para nos enriquecer. Me ajudou a pensar e repensar as coisas. As coisas que eu pensava antes mudou para mim hoje. Exemplo, a cultura das pessoas. As vezes sou chamada porque o paciente não quer tomar a medicação. Quem sou eu? Apenas uma ACS!

A diferença entre a atenção básica e o pronto socorro é o acompanhamento, pois aqui a demanda clínica é a mesma, pouca urgência.

Tem uma diferença entre os profissionais e funcionários na Saúde da Família "eu sou profissional" vou atrás para resolver os problemas da população.

Aprendi muito, aprendi a conviver com as famílias que passam a ser a família da gente, "sou outra pessoa hoje", sinto o retorno da comunidade, me sinto acolhida pela população e faço por amor.

Não podemos deixar de mencionar, que, enquanto pesquisadora, este foi um momento enriquecedor, ao perceber que, apesar dos desafios persistentes na trajetória da Estratégia Saúde da Família, há pessoas que acreditam que é possível fazer diferente. Na busca pelo fortalecimento de novas práticas, no trabalho interdisciplinar, dando ênfase na relação com o outro, respeito às diversidades, conhecendo e se apropriando das diversas realidades presentes nos territórios.



6- Considerações finais

O que fazer na vida senão viver? Busquemos a vida onde se possa encontrá-la. Uma vez que a tivermos encontrado, ela mesma resolverá seus problemas.

Lawrence, 1989

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do que nos propomos, é possível afirmar o quanto a construção deste caminho foi enriquecedor à medida que agregou informações, contribuindo para o aprimoramento do trabalho científico, reflexões sobre a prática profissional e, porque não, sobre a postura frente a vida.

É um movimento contínuo que parece sempre inacabado, pois envolve um processo constante de construção, (re) construção e (des) construção. Isto porque, tomando a liberdade de citar Albert Einstein, *“nenhuma mente que se abre para uma nova idéia voltará a ter o tamanho original”*. Acredito que este é o verdadeiro objetivo na realização de uma pesquisa, acrescentar, crescer, avançar, sair da posição atual de forma propositiva.

Visando alcançar os objetivos estabelecidos, optamos por combinar técnicas de forma a correlacionar a gama de informações obtidas e, por entendermos que assim estaríamos ampliando o espectro de contribuições teórico-metodológicas, permitindo a percepção de movimentos, estruturas, ações dos sujeitos, indicadores (MINAYO *et al.*, 2005), aprofundando a análise para além do que demonstravam os números.

Na construção do caminho metodológico, nos preocupamos em caracterizar o cenário de pesquisa, contextualizando a prática dos atores envolvidos como sujeitos da pesquisa. Entendendo que, “na avaliação de programas (e serviços), na saúde pública, há que se reconhecer, que seria demasiado idealista uma leitura que situasse esses processos para além dos atores que os protagonizam” (BOSI; UCHIMURA, 2006, p.102).

Desta forma, como reflexo do estágio atual que envolve as pesquisas avaliativas, o foco deste trabalho se constituiu em identificar quais as estratégias implementadas pelas equipes de forma a intervir nas condições de saúde especificamente, evitando as internações por CSAA na faixa etária estudada.

A análise dos dados nos proporcionou concluir que, salvo por ações isoladas de alguns profissionais, no geral *não há* o desenvolvimento sistematizado de

estratégias presentes na organização do trabalho das equipes que possibilitasse afirmar que a Saúde da Família interfere diretamente na redução das internações por CSAA.

Cientes de que a promoção da saúde não constitui responsabilidade restrita ao setor saúde, mas de uma integração entre diversos setores das três esferas governamentais, os quais articulam políticas públicas que culminam com a melhoria das condições de vida da população (MACHADO *et al.*, 2007), o que pôde ser evidenciado, quando a análise quantitativa aponta a gastroenterite como a principal causa de internação em menores de cinco anos, demonstrando que só investir nos serviços de saúde, na aquisição de equipamentos e construção de Unidades não é o bastante para alterar as condições de saúde da população. Esta análise nos remete ao debate sobre os determinantes sociais.

No entanto, a incorporação deste debate, mesmo que essencial na interpretação dos dados apresentados, não pode desviar a importância dos serviços de saúde no processo de melhoria da qualidade de vida da população. Entendendo que esse tem um papel fundamental na redução das internações consideradas evitáveis, por meio do desenvolvimento adequado das ações, como afirmam os autores Caminal e Casanova (2003), Bermudez-Tamayo *et al.* (2004) e Starfield (2004).

Ao correlacionarmos o trabalho da equipe frente ao indicador de internações por CSAA, buscamos dar ênfase à condição “evitável”, de forma a avaliar o componente serviço de saúde, o que nos levou a considerar a necessidade de rever a organização dos processos de trabalho, uma vez que foi possível perceber a manutenção do trabalho centrado na doença e no saber médico, e com poucas ações intersetoriais de caráter preventivo.

É preciso repensar a prática profissional, que envolve disposição para alterar atitudes e posturas, até a adoção de medidas implementadas por meio da inserção de atores externos aos espaços de atuação das equipes, como: gestores nos três níveis de governo, Ministério Público, instituições de ensino, a inserção de órgãos que extrapolam o setor saúde e a sociedade civil.

Nesta revisão da prática é essencial resgatar a abordagem integral, como um dos princípios da prática de Saúde da Família, e considerar, na elaboração dos projetos terapêuticos, as condições de vida do sujeito que está sendo cuidado, sua condição sócio econômica, cultural, as relações familiares, emoções, olhar o sujeito na sua totalidade.

Atuar, tendo como princípio a abordagem integral implica em rever a compreensão do trabalho em equipe pelos profissionais que atuam na Estratégia, superando a manutenção do saber centrado no profissional médico. No entanto, o trabalho em equipe, assim como a maneira como se processa a divisão de tarefas, é um debate que precisa ser aprofundado dentro dos espaços de discussões que envolvem a Estratégia Saúde da Família. A ação fragmentada é uma das consequências desta definição de posições dentro da equipe, e são reproduzidas para a população.

Para que as mudanças se concretizem, é necessário que cada profissional, perceba o significado das dimensões do vínculo e do cuidado. Aqui, concordamos com Capozzolo (2003) ao identificar a qualificação da escuta, como importante tecnologia utilizada no momento de encontro com o paciente, visando ampliar a prática clínica não só de médicos, mas de todos os profissionais.

Seguindo nesta linha, é importante inserir na prática de trabalho dos profissionais o olhar apurado para a singularidade dos diversos grupos presentes no território, tendo atenção para as iniquidades e a identificação dos casos de risco, nos quais se compreende uma intervenção prioritária, com vistas a minimizar as consequências das desigualdades sociais que repercutem nas condições de saúde.

