

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

**SUBÁREA: Planejamento e Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde**

**A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NO
PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE
NITERÓI/RJ**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública
como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em
Ciências na Área de Saúde Pública.

**Autor: Paulo Klingelhofer de Sá
Orientadora : Prof. Célia Almeida**

Rio de Janeiro, maio/2003

AGRADECIMENTOS

Dedico essa dissertação de mestrado a minha esposa, fiel companheira que me incentivou em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis. A construção da dissertação é um processo muito doloroso que sem a compreensão de quem nos acompanha fica muito difícil realizar.

Agradeço aos meus filhos que, embora reivindicassem a minha presença por várias vezes no seu dia a dia, souberam compreender quando eu não podia lhes dar a devida atenção.

Algumas pessoas participaram do desenvolvimento dessa dissertação, não só do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista social, onde vários amigos conviveram com a minha angústia na construção e elaboração dos capítulos. Dentre os que participaram tecnicamente, lembro do Prof. João Miranda, do Prof. Carlos Eduardo Aguilera Campos, da Prof^a. Eliana Labra, dos colegas de turma de mestrado, da imprescindível ajuda de James Macinko na revisão do *abstract* e dos profissionais do Programa Médico de Família de Niterói que tanto colaboraram.

Enfim, agradeço especialmente à minha orientadora pela paciência e disponibilidade de rever cada frase, cada capítulo, cada sentido para que essa dissertação tomasse corpo.

Agradecendo a todos estou agradecendo à Deus pois certamente ele agiu através deles.

RESUMO

Essa dissertação procurou analisar a integralidade da atenção à saúde no âmbito do Programa Médico de Família de Niterói (PMFN)/RJ. Focamos a análise na questão da integração entre o programa e os demais níveis de atenção à saúde visando a garantia da atenção contínua. Definimos como metodologia a realização de entrevistas semi-estruturadas com alguns profissionais do programa com o objetivo de identificar e analisar, a concepção de integralidade desses profissionais e os instrumentos operacionais do programa para facilitar o acesso aos demais níveis do sistema de saúde. Utilizamos também dados quantitativos que traduzissem o acesso dos usuários, cobertos pelo programa, aos demais serviços e níveis de saúde, tendo sido utilizado como amostra: crianças menores de cinco anos desnutridas com baixo peso; gestantes; e diabéticos não insulino dependentes. Os resultados encontrados revelaram algumas dificuldades de compreensão dos profissionais do programa em relação as estratégias e aos mecanismos operacionais do PMFN para garantia da atenção contínua, assim como de entendimento em relação ao tema integralidade da atenção. Notou-se alguma dificuldade no acesso aos demais níveis e serviços em algumas áreas específicas. Embora os profissionais do programa classifiquem o sistema de referência e contra-referência como inadequado e um importante problema na operacionalização do PMFN, as estratégias adotadas para a melhoria desse sistema ainda são insuficientes para a garantia da atenção contínua e integração com a rede de serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Médico de Família; Integralidade na atenção; Niterói/Rio de Janeiro

ABSTRACT

This work discusses comprehensive of care in the Family Doctor Program of Niterói/RJ (Programa Médico de Família de Niterói (PMFN)/RJ). The focus was on the integration between the program and other health services, particularly the extent to which the care provided was continuous. The methodology included semi-structured interviews with professionals from the program, in order to identify and analyze their conception of comprehensive care and the mechanisms and processes adopted by the program to facilitate patient access to other health services. Quantitative techniques were also applied to a sample of malnourished children under five years of age; pregnant women; and non-insulin-dependent diabetics. The results revealed difficulties concerning health professional's understanding of both the strategies used by the program to guarantee continuity and, the very concept of comprehensiveness of care. We also observed difficulties related to patient access to some specialists and complementary tests. Although the professionals in the family doctor program have stated that referral and counter-referral process does not work properly and can may imperil the success of the program, so far the strategies adopted to improve this system appear to be not sufficient.

KEY WORDS: Family Doctor Program; Comprehensive care; Niterói/RJ.

Lista de Abreviaturas

ABEM - Associação Brasileira de Escolas Médicas

AIDS - Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CPN - Centro Previdenciário de Niterói

DAU - Divisão de Atenção ao Usuário

DESUM - Departamento de Supervisão Metodológica

DST - Doença Sexualmente Transmissível

FAMNIT - Federação das Associações de Moradores de Niterói

FEPAFEM - Federação Pan-americana das Associações das Faculdades e Escolas de Medicina

FMP - Faculdade de Medicina de Petrópolis

FMS - Fundação Municipal de Saúde

GBT - Grupo Básico de Trabalho

GERUS - Gerência de Unidades de Saúde

GP - *General Practitioner*

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

NHS - *National Health Service*

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

P - Percentil

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISCA - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PMFN - Programa Médico de Família de Niterói

PPI - Programação Pactuada Integrada

PSF - Programa Saúde da Família

SECITEC - Secretaria de Ciência e Tecnologia

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPA - Serviço de Pronto Atendimento

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFF - Universidade Federal Fluminense

VIPACAF - Vice-Presidência de Atenção Coletiva Ambulatorial e de Família

VIPAHE - Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e Emergências

WHO - *World Health Organization*

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro 1 - Número de Consultas nas Unidades Públicas Ambulatoriais, segundo o domicílio, Niterói, 1998. pp.15

Quadro 2 - Equipes básicas (setor) distribuídas por módulo e GBT, segundo nº de famílias, de habitantes, crianças menores de cinco anos, gestantes e diabéticos. PMFN. Niterói. 2001. pp.59

Quadro 3 - Tempo de trabalho no PMFN (em anos) segundo a função dos entrevistados, Niterói, 2002. pp.65

Quadro 4 - Prazo, em dias, entre a solicitação e a realização de alguns exames e especialidades nos diabéticos não insulino dependentes dos três GBTs, Niterói, 2001. pp.82

Tabela 1 - Média de dias identificados, entre a solicitação e realização dos exames de ultrasonografia nas gestantes por GBT/PMFN, Niterói, 2001. pp. 79

Tabela 2 - Média de dias identificados, entre a solicitação e realização dos exames de VDRL nas gestantes por GBT/PMFN, Niterói, 2001. pp. 79

Tabela 3 - Média de dias identificados, entre a solicitação e a realização dos exames de perfil lipídico nos diabéticos não insulino dependentes, por GBT/PMFN, Niterói, 2001. pp.80

Tabela 4 - Média de dias identificados, entre a solicitação e a realização dos exames de hemoglobina glicosilada nos diabéticos não insulino dependentes, por GBT/PMFN, Niterói, 2001. pp.81

SUMÁRIO

Agradecimentos	2
Resumo	3
Abstract	4
Lista de abreviações	5
Lista de Quadros e Tabelas	7
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1: O SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ: aspectos relevantes na construção do sistema municipal.	14
- dados epidemiológicos	14
- a evolução do sistema	15
- a rede de saúde do município	19
. rede básica	19
. rede secundária	20
. rede terciária	20
. rede laboratorial	21
CAPÍTULO 2: O PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (PMFN)/RJ	22
- A Medicina de Família e a influência internacional	22
- Histórico do PMFN	25
- Operacionalização e funcionamento	29
CAPÍTULO 3: A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE: algumas considerações conceituais	38

	9
CAPÍTULO 4: METODOLOGIA	55
CAPÍTULO 5: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	64
- as entrevistas	64
- os dados quantitativos	74
CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO E ANÁLISE	83
CAPÍTULO 7: CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	113
- I	113
- II	114

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de um sistema de saúde que contemple as necessidades da população é um desafio permanente para todos os países. Definir os seus princípios, diretrizes, autonomia de gestão, cobertura, nível de participação do Estado, integração do sistema e outros, são elementos que vem sofrendo modificações ao longo da construção desses sistemas em busca de maior efetividade, equidade e satisfação dos usuários (Mendes, 1998, 1:19). No entanto, desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, foi recomendada a organização dos sistemas de saúde a partir da Atenção Primária, adotada por alguns países como uma das principais estratégias para se alcançar a meta estabelecida pela Assembléia Mundial de Saúde, em 1979, de "Saúde para Todos no ano 2000" (Mendes, 2002), mas ainda não atingida.

Ao longo das décadas de 80, 90 e início dos anos 00, o município de Niterói/RJ foi buscando estratégias para reorganizar o seu sistema de saúde a partir da Atenção Primária (Cohen, 2000). Em 1991, iniciou o desenvolvimento de um projeto na área da atenção básica que tinha como princípio a Medicina de Família.

Essa iniciativa, chamada Programa Médico de Família de Niterói (PMFN)/RJ, implantada em 1992, foi desenvolvida por uma equipe da Secretaria de Saúde, assessorada por técnicos do Ministério da Saúde de Cuba, e visou adaptar à realidade do sistema local o modelo cubano da medicina de família como porta de entrada do sistema de saúde. O objetivo desse programa é melhorar os indicadores de morbimortalidade do município, reestruturar a atenção básica e impulsionar uma mudança do modelo assistencial local, proporcionando e garantindo promoção da saúde, prevenção das doenças, diagnóstico precoce e atenção médica integral, oportuna e contínua à população (PMN/FMS, 1994).

O PMFN, junto com iniciativas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e outras experiências nacionais, influenciou na formulação do Programa Saúde da Família (PSF), do

Ministério da Saúde, implantado em 1994, que integra uma estratégia nacional de priorizar e fortalecer a atenção básica e pretende redirecionar o modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF ganhou forte impulso a partir da Norma Operacional Básica formulada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1996 (NOB, 1996) e foi reforçado pela recente Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/MS, 2001). Essas normas operacionais são os mecanismos a partir dos quais a descentralização do SUS vem sendo implementada. A iniciativa municipal foi reforçada, portanto, pela estratégia nacional.

A reorientação do modelo assistencial, curativo e hospitalocêntrico, para um modelo focado na integração das ações e dos serviços de saúde, a partir da atenção básica, exige esforços na implementação do sistema como um todo e não somente no primeiro nível ou na porta de entrada. Escorel et al (2002:131-132), em recente pesquisa do Ministério da Saúde no Brasil analisaram a implantação e implementação do PSF em grandes centros urbanos e os autores afirmam que sem a integração da atenção básica com os demais níveis do sistema a integralidade da atenção à saúde fica significativamente prejudicada, como também a resolutividade dos problemas de saúde da população.