Ressaltamos ainda, que dentro da lógica de apropriação do território, os casos de gastroenterite devem ser acompanhados pelas equipes, assim como a implementação de medidas que propiciem identificar os fatores que ocasionam a doença e, estabelecer propostas de intervenção com vistas a inserir a intersectorialidade como princípio a ser incorporado pelos profissionais de Saúde da Família.

No entanto, só será possível visualizar o resultado desta ação, quando os profissionais e gestores compreenderem que um caso de internação evitável em criança deve ser considerado preocupante, pois, remete a questionamentos acerca da qualidade dos serviços existentes. Repensando inclusive as estratégias que, *a priori*, garantem o acesso.

Os resultados apontados pela análise estatística demonstram que, mesmo com a inserção da Estratégia Saúde da Família, o número de internações por gastroenterite na Microrregião Guaçuí vem se mantendo acima da média estadual e não apresentam queda significativa. Esta constatação deve ser encarada de forma prepositiva, proporcionando a reflexão sobre a implementação isolada de políticas públicas. Relembrando que, a caracterização desta microrregião demonstra a iniquidade presente no cenário estadual, não somente no que se refere aos serviços de saúde, como também indicadores que envolvem outras áreas, por meio da implementação de medidas equânimes que possam interferir na situação apresentada.

Medidas, também precisam ser tomadas com relação à precariedade dos vínculos empregatícios e a alta rotatividade dos profissionais. Podemos afirmar que este é um entrave presente em vários estudos, aponta para a necessidade de estabelecer mesas de negociações com representantes dos diversos segmentos envolvidos nesta questão. A alta rotatividade acarreta, ainda, a ausência de vínculo com a população, uma vez que este significa desenvolver ações de acompanhamento ao longo do tempo, estabelecendo confiança e segurança na relação profissional x usuário.

Não podemos deixar de destacar a importância de superar os desafios colocados pela (re) qualificação profissional, por meio de plano de Educação Permanente que possa amenizar as tensões entre os conteúdos presentes nas matrizes curriculares adotadas pelas instituições de ensino e a complexidade posta na realidade dos territórios. É preciso identificar ferramentas que consigam instrumentalizar melhor a prática profissional dentro da proposta transformadora do modelo assistencial. Tornando possível a implementação de estratégias que consigam impactar em

indicadores de saúde, cujos resultados remetam diretamente à organização dos trabalhos no nível primário da atenção.

Ampliando as considerações sobre os desafios presentes na consolidação da Saúde da Família, é fundamental superar a visão da estratégia como modelo paralelo, e sim como parte integrante da rede de serviços que compõem o sistema local de saúde. Para que esta mudança ocorra, é preciso que a política municipal esteja pré-disposta a reorientar o modelo assistencial vigente.

Complementando, para que a Estratégia avance, acreditamos ser necessário, incrementar a prática de processos avaliativos com ênfase no monitoramento das ações e na incorporação da auto-avaliação. No momento em que estes processos propiciam a revisão da prática profissional, por meio da identificação dos problemas presentes no cotidiano do trabalho e as possíveis intervenções, visando à melhoria do quadro apresentado.

Ressaltamos que, o desenvolvimento contínuo de processos avaliativos contribuirá para que o Espírito Santo avance no debate sobre a definição de propostas para o setor saúde, entendendo-os como primordiais no processo de planejamento das políticas públicas, ao apontar às necessidades de melhorias e indicar lacunas para intervenções.

Acreditamos que a opção de trabalhar na Saúde da Família requer assumir uma postura comprometida com o propósito de interferir nas condições de saúde da população, atuando numa visão ampliada conforme propunha o documento de Alma Ata ainda na década de 70. Vale ressaltar que o debate sobre os determinantes sociais e sua incontestável influência no processo saúde/doença não é novo, ao contrário, remonta a décadas de discussões produzidas em encontros nacionais e internacionais, reproduzidas em vários documentos, demonstrando, entretanto, poucos avanços na prática, uma vez que a Saúde, enquanto setor, mantém seu foco na produção da doença.

Para que se opere a mudança do campo conceitual para a prática é necessário que as equipes não só de Saúde da Família, mas todas aquelas que se proponham a

atuar num modelo centrado na produção do cuidado, desenvolvam estratégias de intervenção frente a estes determinantes, tendo como subsídio a apropriação do território e de tudo que se insere no seu contexto.

Essas considerações são importantes para problematizar o debate que cerca a implantação da Saúde da Família como estratégia adotada publicamente pelo Estado do Espírito Santo na organização da APS. Para tanto, é preciso definir a postura do Estado como gestor deste processo, estruturando as coordenações técnicas, de forma a intensificar as ações de acompanhamento que possam atender as demandas advindas dos municípios contribuindo na implementação da Estratégia de forma condizente com as diretrizes estabelecidas em sua portaria.

Entendemos, pois, que a Estratégia Saúde da Família possibilita, enquanto política pública de saúde, reverter um quadro de iniquidades sociais, uma vez que incorpora os princípios da intersetorialidade, integralidade e por que não da equidade, proporcionando, assim, a realização de ações que interferem nos diversos fatores de risco durante o processo de adoecimento de determinada população.

Acreditamos na importância de estabelecer fóruns de caráter coletivo, envolvendo atores representantes dos diversos segmentos que envolvem o campo da saúde, que possam buscar respostas para superar os desafios identificados na consolidação da Estratégia, compartilhando responsabilidades e enriquecendo o processo democrático dentro SUS.

Gostaríamos de destacar os pontos positivos observados durante o processo de construção deste estudo como o visível interesse de vários profissionais pelo trabalho que desenvolviam, trabalho que ainda precisa ser aprimorado, mas sem dúvida todos os profissionais demonstram que acreditam no que fazem e que estão dispostos a sempre incrementar esta prática. Sabem da fragilidade nos processos de acompanhamento das ações gerais que desenvolviam, sentem a falta de qualificação que lhes possibilite operacionalizar preceitos que parecem tão simples no papel, mas tão complexos na prática como a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Valorizam a aproximação com a população e percebem o quanto este contato é enriquecedor para o crescimento profissional e pessoal.

Não podemos deixar de registrar a participação marcante, não só dos ACSs, profissional já destacado diversas vezes como fundamental para a implementação da Estratégia Saúde da Família, como também do Técnico de Enfermagem durante a dinâmica de construção do fluxograma. Demonstraram, em diversos momentos, muito mais do que compromisso profissional, e sim carinho, cuidado, ao fazer referências à população atendida, repassando informações com propriedade de quem conhece seu território.