A insuficiente garantia da atenção contínua nos diferentes níveis de assistência afeta uma característica primordial de qualquer sistema de saúde, a integralidade da atenção. Essa característica, uma das diretrizes do SUS, ainda é um tema pouco desenvolvido pela literatura em geral.

A integralidade da atenção, percebida por alguns autores como diferentes dimensões ou sentidos, é trabalhada por Mattos (2002) segundo três grandes eixos ou grupos de sentidos, tais como: a visão integral do profissional; a integração das ações nos serviços de saúde e seus processos de trabalho; e a integração do sistema de saúde enquanto política setorial. Dentre esses três grandes grupos, essa dissertação enfocará a questão da integração do sistema a partir do PMFN.

Essa integração do sistema não parece ser tarefa fácil para os municípios, uma vez que, de maneira geral, as unidades de saúde dos diversos níveis procuram manter seus respectivos processos de trabalho (cultural e histórico) inalterados e isolados dos demais serviços, não se constituindo como parte de uma rede assistencial local ou regional. Esse fenômeno de desarticulação, que se observa em nível nacional, compromete de forma importante a construção do SUS como um sistema integrado e articulado de serviços (Carvalho, 1999; Lobato, 2000; Luchese, 1996).

No entanto, a estratégia adotada por Niterói de reorientação do modelo a partir do PMFN, coloca em evidência a necessidade de integração entre os diferentes níveis do sistema para garantir a resolutividade dos problemas de saúde da população. Ao analisarmos o acesso dos usuários cobertos pelo PMFN aos demais níveis do sistema, encontramos uma série de elementos que facilitam e outros que dificultam esse acesso.

Esta pesquisa procura contribuir com a discussão dos fatores que possam estar comprometendo a integralidade da atenção e, portanto, a resolutividade dos problemas de saúde da população a partir da análise dos diferentes aspectos que poderiam estar influenciando o acesso aos demais níveis do sistema no âmbito de um programa estratégico como o PMFN, que, como o PSF, se propõem reorientar o modelo de atenção à saúde e reforçar a implementação do SUS. Dessa forma, levantamos as seguintes questões:

- Em que medida o PMFN consegue garantir atenção integral e contínua à população adscrita?
- Qual a relação, por parte da gerência e das equipes de ponta do PMFN, entre a concepção teórica de integralidade da atenção e os mecanismos operacionais para garantir atenção contínua à clientela adscrita?
- Em que medida a possível falta dessa garantia poderia estar comprometendo o monitoramento, pelas equipes básicas, dos problemas de saúde da população adscrita?

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a organização de um sistema de referência e contra-referência para garantir a atenção contínua aos usuários é fundamental para o sucesso de programas como o PSF e o PMFN. No entanto, organizar esse sistema é uma tarefa muito difícil para a maioria dos municípios e, em Niterói, esforços vem sendo realizados nesse sentido, no entanto os resultados ainda estão aquém das necessidades.

Portanto partimos do pressuposto que o Programa Médico de Família de Niterói, embora possua em sua concepção a preocupação com o princípio da integralidade da assistência, definidos no Sistema Único de Saúde (SUS), parece enfrentar dificuldades, na prática, para garantir atenção integral e contínua à população adscrita.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a integralidade da atenção à saúde no Programa Médico de Família de Niterói-RJ.

E os objetivos específicos são:

- Identificar e analisar a concepção de integralidade da assistência à saúde da coordenação geral do PMFN, da coordenação e supervisão dos grupos básicos de trabalho do programa e das equipes básicas.
- Identificar e analisar os instrumentos operacionais disponíveis na estrutura do PMFN para a garantia da integralidade da atenção.
- Analisar o acesso de grupos prioritários da população adscrita ao PMFN à rede de referência para a obtenção da assistência necessária.

Pretendemos com essa análise, contribuir com aspectos relevantes a serem observados na implementação de programas como o PMFN, para poder aprimorar os mecanismos que garantam a integralidade da atenção visando atender às necessidades de saúde da população.

CAPÍTULO 1

O SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ: aspectos relevantes na construção do sistema municipal

O município de Niterói, que pertence à região metropolitana do Rio de Janeiro, é considerado como de médio porte com uma área territorial de 132 Km² e uma população, segundo IBGE-2001, de aproximadamente 459.451 habitantes. Os domicílios, com abastecimento de água são em torno de 76%; aqueles ligados à rede de esgotamento sanitário são cerca de 65%; e 86% são servidos por coleta de lixo. A sua principal atividade econômica é o setor terciário de prestação de serviços (PMN/SECITEC, 1999).

O município é subdividido em vários bairros e o setor saúde o subdivide em três regiões: Norte, Centro-sul e Leste ou Oceânica.

Dados epidemiológicos

Em relação ao perfil epidemiológico do município, segundo o Observatório de Saúde (PMN/FMS, 2001), o coeficiente de mortalidade infantil caiu de 25,91 por mil nascidos vivos em 1990 para 17,12 por mil nascidos vivos em 2000, com aumento na proporção dos óbitos neonatais em relação aos tardios, comparando-se os dois períodos, refletindo uma importante melhora no controle da mortalidade infantil. Em relação à mortalidade proporcional, segundo a configuração da curva de Moraes, o padrão é o IV, tipo J (jota), que indica um melhor nível de saúde.

Ainda segundo os dados fornecidos pela Coordenação do Observatório de Saúde/FMS do município, as principais causas de mortalidade geral em 2000 eram as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e aparelho respiratório.

Em relação ao setor saúde, Niterói possui a segunda maior capacidade instalada do Estado do Rio de Janeiro, ocasionando uma grande procura dos serviços por parte da população dos municípios vizinhos (Quadro 1).

Quadro 1: Número de Consultas nas Unidades Públicas Ambulatoriais, segundo o domicílio, Niterói, 1998.

Municípios	Unidades Básicas	Policlínicas Comunitárias	Policlínicas Especializadas	Total
Niterói	174.204	219.876	130.500	524.580
São Gonçalo	22.283	9.792	45.372	77.447
Itaboraí	168	228	1188	1584
Maricá	408	156	816	1380
Magé	26	-	183	209
Rio Bonito	12	45	34	91
Rio de Janeiro	31	83	766	880
S. J. Meriti	-	21	35	56
Saquarema	-	57	72	129
Caxias	-	-	12	12
C. de Macacu	-	-	38	38
Nova Iguaçu	-	-	13	13
Araruama	-	-	97	97
Total	197.132	230.258	179.126	606.516

Fonte: PMN/Fundação Municipal de Saúde – 1998 / SECITEC apud Cohen, 2000

Em relação às internações hospitalares, o volume de ocupação dos leitos públicos estatais por pacientes de outros municípios é de cerca de 48%, o que sobrecarrega muito o sistema (Cohen, 2000).

A evolução do sistema

O processo de municipalização em Niterói inicia em 1989, quando a gestão municipal assina acordo de municipalização com o Ministério da Saúde. Nesse mesmo ano é criada a Fundação Municipal de Saúde para agilizar o processo de organização do sistema de saúde local (Vasconcelos, 2000).

No início da década de 90 foi criada a Central de Internações Hospitalares, visando a melhoria da organização do acesso da população aos leitos hospitalares, regulando os leitos

próprios e contratados/conveniados.

Também no início da década foram estruturados três distritos sanitários, Norte, Leste e Centro-Sul em busca de uma maior descentralização do nível decisório e agilidade na organização regional.

No entanto, em 1995, os Distritos Sanitários foram extintos, devido à sua fraca atuação enquanto organizadores da vigilância em saúde regional, segundo o secretário de saúde da época. Optou-se então, nesse período, por uma nova forma de organização regional a partir da criação de Policlínicas Comunitárias, originadas dos Centros de Saúde (SES/RJ) e de outras unidades. Essas Policlínicas Comunitárias oferecem atenção básica para a população adscrita e são referência para algumas especialidades e exames para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e módulos do PMFN de determinada região. Foram criadas também as Policlínicas de Especialidades Silvio Picanço e de Especialidades da Mulher Malu Sampaio, ambas herdadas dos Postos de Assistência Médica do extinto INAMPS. Essas unidades oferecem referência ambulatorial para especialidades e exames solicitados por toda a rede básica, especializada e hospitalar.

Com as Normas Operacionais Básicas (NOB), instrumentos de regulação da descentralização do Ministério da Saúde, o município foi sendo habilitado nos diferentes modelos de gestão propostos, permitindo maior autonomia no desenvolvimento do sistema local (Cohen, 2000).

A NOB 93 instituiu níveis progressivos de gestão local do SUS, incipiente, parcial e semiplena, estabelecendo a descentralização político-administrativa na saúde (Carvalho, 1999). Niterói foi habilitado para Gestão Semi-Plena em 1995 (Vasconcelos, 2000). A gestão semiplena significou a transferência direta de recursos para os municípios, com maior autonomia na sua utilização.

Com a NOB 96, que representou mais explicitamente a proposta de um novo modelo de atenção, na medida em que acelerou a descentralização dos recursos federais em direção aos

estados e municípios, assim como instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), houve a implementação de incentivos financeiros aos programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (MS, 1996). Foram estabelecidos então dois estágios de habilitação: plena de atenção básica e plena de sistema, para município; e gestão avançada ou plena do sistema estadual, no âmbito do estado. Niterói foi habilitado como Gestão Plena do Sistema Municipal em 1998 (Cohen, 2000).

A necessidade de organização do acesso do usuário aos demais níveis do sistema a partir das UBS, dos módulos do PMFN e das Policlínicas Comunitárias proporcionou a criação da Divisão de Atenção ao Usuário (DAU) em 1996 (Vasconcelos, 2000).

O DAU é uma central de operações administrativas que procura gerenciar as vagas ambulatoriais da rede própria e conveniada/contratada, tanto para especialidades como para exames. A rede de referência de 2º e 3º níveis de atenção à saúde, em Niterói, disponibiliza as vagas ambulatoriais através do DAU, por onde toda a rede básica estabelece um fluxo regular de marcação, assim como a própria rede secundária e terciária, quando um especialista necessitar encaminhar o usuário para outro especialista ou para a realização de um exame, segundo a gerente da VIPACAF. A operacionalização da referência advinda do PMFN também passou a ser realizada através do DAU, porém é intermediada por uma pequena Central de Marcação do próprio programa, que procura receber as solicitações de referência das equipes básicas, organizá-las e encaminhá-las para o DAU, a fim de proceder as marcações.