A utilização do fluxograma como ferramenta para a coleta de dados atendeu ao objetivo proposto, contribuindo para levantar as informações necessárias, se constituindo também como ferramenta que propiciava a auto-avaliação das equipes, levando-os a refletirem sobre os processos de trabalho. Registramos, ainda, a aplicação das internações por CSAA como potente indicador para avaliar os serviços presentes na APS e sua repercussão nas condições de saúde. Sugerimos a incorporação do mesmo no elenco de indicadores para monitoramento das ações da APS.

Como limitação do estudo, podemos apontar a baixa participação dos médicos e dos profissionais da Saúde Bucal na dinâmica de construção do fluxograma, tendo certeza de que contribuiriam em muito com a gama de informações que possuem sobre sua prática profissional dentro da Estratégia Saúde da Família, o que enriqueceria ainda mais o debate.

E, por último, acreditamos que este trabalho não tem a finalidade de esgotar-se em si mesmo, ao contrário, sua elaboração foi conduzida buscando dar uma idéia processual entendendo que, “o ciclo avaliativo, recomeça no momento exato em que se julgar finalizado” (BOSI; UCHIMURA, 2006; p.113). É importante resgatar que o contexto influencia na análise, não sendo possível generalizar os resultados aqui obtidos. Portanto, trata-se de uma avaliação de caráter parcial, direcionada de acordo com as informações contextuais, provisórias, identificadas no território estudado.

Ainda assim, acreditamos que ao traçar estas considerações, contribuímos para o crescimento da Estratégia no Estado como um todo, pois várias situações são

comuns a outros municípios. Esperamos que o conjunto destas informações propicie um repensar da prática profissional no campo da saúde, independente do seu espaço de atuação, sua postura e atitude frente ao sujeito, usuário, razão fim do trabalho em saúde.

7 REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE AND RESEARCH QUALITY. The persistent challenge of avoidable hospitalizations. **HSR: Health Services Research**. Estados Unidos da América. v.40, n.4, p.953-956, ago. 2005.

AGUIAR, J.M.M. **O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, C. Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, p.23-36, 2002. Suplemento.

ALVARENGA, L.M.C.A. **A prática médica no programa saúde da família e sua contribuição para mudança do modelo tecnoassistencial em saúde: limites e possibilidades**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.16, p. 39-52, set/fev. 2005.

ANDRADE, F.M.O. **O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora LTDA, 1998.

ARAUJO, M.D. **O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/Fiocruz, 2003.

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERMUDEZ-TAMAYO C. et al. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales *ambulatory care sensitive conditions*. **Atención Primaria**. Espanha, v.33, n. 6, p.305-311, 2004.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p.401-412, 2002.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do humano, compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1997.

BORRELL, C., Desigualdades y servicios de salud. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.15, n.2, p. 9-22, mai/ago. 2006.

BOSI, M.L.M e UCHIMURA, K.Y. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1561-1569, nov/dez. 2002.

_____. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M. e MERCADO, F.J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 87-117.

_____. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n.1, p.150-153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Atenção Primária em grandes centros urbanos. Saúde da Família**. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, Parte 1: Perspectiva Comparada, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da Estratégia Saúde da Família**, (documento técnico). Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n°648/GM de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de saúde (CNES). Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cnes>> Acesso em: 25 nov. 2006.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M.E. **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo: HUCITEC/Fiocruz, 1995. cap. 2, p.61-101.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p.2005-2008, set. 2006.

CAMARGO JUNIOR, K.R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO, 2003. p. 35-44.

_____. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC/ABRASCO, 2005. p. 91-104.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**. Recife, v.5, supl. 1, p.563-569, dez. 2005.

_____. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.569-581, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p.229-266.

_____. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CAMINAL J.; CASANOVA C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions.Marco conceptual. **Atención Primaria**. Espanha, v.31, n 1, p. 61-65, 2003.

CAPOZZOLO, A.A. **No olho do furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade de Campinas, Campinas-SP, 2003.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CAVALCANTE e SILVA, A. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002**. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CAVALCANTE, M.G.S. *et al.* Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira Materno Infantil**. Recife, v.6, n.4, p. 437-445, out/dez. 2006.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, set/out. 2004.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO, 2001. p.113-126.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N.T. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 12, p. 385-405.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, p.191-202, 2002. Suplemento.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária: Seminário do CONASS para construção de consensos**. Brasília: CONASS documenta n.2, abr, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A avaliação na área da saúde : conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap. 2, p.29-48.

_____. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.199-204, jan/mar. 1998.

COSTA, A.M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.15, n.2, p.47-55, maio-ago. 2006.

COSTA, N.R. Política social e ajuste macroeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, p.13-21, 2002. Suplemento.

COSTA, N.R.; PINTO, L.F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.907-923, 2002.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p.103-107, jan./mar. 1997.

ELIAS, P.E. *et al.*, Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.633-641, 2006.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria 183-N, de 9 de dezembro de 1999. **Regulamenta o incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família, integrante do Piso de Atenção Básica e dá outras providências**. Diário Oficial do Estado. Vitória: 24 dez. 1999.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual do PACS/PSF. **Sinopse da evolução da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo**. Vitória, fev. 2002.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Vitória, 2003.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Primária. **Relatório sobre o processo de certificação das equipes de PSF no ES**. Vitória, 2006a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Análise e Tendências. **Estudo da mortalidade infantil no Espírito Santo**. Vitória, 2006b.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 553-563, jul/set. 2006.

FRANCO, M.L.B.P. Questões metodológicas e o papel do sujeito pesquisador. In: LINHARES, C.; FAZENDA, I.; TRINDADE, V. **Os lugares dos sujeitos na pesquisa educacional**. Campo Grande: UFMS, 1999. p. 201-215.

FRANCO, T.B. *et. al.* **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GARBINATO, L.R. *et al.* Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 217-224, 2007.

GIL, C.R.R., Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.2, mar/abr. 2005.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.951-963, mai. 2006.

GOLDENBERG, M., **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** 3ª ed. Rio de Janeiro-São Paulo: RECORD, 1999.

GOULART, F.A.A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 4, n.2, p.341-353, 1999.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.20, 2004. Suplemento 2.

HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.(Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HELLER, A. **Teoria de lãs necessidades em Marx.** Barcelona; Edicions 62 s/a. 1986.

HELMANN, L.S.; MENDONÇA, M.H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 15, p.481-502.

INSTITUO DE PESQUISAS DO ESPÍRITO SANTO. Disponível em <<http://www.ipes.es.gov.br>>. Acesso em: 25 nov. 2006.

INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2006.

KADT, E.; TASCA, R. **Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde.** São Paulo/Salvador: HUCITEC/ Cooperação Italiana em Saúde, 1993.

LIMA, R.C.D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

LOPES, R.M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z.M.A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.20, p.283-297, 2004. Suplemento 2.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986. cap.3, p.25-44.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, mar/abr. 2007.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 667-673, maio/jun. 2007

MALTA, D.C.; DUARTE, E.C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 765-776, maio/jun. 2007

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003.

MARSIGLIA, R.M.G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.14, n.2, p.69-76, maio-ago. 2005

MARTINS, M.F.D. *et al.* Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.3, maio/jun. 2004.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO, 2003. p. 45-60.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1411-1416, set/out. 2004.

_____. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC/ABRASCO, 2005. p. 33-46.

MELLO, C.G. O Sistema Nacional de Saúde: proposições e perspectivas. **Saúde em Debate**. São Paulo, n.1, p.24-26, out/nov/dez. 1976.

MENDES, E.V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1999.

_____. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**. Um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997. p.71-113.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

MINAYO, M.C.S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v.25, n.3, jun. 1991.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1992.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. *et al.* **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e a saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.18, supl., p. 77-87, 2002.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.445-450, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Ama-Ata.** Alma Ata, Cazaquistão, 1978.

_____. **Carta de Ottawa.** Ottawa, Canadá, nov, 1986.

_____. **Carta de Bangkok para a promoção da saúde no mundo globalizado.** Bangkok, Tailândia, ago, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção primária em Saúde nas Américas.** Ago. 2005.

PAIM. J.S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária.** Salvador: Instituto de Saúde Coletiva (ISC), 2002.

_____. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.15, n.2, p.34-46, maio-ago. 2006.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M., Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública.** São Paulo, v.35, n.3, jun. 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PERPETUO, I.H.O.; WONG, L.R. **Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de minas gerais.** Trabalho submetido ao XII Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (MG), set., 2006.

PONTUAL, J.P.S.; FALBO, A.R.; GOUVEIA, J.S. Estudo etiológico da diarreia em crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP, em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v.6, supl.1, p.11-17, maio. 2006.

SCHIFFLER, A.C.R. *et al.*, Perspectivas da utilização do fluxograma analisador no ensino da Administração em Saúde na Faculdade de Medicina da UFRJ. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.29, n.3, p. 191-200, set/dez. 2005.

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

SILVA, A. A.M. *et al.* Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.749-757, out/dez. 1999.

SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. Avaliação crítica do sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1821-1828, nov/dez. 2005.

SOUSA, M.F.(Org.), **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TANAKA, O.Y; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F..J. (Org.) **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 3, p.121-136.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N.T. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 14, p. 451-479.

TEIXEIRA, J.C.; HELLER, L. Fatores ambientais associados à diarreia infantil em áreas de assentamento subnormal em Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v.5, n.4, p.449-455, out/dez 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 2ª reimpressão.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.2, abr/jun. 1997.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 443-454, mar/abr. 2007.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, p.225-264, 2005. Suplemento.

VIERIA-DA-SILVA, L. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.331-339, 1999.

_____. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z..M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.(Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-40.

WONG, L.R.; PERPETUO, I.H.O.; BERSTEIN, C.K. **Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) no contexto de mudanças no padrão etário da população brasileira** . Belo Horizonte: 2006. Versão Preliminar.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE:

Nome: _____ Local de atendimento: _____
Tempo de formada: _____ Composição: _____
Tempo de permanência dos membros na equipe: _____

QUESTÕES NORTEADORAS:

- 1 – Como se dá a identificação dos casos de diarreia
- 2 – Como se dá o acesso desta faixa etária ao serviço (busca ativa, acolhimento, avaliação de situação de risco...)
- 3 – Como se dá o fluxo de atendimento (quem participa do projeto terapêutico, responsabilidade)
- 4 - Como é o trabalho em equipe com relação ao planejamento das atividades e discussão de casos, avaliação, divisão de tarefas (hierarquias, coesão...)
- 5 – Fluxo com demais serviços da rede (laboratórios, consultas especializadas, hospital...)
- 6 - Avaliação da estrutura de trabalho (equipamentos, veículo, medicamentos, estrutura física, material de consumo...).
- 7 – Como é a relação de trabalho com as famílias e a comunidade local (confiança, vínculo...)
- 8 – Desenvolvem ações intersetoriais
- 9 - Há alguma atividade de monitoramento para esta faixa etária (qual, quem faz...)
- 10- O que representa trabalhar na Estratégia Saúde da Família
- 11 – Livre para acrescentar alguma coisa.

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista as diretrizes éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética do Ministério da Saúde, pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado (a) de forma clara e por escrito, sobre os objetivos da pesquisa **“Estratégia Saúde da Família: um olhar territorializado sobre as internações evitáveis na microrregião de Guaçuí-ES”**, bem como sua relevância, tendo os profissionais a liberdade de participação ou recusa, e que o anonimato será mantido se assim o desejarem.

Como participante da pesquisa serei entrevistado pelo pesquisador com o auxílio de um gravador com agendamento prévio.

Dessa forma livre e devidamente esclarecido (a) aceito participar da pesquisa da mestrande Célia Márcia Birchler, CI 1032.905-ES, tel: 3233-6284 e 8182-1694, aluna do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde Coletiva – PPGASC/UFES.

_____ de _____ de _____

Equipe:

Nome dos participantes da pesquisa

Assinaturas do participantes

APÊNDICE C
TABELAS E QUADROS COMPLEMENTARES

APÊNDICE C.1

Percentual de famílias cadastradas no SIAB com: lixo a céu aberto, sem rede de esgoto, sem água tratada e com energia, por município da microrregião Guaçuí – 2005

Município	lixo a céu aberto	sem rede de esgoto	sem água tratada	com energia elétrica
Alegre	8.27	17.39	14.84	98.19
Bom Jesus do Norte	1.25	4.57	8.90	99.22
Divino São Lourenço	16.44	45.40	30.14	95.40
Dores do Rio Preto	2.12	25.98	31.89	98.72
Guaçuí	3.08	16.89	18.75	97.75
Ibatiba	12.18	35.21	32.91	99.42
Ibitirama	17.52	55.26	36.56	96.59
Irupi	26.13	54.30	34.53	97.23
Íluna	7.15	26.80	22.28	96.10
Muniz Freire	20.30	49.19	30.45	94.67
São José do Calçado	4.62	12.40	13.45	98.60

Fonte: SESA/SIAB/2005

APÊNDICE C.2

Coeficiente de Mortalidade Infantil na microrregião de Guaçuí; 2000 a 2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Infantil (0 a 1 ano)	26.62	30.92	18.13	26.08	22.17	23.35
Neonatal (0 a 27 dias)	16.48	19.50	11.85	17.51	13.61	12.84
Pós-neonatal (27 dias a 1 ano)	10.14	11.43	6.28	8.57	8.56	10.51

Fonte: SESA/2006

APÊNDICE C.3

Coeficiente de Mortalidade Infantil no Espírito Santo; 2000 a 2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Infantil (0 a 1 ano)	18.63	17.78	15.61	16.16	14.90	15.61
Neonatal (0 a 27 dias)	12.26	11.44	11.53	10.82	9.83	10.41
Pós-neonatal (27 dias a 1 ano)	6.36	6.33	4.38	5.34	5.07	5.20

Fonte: SESA/2006

APÊNDICE C.4

Percentual de prematuridade, baixo peso ao nascer, consultas de pré-natal e causas redutíveis por município da microrregião de Guaçu; 2005.

município	prematuridade		baixo peso ao nascer		consultas de pré-natal		causas redutíveis	
	até 36 semanas		até 2,5 kg		4 e mais		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Alegre	39	9.4	32	7.9	317	91.5	11	84.6
Bom J. Norte	2	12.5	3	18.7	14	87.5	0	0
Divino S.L.	2	3.0	8	12.1	54	81.8	5	83.3
Dores R.P.	3	3.6	6	7.2	68	81.9	1	100
Guaçuí	11	2.5	27	6.2	342	79.4	5	62.5
Ibatiba	28	7.8	41	11.4	306	85.5	6	100
Ibitirama	8	3.9	17	8.4	169	83.7	2	66.6
Irupi	8	4.9	18	11.2	141	88.1	6	100
Íluna	17	3.7	35	7.7	394	87.4	9	90.0
Muniz Freire	13	4.6	13	4.6	252	89.4	4	80.0
São José C.	5	4.6	7	6.4	93	86.1	1	100
Microrregião	136	5.29	206	8.0	2210	86.0	50	83.3
Estado	2793	5.38	3802	7.3	46682	91.0	607	75.7

Fonte: SESA/NAST/2006

APÊNDICE C.5

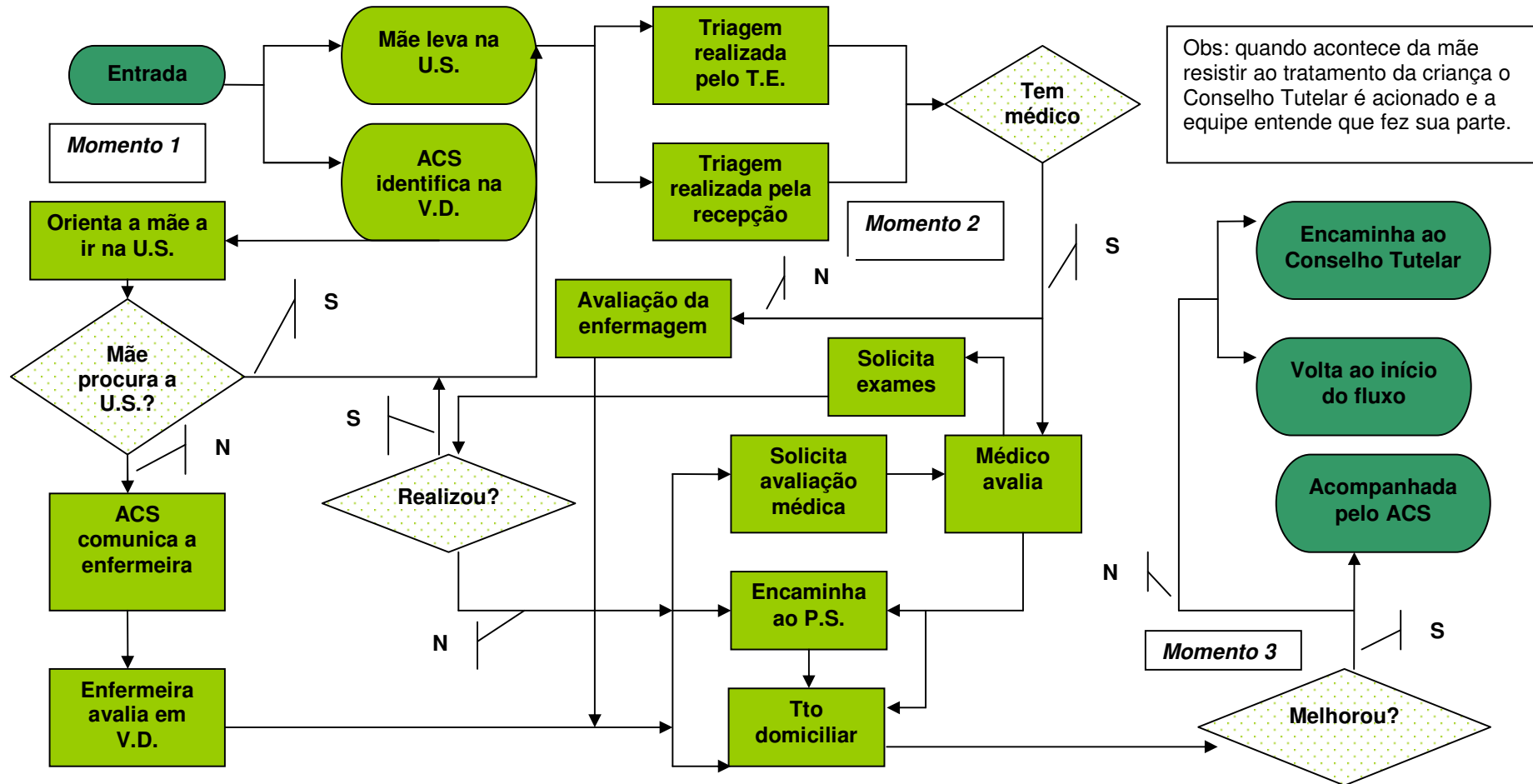
Internações por gastroenterite em números absolutos, por município; microrregião de Guaçu; 2000-2005.