As UBS, Policlínicas Comunitárias e Policlínicas de Especialidades possuem gerência própria local, que necessita do desenvolvimento de uma nova mentalidade gerencial em busca do melhor conhecimento das necessidades de saúde da população e da integração com a rede de saúde como um todo. Isto fez com que a Secretaria de Saúde promovesse para os seus gerentes o Curso de Especialização em Gerência de Unidades de Saúde (GERUS), em parceria com a ENSP/FIOCRUZ, em 1996/97 (Vasconcelos, 2000; Cohen, 2000). A criação do DAU, a percepção de novos conceitos

sobre gerência de unidades de saúde e a influência dos princípios do PMFN fizeram com que os diferentes serviços de atenção básica passassem a definir os seus territórios e população adscrita.

Segundo Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996), a definição dos territórios de cada unidade de saúde, enquanto território processo, possibilita uma maior adequação dos serviços às necessidades da população, respeitando sua dinâmica cotidiana. Ou seja, se um usuário, apesar de estar adscrito à uma determinada UBS, necessitar de ser assistido por outra UBS por estar mais acessível, face ao seu trajeto diário de trabalho, ele será assistido, assim os limites de adscrição de clientela não são inflexíveis, facilitando o acesso da população à porta de entrada.

Define-se então a porta de entrada do sistema a partir da rede básica: UBS, Policlínicas Comunitárias e Módulos do PMFN, com adscrição de clientela em cada uma, assim como as unidades de emergência e de pronto atendimento (SPA). Essa definição é considerada por Mendes (2002) condição fundamental para a organização da atenção primária e da dinâmica de acesso aos demais níveis do sistema de saúde.

Em 1999 é definido um novo organograma da Fundação Municipal de Saúde onde a assistência ficou dividida entre a Vice-Presidência de Atenção Coletiva Ambulatorial e de Família (VIPACAF) e a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência (VIPAHE). O DAU e o PMFN estão vinculados à VIPACAF, enquanto a Central de Internação está vinculada à VIPAHE (ANEXO I).

No ano 2000, foi instituída a Central de Regulação, que incorporaria a Central de Internações e o DAU, e seria vinculada à VIPAHE. No entanto essa central ainda está regulando apenas os leitos do sistema, continuando o DAU sob a gerência da VIPACAF.

Segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde, (NOAS, 2001), que define a organização da assistência no nível estadual em termos de regiões a partir do Plano Diretor de Regionalização, do Plano Diretor de Investimentos realizados pela

Secretaria Estadual de Saúde e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Niterói está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo considerado como município Pólo.

A Rede de Serviços de Saúde de Niterói

Em relação à capacidade instalada, existem no município 60 estabelecimentos, o que leva a uma grande procura dos serviços de saúde pela população dos municípios vizinhos, provocando estrangulamento em algumas áreas e dificultando o acesso dos munícipes aos serviços.

A rede de serviços públicos do município de Niterói está composta da seguinte forma.

A rede básica

A rede básica é composta por: 1) módulos de médicos de família, no total de 31, cujos serviços ofertados são de imunização, assistência geral básica e enfermagem; 2) as Unidades Básicas de Saúde (UBS) no total de 14, com serviços ofertados de imunização, assistência básica em clínica geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia, odontologia, enfermagem e em alguns casos, fonoaudiologia, saúde mental e nutrição; 3) as Policlínicas Comunitárias, no total de 6, que oferecem serviços de imunização, assistência básica em clínica geral, pediatria, gineco/obstetrícia, dermatologia, endocrinologia, cardiologia, neurologia, nutrição, fonoaudiologia, saúde mental, odontologia, ambulatório de pequenas cirurgias e alguns exames de análises clínicas e de imagens. Duas dessas Policlínicas possuem também Serviço de Pronto Atendimento.

As UBSs estão distribuídas por todo o município; já as Policlínicas estão distribuídas por regiões: a Policlínica da Engenhoca, no Norte; a Policlínica Carlos Antônio da Silva, no Centro; a Policlínica Santa Rosa e a Policlínica de Jurujuba, no Centro-Sul; a Policlínica do Largo da Batalha e a Policlínica de Itaipú, na Região Leste ou Oceânica.

A rede secundária

A rede secundária é composta pelos ambulatórios de especialidades, que ofertam assistência especializada assim como procedimentos e alguns exames de média complexidade, como exames por imagens, broncoscopias, endoscopias etc. A Policlínica de Especialidade da Mulher Malu Sampaio oferece serviços na área de saúde da mulher, com ginecologia, atendimento especializado para as adolescentes, colposcopia, pré-natal de alto risco, mastologia, cirurgia ginecológica, planejamento familiar e ultrasonografia. A Policlínica de Especialidades Silvio Picanço oferece serviços de diversas especialidades médicas, tanto aquelas ofertadas pelas Policlínicas Comunitárias como outras, tais como otorrino e oftalmologia, entre outras. Alguns hospitais também oferecem ambulatórios de especialidades, assim como exames de média complexidade.

A rede terciária

Essa rede é composta pelo Hospital Orêncio de Freitas, que oferece leitos de clínica geral e, principalmente, de cirurgia (geral, abdominal, proctológica, urológica etc), assim como oferece alguns exames complementares, como endoscopia digestiva, RX, retosigmoidoscopia; o Hospital Centro Previdenciário de Niterói (CPN), que oferece leitos de clínica geral e para doentes com AIDS, assim como ambulatório de diversas especialidades e exames complementares, tais como ultrasonografia, radiologia e outros e emergência; o Serviço de Pronto Atendimento de Piratininga; o Hospital Ary Parreiras, que oferece leitos de Doenças Infecto-Contagiosas; o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, que oferece internação em psiquiatria; o Hospital Universitário Antonio Pedro, que oferece leitos em diversas especialidades, assim como ambulatório de especialidades, exames e emergência, e, apesar de não ser municipalizado, oferece algumas de suas vagas para o DAU e para a Central de Internações; e o Hospital Estadual Azevedo Lima

que oferece leitos nas especialidades gerais, ambulatório de especialidades e exames complementares, assim como emergência. Este hospital também não foi municipalizado e suas vagas não estão totalmente disponibilizadas para o DAU, mas os leitos estão disponibilizados na Central de Regulação.

A rede laboratorial

A rede de saúde do município conta também com laboratórios de saúde pública e de análises clínicas, como o Laboratório de Saúde Pública Noel Nutels, que oferece exames voltados para as doenças de vigilância epidemiológica; os laboratórios de análises clínicas dos hospitais e das Policlínicas Santa Rosa, Largo da Batalha e da Unidade Básica de Saúde João Vizella. Cada laboratório de análises clínicas está regionalizado no município, sendo referência para os módulos do PMFN, as UBS e as Policlínicas Comunitárias e de Especialidades.

CAPÍTULO 2

O PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (PMFN)/RJ

O PMFN é um programa estruturado a partir dos princípios da medicina de família, nos moldes do modelo cubano e, portanto, para melhor compreender o seu funcionamento, se faz necessária uma breve consideração a respeito dos elementos da medicina de família e o seu desenvolvimento no Brasil.

A Medicina de Família

Segundo Silva Jr. (1996), Aguiar (1998) e Mattos (2002), a partir da reforma flexneriana do início do século XX, a visão da saúde ficou fragmentada e o indivíduo passou a ser visto de forma segmentada, prejudicando a noção do todo e a visão integral. Essa percepção começou a enfrentar críticas a partir das décadas de 40 e 50 do século passado e mais marcadamente, na década de 60, quando ganharam projeção as Medicinas Preventiva e Integral (Aguiar, 1998). Essas especialidades buscaram a ampliação da perspectiva do profissional médico que passaria a atuar para além do ato médico individual, passando a estabelecer um novo campo de relações com o indivíduo, a família e a comunidade (Donnangelo, 1975).

No Brasil, a Medicina Comunitária e a Medicina Familiar passaram a ser debatidas no início da década de 70 e tiveram como marco de discussão, segundo Aguiar (1998), um seminário ocorrido em 1973, patrocinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) e a Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP), sobre a formação do médico de família. Este evento teria sido a primeira tentativa de introdução desse movimento no Brasil, impulsionado pela Federação Pan-americana das Associações das Faculdades e

Escolas de Medicina (FEPAFEM), que possuía um projeto de implementação da Medicina Comunitária para a América Latina, entre 1972 e 1977 (Ceitlin, 1982).

O médico que trabalha na medicina geral, responsável pelo primeiro atendimento ou pela assistência primária aos pacientes, recebeu nomes distintos segundo diferentes momentos e contextos, tais como médico geral ou generalista (*general practitioner*); médico de atenção primária (*primary physician*); ou médico de família (*family physician* ou *family doctor*) (Carneiro, 1978, *apud* Aguiar, 1998).

O termo *general practice* é trabalhado pela OMS (WHO, 1998), como sendo uma prática dirigida a resolver problemas de saúde da população, não selecionados previamente, e realizada de forma contínua e integral, orientada para a família e a comunidade, constituindo o primeiro contato entre o usuário e o sistema de saúde, isto é a porta de entrada no sistema.

No Reino Unido, o *general practitioner* (GP) é o responsável pela maioria das consultas que ocorrem no *National Health Service* (NHS) e é visto como crucial para garantir assistência à saúde para toda a população (Smith, 1998), constituindo a sua principal porta de entrada.

Segundo Theoret (2000), a medicina familiar possui quatro princípios fundamentais: ser competente do ponto de vista clínico para resolver os problemas de saúde mais comuns da população; ser voltada para a comunidade; possuir uma clientela adscrita; e garantir uma boa e contínua relação médico-paciente. A estratégia da medicina de família busca organizar o acesso e a utilização dos serviços de saúde de forma contínua e integral, articulando-a com os demais níveis de assistência.

. No sistema cubano o médico de família constitui a porta de entrada para a rede de serviços de saúde e este profissional é capaz de solucionar cerca de 95% dos problemas de saúde apresentados pela população (Perez, 2000). A organização do sistema de saúde cubano, tendo o médico de família como porta de

entrada, merece algum detalhamento devido à influência deste modelo no PMFN.