Gastroenterite	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alegre	63	62	71	117	108	156
Bom Jesus do Norte	20	0	0	4	0	0
Divino de São Lourenço	10	1	2	7	2	4
Dores do Rio Preto	3	2	3	19	12	5
Guaçuí	43	73	89	137	110	93
Ibatiba	53	76	34	11	32	36
Ibitirama	2	18	10	9	12	20
Irupi	16	33	16	4	1	12
Íluna	63	135	81	12	15	18
Muniz Freire	19	29	44	23	15	23
São José do Calçado	15	19	17	8	0	12
Total	307	448	367	351	307	379

Fonte: SIH/MS

APÊNDICE D FLUXOGRAMAS

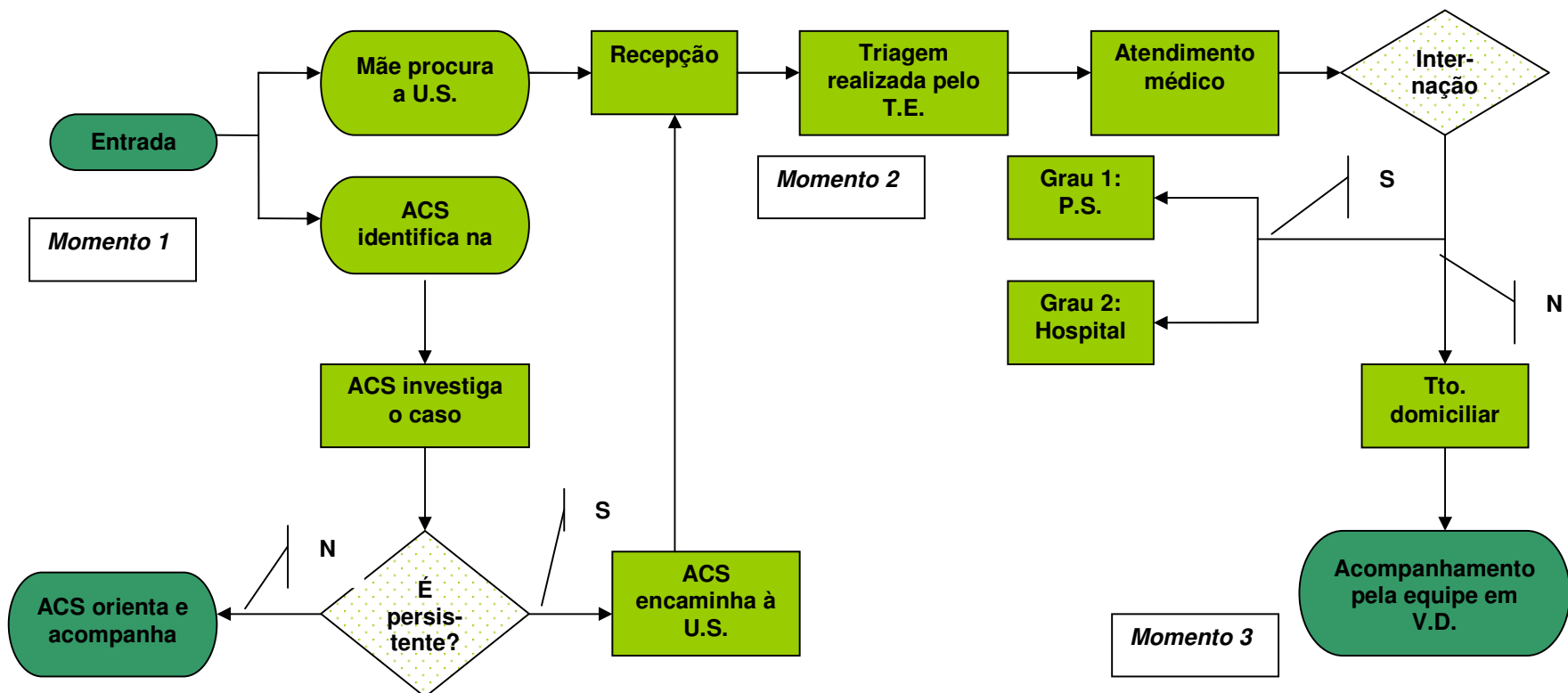
Fluxograma do Acompanhamento das Doenças Diarréicas em Crianças menores de 05 anos/Ibitirama- Equipe 1



Obs: quando acontece da mãe resistir ao tratamento da criança o Conselho Tutelar é acionado e a equipe entende que fez sua parte.

- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- V.D. - Visita Domiciliar
- U.S. - Unidade de Saúde
- Tto. - Tratamento
- P.S. - Pronto Socorro
- T.E. Técnico de enfermagem

Fluxograma do Acompanhamento das Doenças Diarréicas em Crianças menores de 05 anos/Ibitirama- Equipe 2



Obs: esta equipe funciona no P.S. municipal, a recepção é do P.S. que encaminha para o pediatra de plantão, às vezes acontece do médico da Estratégia atender, mas não é rotina. A enfermeira não realiza consultas.