Neste sistema, esse profissional é considerado o médico mais “universal” e completo de todo o sistema e é responsável pelo desenvolvimento acelerado da saúde pública cubana (Novás & Sacasas, 1989). Uma característica importante deste modelo é que a medicina de família é uma especialidade cuja prática, serviço e docência estão absolutamente integradas na formação médica, assim como no desenvolvimento da educação permanente das equipes de médicos de família e da qualidade dos serviços. A articulação com o segundo nível de assistência se dá de forma integrada e contínua entre um determinado número de equipes de médicos de família e o *Policlínico Comunitário* de uma dada região. O trabalho desenvolvido pelo *Policlínico* integra serviços especializados em articulação com a docência de pré e pós-graduação qualificando permanentemente a equipe profissional. O médico de família trabalha com uma enfermeira constituindo uma equipe que é responsável por 600 a 700 pessoas e cobre 97% da população do país (Perez, 2000).

Segundo Novás & Sacasas (1989:561-563), o modelo cubano possui uma série de características dentre as quais destacamos:

- Considera a família como unidade de atenção.
- Enfatiza o vínculo entre o médico, usuário, famílias e comunidades, facilitando a participação comunitária no sistema de saúde e a visão integral do indivíduo.
- Aumenta a acessibilidade dos usuários ao sistema de saúde.
- Procura articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e oportuno, assim como reabilitação.
- Garante a continuidade da atenção médica.
- Melhora a relação entre os diferentes níveis do sistema.
- Estabelece um novo padrão de cuidado voltado para a saúde e não só para a doença focados na atenção primária à saúde.

O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN) adotou os princípios do modelo cubano de medicina de família mas com as devidas adaptações para a realidade brasileira, tal como a não exigência de residência do médico na comunidade em que trabalha, entre outras.

Histórico

Para compreendermos a implantação e implementação do Programa Médico de Família de Niterói (PMFN), torna-se necessário conhecer alguns componentes históricos que o antecederam no desenvolvimento do sistema de saúde do município.

No início da década de 80, baseado em alguns dos princípios da reforma sanitária tais como regionalização, integração da rede de serviços e participação da sociedade nas políticas e organizações de saúde (Cohen, 2000; Carvalho, 1997); e também como fruto dos debates iniciados no II Encontro Municipal do Setor Saúde em Niterói, foi desenvolvida uma proposta de reorganização do sistema de saúde local intitulada Projeto Niterói. Esse projeto era constituído por um conjunto de estratégias propostas a partir de algumas pautas de reivindicações provenientes de movimentos profissionais organizados de diferentes instituições, como a Faculdade de Medicina da UFF, o INAMPS, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, contando ainda com a participação de representantes de grupos comunitários ligados à Federação de Associações de Moradores de Niterói (FAMNIT) (Cohen, 2000; Mascarenhas & Almeida, 2002).

O Projeto Niterói (1982/1988) previa uma série de ações a saber (Cohen, 2000:43):

- adscrição de clientela.
- criação de uma carteira de identificação do munícipe de Niterói.
- priorização da atenção básica com foco nas atividades de promoção e prevenção de saúde.
- criação de um sistema de referência e contra-referência.

No final da década de 80, do século passado, o município sob nova gestão e influenciado pelo ambiente de discussão da reforma sanitária, pelas deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde e pela Constituição Nacional de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde, buscava novas opções de reorganização de seu modelo assistencial, ainda concentrado no aspecto curativo e assistencial, apesar da proposta do Projeto Niterói.

Em 1989, o então prefeito de Niterói nomeou para o cargo de Secretário Municipal de Saúde o ex-secretário executivo do Projeto Niterói. Nesse mesmo período, o município assinou acordo de municipalização dos serviços de saúde com o Ministério da Saúde. Em 1989, também é criada a Fundação Municipal de Saúde, com o objetivo de agilizar a estruturação do sistema local de saúde facilitando o processo de autonomia gerencial (Vasconcelos, 2000; Mascarenhas & Almeida, 2002). Outros técnicos que também participaram do desenvolvimento do Projeto Niterói vieram, posteriormente, fazer parte da Secretaria Municipal de Saúde e da Fundação Municipal de Saúde, influenciando nas políticas de saúde adotadas pelo município (Cohen, 2000).

Entre 1989 e 1991 ocorreram alguns eventos epidemiológicos importantes em Niterói: duas epidemias de dengue e uma de meningite, promovendo uma aproximação entre a Prefeitura Municipal de Niterói e o Ministério da Saúde de Cuba, que detinha alta tecnologia no desenvolvimento de vacinas, especialmente contra meningite, e havia conseguido controlar a dengue por meio da organização do seu sistema de saúde. Em face a esta aproximação, o então Prefeito de Niterói e o seu Secretário Municipal de Saúde conheceram o Sistema Nacional de Saúde de Cuba (PMN/FMS, 1994).

Influenciados pela eficiência do modelo cubano de atenção à saúde, o Prefeito e o Secretário de Saúde estabeleceram em 1991 uma comissão técnica coordenada pela Superintendente de Ações Integradas de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói e com assessoria técnica do diretor do Policlínico de Lawton

- Havana/Cuba, através de convênio internacional de cooperação técnica, a fim de estudarem uma proposta de adaptação do modelo cubano à realidade brasileira (Vasconcelos, 2000).

Em 1992 é implantado em Niterói o Programa Médico de Família (PMFN), de âmbito municipal, que tem por objetivo modificar o perfil de morbimortalidade do município, suplementando a rede municipal de assistência à saúde e com ênfase na atenção primária, em co-gestão com associações de moradores das comunidades cobertas pelo programa (PMN/FMS, 1994). Essa cogestão foi estabelecida mediante Decreto Legislativo 07/92 que autoriza a Prefeitura Municipal, com interveniência da Fundação Municipal de Saúde, a celebrar convênios com Associações de Moradores visando a implantação do programa (PMN/FMS, 1994:10; Lima & Silva, 1999).

Alguns elementos importantes passam a ser enfatizados pela assessoria cubana, como adscrição de clientela, definição de território, participação popular, integralidade da atenção à saúde e um novo relacionamento entre usuário e serviços de saúde (Mascarenhas & Almeida, 2002: 85).

Em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF), inspirado no desenvolvimento de algumas experiências em saúde comunitária e familiar em curso no país, tais como: Murialdo/Porto Alegre/RS, Curitiba/PR entre outros; como também no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujo impacto nos indicadores de saúde de algumas regiões, especialmente no Nordeste, foi significativo; e no PMFN (Scorel et al, 2002; Mendes, 2002). O PSF possui como princípio fundamental a reorientação do modelo assistencial, curativo e hospitalocêntrico, para um modelo que prioriza a integralidade da atenção com especial enfoque na promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Com a Norma Operacional Básica (NOB) 1996, que explicitou mais claramente a proposta de mudança do modelo de atenção, a medida em que acelerou a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios e instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), houve a implementação de incentivos

financeiros vinculados aos programas PACS e PSF. A atenção básica, incluindo o PACS e PSF, tornou-se então a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a implementação do SUS.

Em 1999 o PMFN passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como modelo de atenção *similar* ao Programa Saúde da Família, recebendo a partir de então incentivos financeiros para o seu desenvolvimento segundo informações da supervisão regional do PSF da Secretaria Estadual de Saúde/RJ. No entanto, a gestão municipal havia mantido os investimentos na implantação e ampliação do programa apenas com recursos municipais. A continuidade política por quatro gestões consecutivas, desde 1989, facilitou uma linha de investimentos sem interrupções no PMFN, ampliando o número de comunidades beneficiadas através da implantação de novos módulos (Mascarenhas & Almeida, 2002). No entanto o ritmo de implantação sofreu algumas oscilações, com incremento entre 1992-94, redução até 1998 e novo impulso até 2002 (ANEXO II).

Para a expansão do PSF em nível nacional, eram necessários recursos humanos qualificados para atuar nesse novo modelo, o que fez com que o Ministério da Saúde implantasse os Pólos de Capacitação, Formação e Educação permanente de Pessoal em Saúde da Família por todo o país (Cohen, 2000; Mascarenhas & Almeida, 2002). Esses Pólos tem como base a articulação entre serviços e instituições de ensino superior, buscando oferecer treinamento introdutório para os profissionais que ingressam no PSF e educação permanente em serviço. Procura atuar em nível de graduação e pós-graduação, com grande enfoque na Residência em Saúde da Família e Comunidade segundo a "Carta de Fortaleza" (2001). O Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro foi constituído em 1999 e era composto pela Secretaria Estadual de Saúde, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói, a Universidade Federal Fluminense e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro, sendo que, posteriormente, foram agregadas outras instituições, como a Fundação Educacional Serra

dos Órgãos, de Teresópolis, a Universidade do Grande Rio, de Caxias, a Universidade Severino Sombra, de Vassouras, e a Faculdade de Medicina de Petrópolis.

Destaca-se que nos treinamentos introdutórios e nos diversos cursos de especialização em Saúde da Família, oferecidos pelas instituições do Pólo/RJ, muitos profissionais coordenadores e supervisores mais antigos do PMFN são convidados para atuar como professores, face à experiência prática acumulada, embora não tenham formação em Saúde da Família ou Medicina de Família.

Ao final de 2002 o número de equipes básicas implantadas totalizava 86, trabalhando em 31 módulos, oferecendo uma cobertura populacional de aproximadamente 90.000 habitantes (SIAB, 2002). Esse valor representa cerca de 20% da população total do município. No entanto, foram mapeadas em 1992, através de estudo interinstitucional coordenado pela Prefeitura Municipal de Niterói, denominado "Diagnóstico Ambiental" (Silva & Lima, 1999), 120.000 pessoas que encontravam-se em áreas de risco social e epidemiológico, alvo prioritário do PMFN (Mascarenhas & Almeida, 2002). Portanto, até 2002, o programa cobria cerca de 75% dessa população alvo identificada em 1992.

Operacionalização e Funcionamento

O PMFN é um programa estruturado a partir dos princípios da medicina de família, nos moldes do modelo cubano.

Seus princípios fundamentais são: a qualidade da atenção à saúde através da medicina de família, isto é, uma visão integral do indivíduo inserido na família e na comunidade; equipes de profissionais com responsabilidade social e sanitária; garantia de atendimento contínuo e sistemático ao longo da vida de cada pessoa; capacidade resolutiva através de atenção contínua sob supervisão de especialistas e educação permanente em serviço; e satisfação do usuário verificada através de reuniões comunitárias sistemáticas com as equipes, com participação de lideranças locais, buscando uma melhor adaptação do programa às necessidades da população

(PMN/FMS, 1997:p.9). Entretanto, diferente do modelo cubano, é apenas uma das portas de entrada do usuário no sistema de saúde.