ACS – Agente Comunitário de Saúde

T.E. – Técnico de Enfermagem

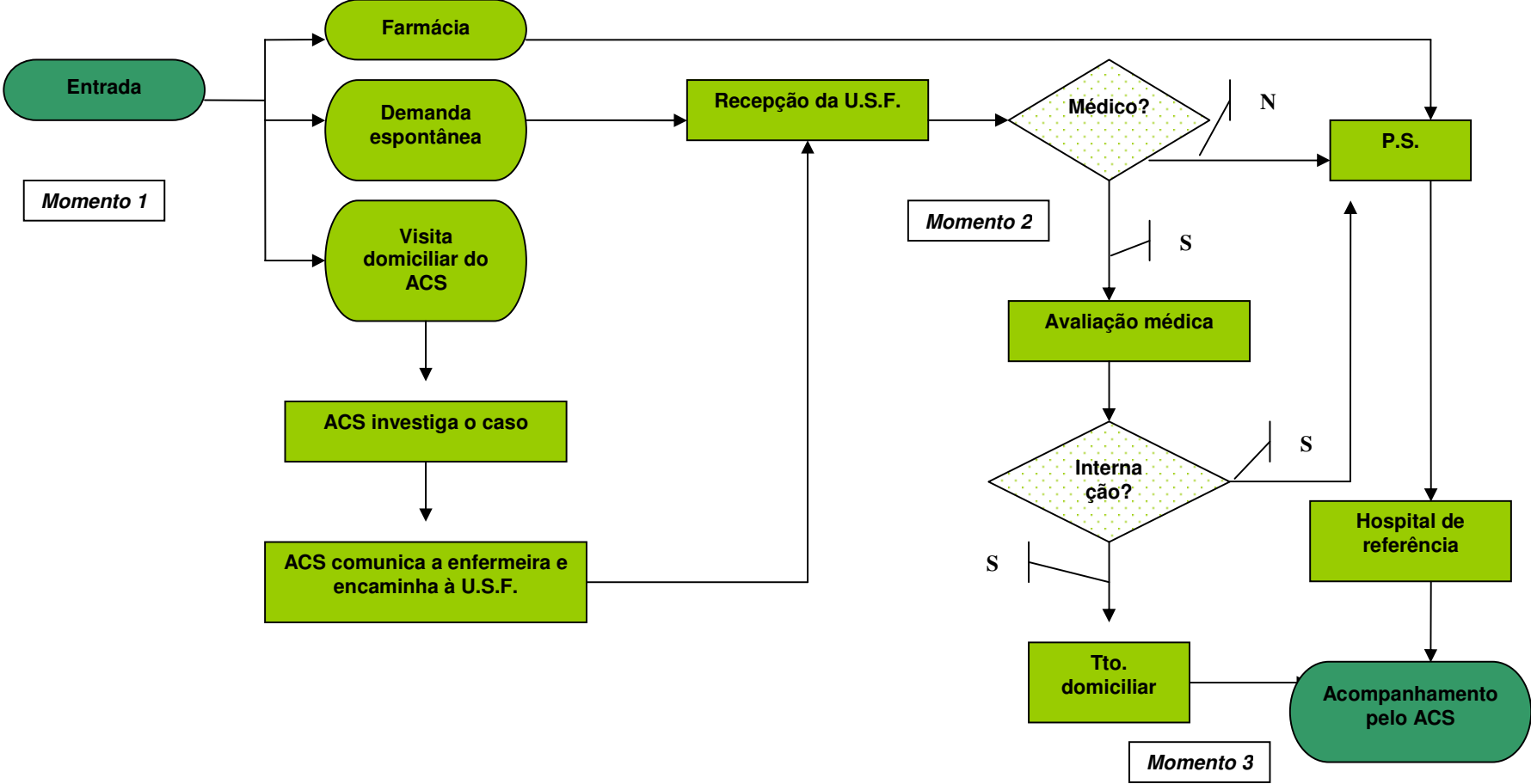
V.D. - Visita Domiciliar

U.S. - Unidade de Saúde

Tto. - Tratamento

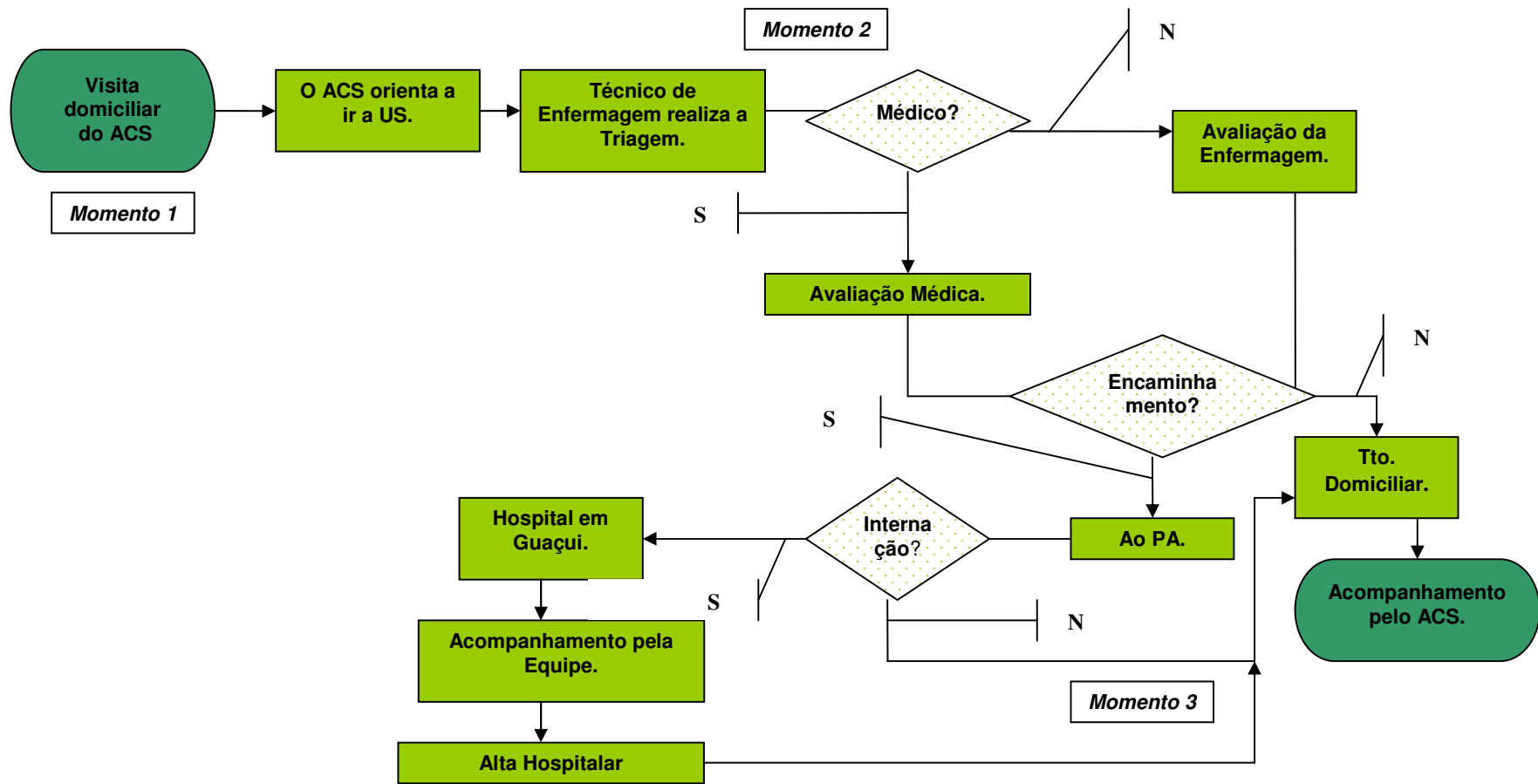
P.S. - Pronto Socorro

Fluxograma do Acompanhamento das Doenças Diarréicas em menores de 05 anos/Ibitirama- Equipe 4