No âmbito da gestão do PMFN, o modelo é de gestão compartilhada entre o gestor municipal e as Associações de Moradores, mediante convênio, cabendo à prefeitura, através da Secretaria de Saúde/Fundação Municipal de Saúde, a responsabilidade técnica, a seleção dos profissionais e o financiamento; já às Associações cabe o controle social e estabelecimento de relações trabalhistas com os profissionais que atuam no programa, desde a coordenação geral até o médico de família, incluindo os profissionais da estrutura administrativa.

Em termos de organograma o programa está vinculado à alta gestão da Secretaria de Saúde/Fundação Municipal de Saúde (SMS/FMS) através da Vice Presidente de Atenção Coletiva Ambulatorial e de Família (VIPACAF). A gerência do PMFN é constituída por um Gerente geral (VIPACAF), a Coordenação geral, as Coordenações de Grupo Básico de Trabalho, a Coordenação Administrativa, a Coordenação de Informação, a Coordenação da Central de Marcação de Consultas e Exames e os Presidentes das Associações de Moradores das áreas cobertas pelo programa.

O Grupo Básico de Trabalho (GBT) é composto por um coordenador, uma supervisão multiprofissional e multidisciplinar com cerca de seis profissionais, que são responsáveis por 15 a 25 equipes básicas localizadas em módulos nas comunidades. A supervisão é composta por pediatra, clínico geral, gineco-obstetra, enfermeiro, assistente social e um sanitarista. Cada equipe básica abrange cerca de 250 famílias e é composta por um médico de família e uma auxiliar de enfermagem, trabalhando em regime de horário integral (PMN/FMS, 1997).

Até o ano 2001 existiam três GBTs divididos em regiões do município: um para a Região Leste, um para a Região Centro-Sul e outro para a Região Norte do município. Em 2002, eram cinco GBTs responsáveis por 86 equipes básicas: dois para a Centro-Sul, dois para a Norte e um para a Leste.

O objetivo geral do PMFN é modificar o perfil de morbimortalidade da população com ênfase na atenção primária, em complemento à rede municipal de Unidades Básicas de Saúde (Lima & Silva, 1999). Os seus objetivos específicos são garantir atenção integral, enxergando o indivíduo como um todo; desenvolver as ações de saúde integrando as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação; garantir atenção contínua, desde o acompanhamento dos usuários ao longo de sua vida até o acesso aos demais níveis do sistema de saúde por meio de uma rede de referência e contra-referência; e, por fim, propiciar ações intersetoriais para a melhora dos níveis de saúde de uma comunidade (PMN/FMS, 1994).

A presença de um profissional médico generalista em horário integral e situado em uma estrutura física designada módulo, localizado na comunidade, favorece a convivência com os usuários, dentro e fora de uma unidade de saúde, em seus domicílios, observando as relações familiares e comunitárias, as relações com o meio ambiente, entre outras, e pretende construir uma nova forma de relação profissional-usuário ampliando a percepção do profissional sobre as necessidades da população, com enfoque na vigilância em saúde (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 1996) .

A implantação do programa em determinada comunidade se dá a partir da definição de algumas características: população em torno de 3.500 a 4.000 habitantes; infra-estrutura urbana e de saneamento básicas mínimas; estrutura geográfica que permita uma melhor delimitação da área em relação à outras comunidades e uma associação de moradores organizada (PMN/FMS, 1997). Nessa comunidade então é construída uma unidade de saúde chamada módulo, com capacidade para abrigar até quatro equipes básicas (médico e auxiliar de enfermagem). A comunidade é subdividida em setores, com cerca de 250 famílias cada. À cada setor é atribuído um número pela Coordenação de Informação do programa e esse setor é de responsabilidade de uma equipe básica.

As equipes básicas são selecionadas pelos supervisores através de análise de currículo e entrevista. Os auxiliares de

enfermagem devem ser moradores da comunidade ou, caso não existam candidatos, moradores de áreas vizinhas (Lima & Silva, 1999).

O início do trabalho é marcado pelo cadastramento de todas as famílias pelas equipes básicas e, ao final desse cadastramento, é realizado um diagnóstico epidemiológico de cada setor. Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996) consideram o diagnóstico epidemiológico da população condição fundamental para o desenvolvimento da atenção à saúde na atenção básica e no sistema de saúde. Com base nesse diagnóstico epidemiológico, as equipes iniciam as atividades de assistência pelos grupos considerados prioritários pelo programa, tais como as crianças menores de cinco anos, especialmente as menores de um ano, as gestantes e os doentes crônicos. Esse trabalho sistemático de assistência procura dar cobertura, por etapas, a todos os indivíduos das famílias cadastradas, conhecendo melhor o seu perfil possibilitando o desenvolvimento das ações de saúde de forma integrada segundo as necessidades.

A rotina de trabalho é dividida entre a assistência no módulo, as atividades de campo e o treinamento ou educação permanente. As atividades de campo são as ações de promoção e prevenção desenvolvidas na comunidade, a assistência domiciliar, as visitas hospitalares aos pacientes internados, assim como acompanhamento de usuários, caso necessário, à especialistas ou para realização de exames complementares. Outras atividades como reuniões de equipe, reuniões comunitárias, ações junto a outras instituições locais como escolas, creches, clubes e etc. são realizadas tanto no horário do trabalho de campo como, eventualmente, em horário extra.

O trabalho das equipes básicas é acompanhado pela associação de moradores local e pela equipe de supervisão. Cada supervisor visita o módulo uma vez por semana procurando monitorar o desenvolvimento do trabalho de cada equipe através de interconsultas clínicas com os profissionais, para os casos em que tenham dúvidas na conduta, e através da análise dos indicadores de

saúde. Cabe aos supervisores organizar a atenção à alguns agravos e grupos populacionais, mediante rotinas e protocolos de acompanhamento, assim como procurar agilizar e pressionar o sistema de referência e contra-referência em busca da solução de problemas identificados nas equipes, articular com as associações de moradores ações que possibilitem a melhoria das condições de vida da comunidade e qualificar tecnicamente os profissionais (Lima & Silva, 1999). O supervisor é o elo de ligação entre a equipe básica e o restante da rede de saúde.

As equipes básicas, junto com os supervisores, são monitorados por um coordenador através de reunião semanal com todos os supervisores e através de visitas regulares aos módulos. O coordenador avalia o desenvolvimento do trabalho, estabelece uma agenda de trabalho com as lideranças de cada comunidade a fim de discutir os problemas identificados e as possíveis soluções, assim como articula com os demais gerentes da rede de saúde uma maior agilidade e qualidade nos serviços prestados aos usuários. Especial atenção é dada pelo coordenador à articulação entre os módulos e a Policlínica Comunitária da região, procurando ampliar a percepção dos problemas comunitários em relação aos problemas regionais em busca de soluções que envolvam diversos parceiros em ações conjuntas. Em síntese essa coordenação, junto com a equipe de supervisores e 15 a 25 equipes básicas constitui o Grupo Básico de Trabalho (GBT), mencionado anteriormente.

Um coordenador geral acompanha o desenvolvimento dos GBTs e estabelece um canal de comunicação entre os GBTs e a Gerência Geral (VIPACAF), assim como com os demais níveis e gerências, em busca da organização de todo o sistema de saúde. A interlocução com todas as associações de moradores e o acompanhamento das questões administrativas junto à Coordenação Administrativa, também é tarefa do coordenador geral.

A Coordenação da Central de Marcação de Consultas em Especialidades e Exames do PMFN, realiza, como papel fundamental, o monitoramento das referências advindas dos módulos

analisando as solicitações e dividindo-as por especialidade e exame, encaminhando-as para o DAU.

À Coordenação de Informações cabe a análise dos dados fornecidos pelas equipes básicas em relação às atividades desenvolvidas, cobertura populacional, desenvolvimentos de relatórios de impacto, elaboração e monitoramento de indicadores de saúde etc.

À Gerência Geral cabe o monitoramento do programa como um todo como também o desenvolvimento da integração de toda a rede básica e ambulatorial especializada através dos departamentos de supervisão, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e ambiental, de administração e do DAU. Cabe também a articulação com a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência, assim como com outros setores de governo, com instituições acadêmicas ou outras organizações civís e com todos os demais atores e instituições em busca da melhoria dos indicadores de saúde do município.

Um elemento importante na consolidação do programa é a participação das lideranças comunitárias no desenvolvimento do trabalho, permitindo a inserção ativa de um ator que até bem pouco tempo tinha pouca possibilidade de interferir diretamente nos processos de trabalho dos profissionais e na organização dos serviços de saúde. Esta participação possibilita maior adequação das ações e serviços de saúde às necessidades da população.

O PMFN se articula com os demais níveis da rede de Niterói de diferentes formas. Os módulos se encontram distribuídos pelas diferentes regiões do município e, em primeiro plano, se relacionam diretamente com as Policlínicas Comunitárias quando necessitam de referência para algumas especialidades e exames. Ou seja, essas referências não são intermediadas pelo DAU. No entanto, quando é necessário encaminhamento para especialidade ou exame nas Policlínicas de Especialidades ou nos Hospitais, o fluxo se faz através da Central de Marcação do PMFN. Assim, a referência é encaminhada mediante fluxo administrativo para essa central, que organiza as referências priorizando as solicitações emergenciais e,

posteriormente, encaminha para o DAU a fim de proceder as marcações. O DAU procede às marcações e retorna todas as solicitações entre marcadas e não marcadas para a central do programa. As referências marcadas são encaminhadas aos módulos e as equipes básicas procuram entregar ao usuário o mais breve possível; já as não marcadas permanecem na Central de Marcação do PMFN.

A fim de se perceber melhor as questões que envolvem a rede de referência, se faz necessário a compreensão de alguns fluxos entre o programa e o restante da rede de saúde de Niterói.

A começar pelo fluxo entre a solicitação e realização dos exames de análises clínicas, o pedido de exame é gerado a partir de uma consulta médica no módulo e o usuário sai da consulta com o dia em que deve realizar a coleta do exame na unidade. O exame é coletado no dia marcado e é enviado no mesmo dia para o laboratório central onde é processado. O resultado é então enviado para o módulo através de fluxo administrativo e a equipe se encarrega de avisar ao usuário que o resultado está disponível na unidade. O usuário pode então ir ao módulo agendar consulta, ou então a auxiliar de enfermagem vai à casa do usuário, dependendo de suas condições de saúde, da premência da avaliação do resultado e da distância do domicílio, a fim de proceder o agendamento.

No caso do fluxo de exames não laboratoriais ou de consultas em especialidades, o pedido é feito na consulta médica no módulo, em seguida é encaminhado administrativamente para a Central de Marcação do PMFN. A central separa os pedidos dos diferentes módulos por especialidade e exame e a cada dia 20 do mês encaminha os pedidos para o DAU. O mesmo procederá a marcação ou não e retornará o pedido para a central de referência do programa, que reencaminhará a referência marcada para o módulo por fluxo administrativo. As referências não agendadas seriam notificadas às equipes básicas segundo a Coordenação da Central do programa e ficam nessa central à espera do surgimento de vagas, que em geral só estarão disponíveis no dia 20 do próximo mês. Assim, quando a referência não é marcada por insuficiência de vagas, ela

acumula para o mês seguinte o que promove um aumento progressivo da fila de espera. O acúmulo do mês anterior tem prioridade na marcação do mês seguinte, portanto há uma tendência a sempre existirem filas de espera em algumas especialidades e exames. As referências marcadas e enviadas aos módulos são notificadas aos usuários.

No caso de alguns exames que são realizados nos prestadores de serviço contratados/conveniados o pedido segue o mesmo fluxo dos demais, porém o DAU apenas libera o encaminhamento para o prestador, de forma que ao retornar a referência ao módulo, o usuário tem que ir pessoalmente ao prestador para marcar o seu exame. A razão do pedido ser enviado ao DAU é para que a mesma possa controlar o número de encaminhamentos, limitado ao teto financeiro de assistência atribuído pela FMS a cada prestador.

Quando uma referência leva mais de 6 meses para ser marcada pelo DAU, por falta de vaga, a Central de Marcação do PMFN a encaminha de volta para a equipe básica solicitante, a fim de reexaminar a necessidade e, caso confirmada, retorna para a central e é priorizado na fila de espera.

Com relação às internações, o fluxo se dá da seguinte maneira: ao identificar a necessidade de internação o médico telefona para a Central de Internação que, no caso da existência de vaga, fornece o nome da instituição onde ocorrerá a internação com a respectiva senha. Caso o usuário possua condições de se deslocar para a instituição pelos próprios meios ele irá diretamente portando a senha e o laudo para emissão de Autorização para Internação Hospitalar (AIH); em caso contrário, a central providenciará uma ambulância para o transporte. Desde o início de 2002, existe uma ambulância disponível só para o PMFN, que fica estrategicamente localizada para ser acionada através de rádio pelas equipes básicas em caso de necessidade.

O encaminhamento para emergência se dá diretamente, seja pelo profissional médico ou pelo auxiliar de enfermagem, no

caso do médico não estar presente. Ou então o usuário busca diretamente o serviço de emergência.

A Central de Marcação de Consultas Especializadas e de Exames do programa, procura gerenciar as referências advindas dos módulos, porém ainda se encontra parcialmente informatizada. Isso se reflete no controle e monitoramento das filas de espera. As referências, ao chegarem dos módulos, são digitadas em um determinado programa de computador segundo o número do prontuário do usuário, a data da solicitação, a data de entrada na central, o tipo de solicitação e a data da marcação pelo DAU. No entanto, o programa do computador, até a realização desta pesquisa, não estava funcionando adequadamente, impedindo o acesso a todos esses dados registrados.

Em termos de estrutura e organização, o programa vem sofrendo ampliações, embora a metodologia de trabalho se mantenha a mesma desde que foi implantado.

A atual política de saúde do município parece permanecer na linha de investimento no PMFN, com previsão de inauguração de novos módulos e com um olhar dirigido à organização da rede de referência, a fim de favorecer a resolutividade do sistema, como por exemplo com a inauguração de novos serviços como o Setor de Imagens da Policlínica de Especialidades Silvio Picanço, em 2001, ampliando o número de vagas para RX, ultrasonografia, mamografia entre outros.

Outro elemento fundamental no PMFN é a preocupação com a qualificação dos profissionais (PMN/FMS, 1997). Além da supervisão acompanhar o trabalho das equipes básicas, também proporciona seu treinamento em local adequado, fora dos módulos, uma vez por semana e de caráter permanente. Assim, cada GBT programa os temas para treinamento de acordo com as necessidades identificadas pelos supervisores durante o processo de trabalho. A coordenação e a supervisão acompanham então as equipes no seu dia a dia de trabalho verificando a utilização do conhecimento trabalhado no treinamento.

CAPÍTULO 3

A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE: algumas considerações conceituais

A integralidade da atenção a saúde é um dos princípios fundamentais de vários sistemas de saúde dos países desenvolvidos, tais como o Sistema Nacional de Saúde Britânico (*NHS*), o sueco, o canadense, o alemão, assim como sistemas latino-americanos, como a Costa Rica, Cuba, Brasil e Colômbia, apenas para citar alguns. Entretanto, não existe clareza conceitual na literatura sobre esse princípio e, em muitos países, não se consegue operacionalizá-lo de forma satisfatória.

Numa primeira abordagem do termo, observamos o próprio significado da palavra, tal qual definida nos dicionários, isto é, a integralidade viria *de integrar, tornar inteiro, completar, tornar-se parte integrante* (Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 1986:954-955). Segundo esses significados, a integralidade acontece quando se é capaz de ampliar a visão sobre a parte, buscando integrar outras partes afins em direção a um todo.

Em nível internacional, o termo integralidade na saúde aparece na literatura anglo-saxônica como *comprehensive care* ou *comprehensiveness*, e *globalité*, na francesa, e corresponde ao provimento de serviços de saúde para as famílias, contemplando desde a prevenção até a reabilitação e assegurando a atenção contínua segundo necessidades (Giovanella, 1999:4, a partir de Snoke & Weinerman, 1965 e Novaes, 1990).

Entretanto, a complexidade que envolve a definição do termo, nos revela sentidos que não conseguem ser resumidos a um conceito e a tentativa de sua definição corre o risco de reducionismos ou limitações.

Em uma extensa revisão do conceito, Kehrig (2001:36) destaca que a questão da integralidade não teria surgido somente no

século XX, mas existiriam antecedentes que remontam ao final do século XVIII e início do XIX, no cenário europeu, com as políticas de intervenção coletivas na saúde *em busca da manutenção e do controle das condições de vida e saúde da população*. A autora refere a presença desse tema em diversos momentos do desenvolvimento do sistema de saúde nacional e dos sistemas internacionais, mais marcadamente nos séculos XX e XXI.

No Brasil, a questão da integralidade da atenção ganha força como uma das principais bandeiras de luta da Reforma Sanitária no século XX, desde os anos 70, em busca de um sistema de saúde mais justo, universal e que atendesse às necessidades da população através do desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Mendes, 2002).

As diferentes concepções do que viria a ser a Atenção Primária à Saúde, desde Alma-Ata, em 1978, gerou o que Mendes (2002:10) define como três principais eixos de interpretação. O primeiro seria *a atenção primária seletiva, como um programa destinado à populações pobres e/ou excluídas; a atenção primária como nível primário do sistema de serviços de saúde, no sentido de organizar a porta de entrada do sistema; e a atenção primária como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, no intuito de reorganizar e reordenar todos os recursos para atender às necessidades e demandas da população, em um sistema integrado e articulado a partir da atenção primária*.

Percebe-se portanto que a adequada interpretação do que seria a atenção primária, poderia ser um dos fatores determinantes para se contemplar a integralidade da atenção, levando em consideração a atenção primária como organizadora e reorientadora do sistema de saúde.

Nos anos 80, em meio às idéias neoliberais que pregavam um Estado "enxuto", a integralidade aparece como um diferencial no Brasil, com a proposta da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema.

Segundo o texto constitucional, percebemos que no SUS a integralidade aparece como uma das diretrizes fundamentais.

Art.198. As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- *descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- *participação da comunidade.*

(Constituição Federal do Brasil, 1988)

Alguns documentos publicados pelo Ministério da Saúde no Brasil procuram explicitar mais essa questão como o documento do MS/SESUS (1990) por exemplo, que descreve a integralidade como um princípio que pode ser contemplado através de um modelo assistencial organizado de forma hierarquizada e descentralizada, com sistemas formais de referência e contra-referência, cuja garantia da integração dos recursos de infraestrutura é fundamental. Neste caso, a atenção integral depende então de uma rede articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para a sua resolução e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e ágil.

O documento MS/SESUS (1990), também faz referência ao termo resolução ou resolutividade dos problemas de saúde que, conforme Campos (1988), seria a capacidade de solucionar problemas, dar solução a algo. Assim, um serviço mais resolutivo seria aquele que oferece solução à maior proporção dos problemas apresentados. A resolutividade deveria ser considerada em cada nível do sistema onde cada nível possui um conjunto de características e especificidades que estabeleceriam os seus perfis e padrões de resolução. Ou seja, não se pode esperar o mesmo índice de resolutividade entre uma Unidade de Terapia Intensiva e uma Unidade Básica de Saúde. Os padrões e critérios são distintos.

Na literatura, alguns autores procuram estabelecer definições e características da integralidade da atenção à saúde que

visam aprofundar essa discussão. Dentre esses autores, uma abordagem interessante é a de Mattos (2001), que percebe a integralidade como uma característica ampla e rica em diferentes sentidos.

O tema é trabalhado pelo autor destacando três grandes grupos de sentidos: o primeiro que estaria relacionado às práticas dos profissionais de saúde, independentemente se públicos ou privados, no sentido de uma visão integral por parte dos profissionais em relação às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades; o segundo que se refere a elementos da organização de serviços e os processos de trabalho dos profissionais de saúde; e, por fim, o terceiro grupo que estaria relacionado às respostas governamentais aos problemas de saúde da população como política setorial, promovendo a organização do sistema de saúde. Abordaremos cada um desses grupos de sentidos definidos pelo autor.