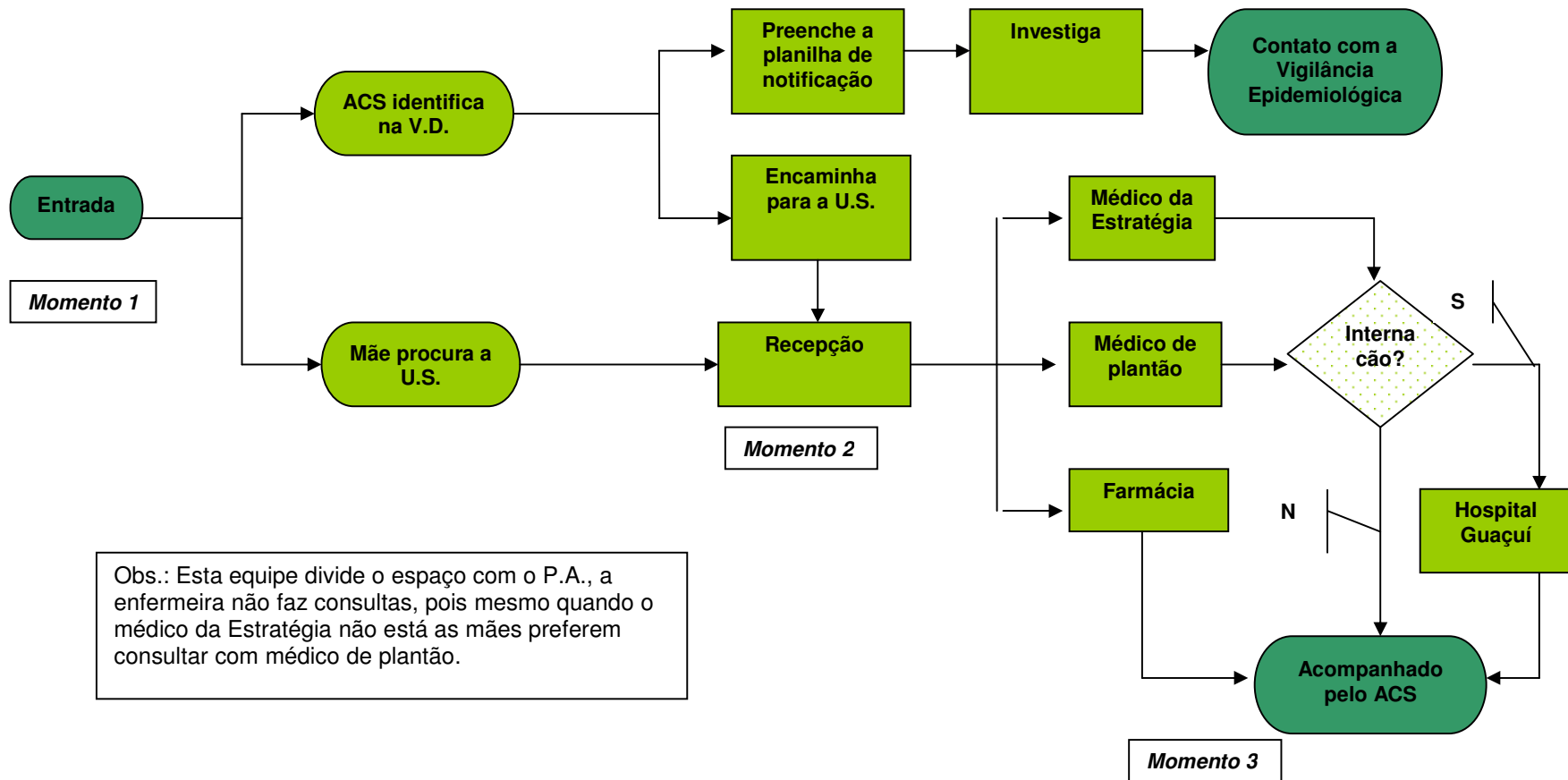
ACS – Agente Comunitário de Saúde
 V.D. - Visita Domiciliar
 U.S.F - Unidade de Saúde da Família
 Tto. - Tratamento
 P.S. - Pronto Socorro

Fluxograma do Acompanhamento das Doenças Diarréicas em Crianças menores de 05 anos/Divino São Lourenço; equipe 1:



ACS – Agente Comunitário de Saúde
 U.S. - Unidade de Saúde
 Tto. - Tratamento
 P.A. – Pronto Atendimento

Fluxograma do Acompanhamento das Doenças Diarréicas em Crianças menores de 05 anos/Divino de São Lourenço; Equipe 2



ACS – Agente Comunitário de Saúde

V.D. - Visita Domiciliar

U.S. - Unidade de Saúde

P.A. - Pronto Atendimento

ANEXOS

ANEXO A LISTA DE INTERNAÇÕES POR CSAA; CID-10

Diagnósticos	Categoria Definida Códigos da CID 10
Pneumonias Bacterianas	J13,J130,J14, J140, J153-J154, J158-J159, J180-J189
Gastroenterites	A000-A020, A029, A030-A039, A048-A049, A050-A059, A060,A069, A071, A080-A085, A09 ,A090
Insuficiência cardíaca	I500-I509
Asma	J450-J459,J46 ,J460
Saúde Mental	F100-F199, F200-F209,F21 ,F210, F220-F239,F24, ,F240, F250-F259,F28 ,F280, F29 ,F290, F300-F388, F39 ,F390
Hipertensão	I10 ,I100, I110-I119
Diabetes	E100-E101,E110-E111, E120-E121,E130-E131, E140-E141, E102-E108,E112-E118, E122, E128,E132-E138, E142-E148, E109,E119,E129, E139,E149
Desidratação	E86 ,E860
Desnutrição & deficiências nutricionais	E40 ,E400, E41 ,E410, E42 ,E420, E43 ,E430, E440-E441, E45 ,E450, E46 ,E460, E500-E509, E511-E519, E52 ,E520, E530-E539, E54 ,E540, E550-E559
Infecção da Pele e Subcutâneo	L010-I089
Doença Inflamatória órgãos pélvicos Femininos	N700-N739, N750-N768
Convulsão por Epilepsias	G400-G409
Hipertensão Gravidez/Eclampsia	O100-O110,O11 ,O110, O13 ,O130, O140-O159, O16,O160
Anemia por deficiência de ferro	D500-D509, D510-D539
Doenças imuno-preveníveis	B050-B059, A370-A379, A360-A369, A33 ,A330,A34 ,A340, A35 ,A350, G000, A150-A153, A160, A162, A170
Infecções Agudas das Vias Aéreas Superiores	J00 ,J000, J010-J019, J020-J029, J030-J039, J060-J069, H660-H669
Sífilis (inclui) congênita	A500-A509, A510-A539
Bronquite aguda	J200-J219
Febre reumática	I00 ,I000,I010-I029

ANEXO B APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 26 de abril de 2006

Do: Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Profa. Rita de Cássia Duarte Lima
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Estudo das internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial em territórios com PSF no Espírito Santo.”**

Senhora Pesquisadora,

Através deste informamos à V.Sa., que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Estudo das internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial em territórios com PSF no Espírito Santo”**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em reunião ordinária realizada em 26 de abril de 2006.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fausto Edmundo Lima Pereira'.

Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro Biomédico/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