O primeiro grande grupo de sentidos da integralidade estaria relacionado com a visão integral do profissional de saúde em relação ao usuário do serviço. Essa abordagem integral possui como representante histórico mais significativo a Medicina Integral, que foi um movimento surgido nos EUA em resposta à fragmentação da medicina caracterizada pelo modelo flexneriano nas escolas médicas, desenvolvido no início do século XX. Essa fragmentação era originada pelo enfoque na especialização e na assistência médica dificultando a apreensão das necessidades mais amplas dos pacientes.

O modelo flexneriano, fragmentado e reducionista, ressaltava os aspectos biológicos do ser humano em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. Esse modelo permitiu o aprofundamento do conhecimento em diversas áreas mas, ao reduzir o objeto, ganhou em profundidade porém perdeu em amplitude. A necessidade de se resgatar a percepção do todo e assim, melhor atender às necessidades da população, desencadeou o movimento da Medicina Integral. Flexner destacava que o ensino médico deveria se dar no ambiente hospitalar, nas enfermarias; já a Medicina Integral

enfocava a necessidade de que o ensino ocorresse no ambiente ambulatorial e comunitário, possibilitando o conhecimento do contexto de vida do usuário e aproximando o aluno de uma visão mais integral do indivíduo e de suas condições de vida.

Na realidade esse movimento da medicina visava uma reformulação do currículo das escolas médicas pois identificava essa fragmentação como originada do processo formador do médico e não de suas práticas ou processos de trabalho. A integralidade teria a ver com a atitude dos médicos diante de seus pacientes, não reduzindo-os a um sistema ou órgão que produz a sua queixa. Giovanella (1999) e Furtado & Tanaka (1998) chamam a essa visão, de visão holística sobre o ser humano, entendendo-se o ser holístico como um ser biopsicosocial, em permanente processo de adaptação ao meio.

No Brasil, a discussão sobre a questão da visão integral se deu inicialmente na medicina preventiva, berço do movimento sanitário e, posteriormente, com o surgimento da Saúde Coletiva nos anos 70 do século passado encontrou um campo de expressão mais amplo, que associava questões de ordem preventiva às sociais. A percepção da medicina integral ultrapassou os limites das escolas médicas, incorporando aspectos relacionados ao complexo médico-industrial da saúde, em termos de equipamentos, medicamentos e serviços, importantes catalisadores no desenvolvimento da fragmentação na saúde. O enfoque deixa de ser relacionado apenas ao processo formador e começa a ser ampliado para o processo de trabalho dos profissionais e para as diferentes formas de organização de serviços.

Ao longo dos anos 80, debates importantes foram travados no campo da saúde coletiva e da medicina comunitária em busca de valores a serem sustentados pelos profissionais de saúde em termos de suas práticas. A integralidade então passa a ser *um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram* (Mattos, 2001:48).

A atitude de um profissional de saúde frente a um paciente que traz uma necessidade, em geral apresentada por algum tipo de sofrimento, ao buscar conhecer todos os aspectos que envolvem a sua vida em prol da construção de uma imagem mais ampla desse campo de necessidades, permitiria que as ações a serem definidas contemplassem, para além do sofrimento, fatores de risco à saúde e condições outras que não relacionadas somente ao motivo da consulta (Mattos, 2001:50).

Essa visão integral não é característica apenas das medicinas integral, familiar, geral e comunitária, mas também de outras especialidades médicas ditas alternativas, como a homeopatia e a acupuntura.

Essas especialidades médicas, embora chamadas de alternativas, algumas são hoje reconhecidas oficialmente no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina e estabelecem, como condição fundamental para o sucesso de sua abordagem, a visão holística do ser humano. No entanto, muitos profissionais dessas especialidades limitam essa visão integral quando objetivam com ela apenas a classificação do indivíduo em algum padrão de medicamento, como na homeopatia, ou de campos de circulação de energia, como na acupuntura. Nesse caso, a integralidade seria apenas tangenciada pois a percepção das necessidades do ser humano fica reduzida a um elemento de intervenção medicalizante.

Na realidade, a visão integral defendida por Mattos (2001), perpassa por todas as especialidades médicas e todos profissionais de saúde, assim como de outros profissionais que atuam na área.

Essa seria a marca maior desse sentido da integralidade, não sendo uma característica exclusiva dos médicos, mas sim, de todos os profissionais de saúde. A visão integral do indivíduo deveria fazer parte das práticas de todos os profissionais de saúde, desde o agente comunitário, passando pelo agente administrativo, até o próprio médico, em todos os níveis do sistema de saúde. Na verdade, essa visão integral deveria fazer parte também da visão dos gerentes, gestores, lideranças comunitárias,

membros de Conselhos de Saúde e políticos do sistema, que estabelecem as regras que poderão possibilitar ou não a realização da integralidade.

Como exemplo desse panorama que deve envolver todos os diferentes atores e que estabelece a necessidade de se abordar o indivíduo de forma integral, percebendo-o dentro do seu contexto familiar, comunitário, histórico e cultural, teríamos iniciativas governamentais como o Programa Médico de Família de Niterói (PMFN), pioneiro em nível local, e o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia política prioritária do Ministério da Saúde. Nesse sentido, tanto o PMFN quanto o PSF, destacam a importância do contato do profissional com o usuário levando em consideração o seu contexto familiar e comunitário sem deixar de lado a atenção individual. O objetivo é que o profissional de saúde, ao conviver com o ambiente dos usuários adscritos a esses programas, estabeleça um elo de ligação e de conhecimento sobre os processos e mecanismos de saúde e doença que os envolve possibilitando uma ação voltada para as necessidades da população e não apenas para as demandas específicas que fazem com que o indivíduo procure o serviço de saúde.

Um segundo grupo de sentidos, abordado por Mattos (2001), estaria voltado para as formas de organizar as práticas em saúde e processos de trabalho, que é de significativa importância se quisermos aprofundar a compreensão sobre a integralidade da atenção à saúde.

Essas formas de organizar as práticas em saúde tem a ver com a necessidade de se articular as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

Tradicionalmente os serviços de saúde foram sendo organizados em torno da atenção às doenças, ou até mesmo, só para algumas doenças específicas. A demanda pela assistência médica era imperiosa, exigindo maior dedicação à sua organização, ficando as demais ações em segundo plano. Essa forma de organização tem a ver com a visão fragmentada da saúde por parte dos profissionais,

como discutido no primeiro sentido, repercutindo naturalmente nas formas de organização dos serviços.

Como garantir então integralidade da atenção à saúde se, ao abordar um determinado problema de saúde de um usuário, enfocamos apenas o cuidado à doença apresentada? A abordagem apenas voltada para a assistência evitaria talvez o agravamento do quadro, porém não evitaria o surgimento de outros agravos evitáveis ou até mesmo a recidiva do agravo, possuindo pouco impacto sobre o estado de saúde de uma população.

Quando um serviço se organiza oferecendo apenas a assistência médica, a tendência é de que os usuários o procurem apenas para a solução das doenças que o mesmo se propõe abordar. Porém, quando um serviço se organiza para abordar o usuário nas suas necessidades, não só o serviço estabelece uma estratégia de abordagem que passa pela organização de atividades educativas, promocionais e preventivas de saúde, chegando até a assistência médica, como também identifica outras necessidades que não as apresentadas pelo próprio usuário. Nesse caso, a assistência faz parte de um conjunto de ações organizadas pelo serviço e não apenas de uma única ação a ser desenvolvida para o enfrentamento de um problema específico.

É como se o serviço que fosse procurado por um usuário portador de uma doença sexualmente transmissível se limitasse apenas a tratar a doença naquele momento e liberasse o paciente após o tratamento. Ou seja, apenas essa ação curativa não é capaz de interferir significativamente no quadro epidemiológico da doença frente o indivíduo e a população. Torna-se necessário então que o serviço esteja organizado de forma que, ao abordar um usuário com essa doença, além da ação assistencial, uma série de ações deveriam ser desencadeadas passando pela busca ativa dos parceiros(as) desse usuário, como também pela realização de atividades educativas de conteúdo preventivo nos locais que o mesmo frequenta, tais como escola, trabalho, clubes por exemplo, assim como outras atividades que visam interferir no quadro epidemiológico da doença ou na situação de risco percebida. Seria o

que Kehrig (2001:164), chama de integração das *ações clínicas e epidemiológicas*. Essa organização promoveria, portanto, uma nova relação entre serviços e usuários assim como entre serviços e comunidades.

Indo mais além, a integralidade seria mais profundamente contemplada quando esse serviço, independentemente da procura de usuários com doenças sexualmente transmissíveis, estabelecesse como uma de suas metas a redução da incidência dessa doença na população, caso a mesma seja expressiva na sua região de saúde, distrito sanitário, município, estado ou país. A redução dessa incidência poderia se dar através de ações de saúde não só junto aos usuários do serviço, como também na população em geral, com atividades extra muro como palestras, atividades educativas junto às comunidades, escolas, campanhas publicitárias etc. articulados inclusive com outros setores de governo.

Como exemplo de estratégia para articulação e organização das ações nos serviços de saúde visando maior impacto nos indicadores de saúde da população, o Ministério da Saúde, no Brasil, criou diversos programas, dentre eles o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente(PAISCA); o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher(PAISM); o Programa de DST/AIDS e outros. Muitos desses programas tiveram como estratégia não só a organização de serviços, mas principalmente a organização de um processo de abordagem ou de acompanhamento de uma determinada situação que envolvesse toda a rede de saúde a fim de se obter impacto epidemiológico sobre determinadas circunstâncias.

Um dos objetivos fundamentais desses programas seria estabelecer uma nova lógica de organização nos serviços, a partir da articulação das ações preconizadas mediante protocolos definidos pelo Ministério da Saúde. Os programas estabeleceriam rotinas e sugestões de atividades voltadas para cada ação de saúde dentro de determinada situação e de determinado nível. No entanto, esses programas ministeriais, formulados em nível central e aplicados em todo o país de forma verticalizada e homogênea, acabam muitas

vezes por impor as mesmas atividades em diferentes regiões e populações, o que colocaria em risco a sua efetividade, uma vez que diferentes realidades sugerem diferentes abordagens.

A visão de integralidade que perpassa esses programas, embora útil como abordagem mais adequada para determinados grupos, estimulando a articulação das diferentes ações de saúde em cada serviço, acaba por gerar, em alguns momentos, uma incoerência interna por impor uma metodologia que poderia estar descolada da realidade local onde seria implantado, deformando, ou mesmo inviabilizando as ações previstas pelo próprio Ministério da Saúde. Starfield (2002) destaca que o conjunto de serviços ofertados e prestados por uma unidade de atenção primária deve estar de acordo com as necessidades da comunidade.

A integralidade só seria contemplada se a decisão em organizar o serviço por determinados programas se der por meio da análise do perfil epidemiológico da população que o serviço se propõe atender e não por uma organização programática a ser implantada em nível nacional de forma indiscriminada.

Esses programas verticais algumas vezes acabam por ferir um dos princípios fundamentais para que a integralidade seja assegurada: o princípio da abordagem integral local, ou seja, as condições individuais, sociais, econômicas e ambientais de um determinado território ou contexto social que proporcionam um determinado perfil epidemiológico que será decisivo na definição do elenco de ações mais apropriadas para o enfrentamento do problema. Cecílio (2001) chama essa percepção de "integralidade focalizada", ou seja, a percepção integral pode e deve se dar no nível local, como também nos diferentes níveis de acordo com as suas especificidades.

Embora esses programas sejam organizados pelo Ministério da Saúde de forma centralizada, eles procuram trabalhar os seus temas centrais desde a promoção até a reabilitação. Essa proposta de organização do contato do usuário com o serviço através de programas, na prática, sofreu algumas reduções. Muitos dos serviços onde esses programas foram estruturados se limitaram a

realizar as práticas assistenciais recomendadas, não aprofundando as discussões trazidas pelos mesmos. A exemplo disso, Mattos (2001) cita o PAISM, onde o conteúdo do programa possuía, como fundamentação, toda uma luta histórica do movimento feminista, trazendo à tona a discussão sobre a realidade de vida da mulher e no entanto, ao ser aplicado nos serviços, acabou sendo reduzido às abordagens de planejamento familiar, dos exames preventivos de câncer ginecológico e de pré-natal.

A organização dos serviços a partir de programas orienta para novas práticas, no entanto corre o risco de limitações e reducionismos quando submetidos à cultura organizacional local.

Esse reducionismo estaria relacionado à visão fragmentada por parte dos profissionais de saúde que os implantam e que organizam os serviços. Se o primeiro sentido da integralidade, a visão integral do indivíduo, não estiver presente, a possibilidade de reducionismos e amputações das ações previstas nesses programas é muito alta e portanto a integração das ações não só ocorreria apenas parcialmente, como também muitas dessas ações nem sequer seriam realizadas. Um profissional de saúde capacitado para essa visão integral torna-se condição primordial para que a integralidade possa ser contemplada nos diferentes serviços de saúde.

A integralidade então passa a ser uma marca de como organizar serviços e processos de trabalho de acordo com o perfil epidemiológico da população, atendendo melhor às suas necessidades de saúde. Sendo assim, a organização dos serviços passa a levar em consideração não só a demanda agendada de usuários, como também a demanda espontânea, considerando-a não apenas como um aspecto negativo do movimento da população em relação aos serviços, mas como uma expressão potencial de suas necessidades, não mais reduzidas a determinados programas voltados para doenças, grupos etários específicos ou de gênero, e sim, como fórum potencial para escuta de seus problemas.

Nesse eixo de pensamento, o PMFN poderia servir como exemplo, ao possuir em seu princípio fundamental esse sentido da integralidade, prevendo, na organização do trabalho das equipes

básicas, os espaços necessários para se contemplar as necessidades trazidas pelos usuários. O serviço não esperaria o indivíduo que o procura, mas faria uma busca ativa ao identificar fatores que poderiam colocar a sua saúde em risco. Os programas especiais não são abordados de forma distinta e em momentos separados, o próprio PMFN como um programa se organiza segundo a abordagem dos diferentes ciclos de vida sem caracterizar distinção, apenas priorizando, em alguns momentos, alguns grupos que possuam relevância epidemiológica local, estadual e nacional. As ações potenciais a serem desenvolvidas ficam latentes e pré organizadas nos serviços e vão sendo desenvolvidas pelos profissionais segundo a necessidade.

A integralidade então se constituiria como um princípio organizador dos processos de trabalho nos serviços de saúde em busca da ampliação da percepção das necessidades de saúde da população.

Citando Mattos (2001:62),

As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos.

O terceiro grupo de sentidos, relacionado às políticas especiais de saúde, conforme Mattos (2001), teria a ver com a definição de políticas de saúde que estabeleçam articulação e integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde.

Algumas dessas políticas foram estruturadas pelo Ministério da Saúde através de programas especiais de âmbito nacional, como já mencionado, onde o objetivo fundamental seria, não só, promover a integração das ações de saúde nos serviços, como também garantir a atenção contínua entre os diferentes níveis do sistema para determinadas clientela de relevância epidemiológica.

Outros programas foram criados na década de 90, como o PMFN e o PSF, cuja estratégia fundamental seria a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, *locus* de organização da porta de entrada nos sistemas de saúde (Kehrig, 2001).

A articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde, com a estruturação de sistemas de referência e contra-referência que dêem conta das necessidades dos usuários torna-se então imperiosa para que a integralidade da assistência ocorra (Kehrig, 2001:164).

A integração entre os diferentes níveis do sistema pressupõe um *status* de organização que o SUS vem perseguindo desde a sua concepção. Para isso, no Brasil, o Ministério da Saúde vem estabelecendo uma série de regulações para o processo de descentralização como as NOBs e NOASs, promovendo a estruturação do sistema de saúde a partir da priorização da atenção básica, mais especificamente, através da Estratégia de Saúde da Família.

A estratégia de Saúde da Família, reforçada pela NOB/96 assim como o PMFN, promovem a reorganização dos demais níveis do sistema, segundo suas complexidades e economias de escala, de acordo com o princípio da abordagem integral. A integralidade então deveria acontecer tanto no sistema como em cada nível, a fim de se promover a resolução dos problemas de saúde da população.

Levando-se em consideração outros programas, como o de doenças crônicas e aí, mais especificamente, o Programa de Controle da Hipertensão Arterial, seria inadmissível que ao estimularmos a população a aferir os seus níveis de tensão sanguínea, não garantíssemos minimamente uma consulta médica e exames básicos de rotina, assim como o tratamento necessário para o controle da patologia. Todas as possíveis complicações da hipertensão arterial deveriam ser assistidas pelo sistema de saúde, desde a promoção à reabilitação passando pelo acesso aos diferentes níveis de atenção, chegando à cirurgia cardíaca se necessário.

É preciso considerar também que ao necessitar de um nível de atenção com maior complexidade tecnológica, o usuário, após a resolução de seu problema, deveria ser contra-referenciado para o nível de origem, completando a integração do sistema e permitindo o acompanhamento do usuário de forma mais plena e contínua. A integralidade então, para acontecer, exigiria um sistema de referência e contra-referência bem estruturado e organizado, assim como de políticas de integração gerencial que permita a devida articulação entre os diferentes serviços e níveis de saúde.

O Programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde seria exemplo de um programa que busca contemplar em sua estrutura todas as etapas do processo, com grande enfoque na promoção e prevenção, além de que garante o acompanhamento e principalmente o tratamento através da distribuição dos medicamentos antiretrovirais. O programa então é estruturado com grande enfoque nas ações de promoção, no entanto, busca organizar toda a rede de assistência para dar conta das necessidades dos pacientes, desde a rede ambulatorial até a hospitalar.

Outro exemplo também seria o Programa de Humanização do Pré-natal do Ministério da Saúde no Brasil, que busca abordar a gestante desde o pré-natal, em uma unidade básica de saúde, até o momento do parto na Maternidade promovendo a atenção contínua.

Entendemos por atenção contínua, nesta pesquisa, o conjunto de ações que perpassem os diferentes níveis de atenção sem que signifiquem a perda de contato com o primeiro nível de atenção. Ao contrário, o primeiro nível recebe e percebe o usuário em suas necessidades, estabelece o vínculo e passa a gerenciar a saúde do mesmo, referenciando para outros níveis quando necessário, no intuito de obter avaliações especializadas que melhor organizem a abordagem às necessidades do usuário.

Mais precisamente, devemos considerar a questão da atenção contínua a um determinado problema ou necessidade como um elemento imprescindível, uma vez que a participação de outros profissionais e tecnologias em diferentes níveis do sistema

possibilitaria uma maior resolutividade dos problemas de saúde dos usuários. Essa organização do acesso aos diferentes níveis e a forma como isso estaria articulado é fundamental para que a integralidade aconteça. Se o médico, ao atender um paciente coronariopata que precisa de um exame de ecocardiograma bidimensional com dopplerfluxometria não conseguir encaminhar o paciente, ou, se ao fazê-lo, o sistema demorar em atender à demanda, a resolutividade fica seriamente comprometida.

A organização de um sistema de saúde local e regional de forma integrada demandaria que os profissionais de saúde, tanto da gerência administrativa quanto dos serviços, vençam as culturas institucionais arraigadas, a partir de uma visão integral do indivíduo. Mais uma vez, sem o primeiro sentido da integralidade, os demais sentidos ficariam comprometidos. Seria difícil estruturar um sistema de saúde que contemplasse os diferentes sentidos da integralidade, quando apenas os profissionais da atenção básica possuissem uma visão integral sobre os problemas de saúde da população e os profissionais dos demais níveis do sistema se ocupassem apenas da assistência especializada instituída através de processos de trabalho muitas vezes alienantes. Torna-se fundamental então que exista um modelo permanente de desenvolvimento profissional no âmbito dos sistemas de saúde para que se possa alcançar essa nova mentalidade e desenvolver uma nova cultura.

A questão da articulação entre os diferentes níveis de assistência, ao que parece, não deve ser vista como uma mera organização do fluxo de usuários dentro do sistema, mas sim, como a capacidade do próprio sistema de estar articulado e integrado para resolver os problemas de saúde da população, através de ações interligadas, em crescente complexidade de acordo com o gerenciamento das necessidades verificadas pelo nível básico de atenção.

No Brasil, a cultura profissional adquirida ao longo dos anos em determinados serviços, assim como a difícil relação entre os profissionais com diferentes vínculos entre os níveis de

governo, são determinantes importantes na retardação dos processos de mudança na direção da integralidade.

Em outras palavras, o que acontece no âmbito da atenção básica em termos de visão global do profissional e do indivíduo, assim como na organização de serviços, aproveitando o contato com o usuário para ampliar a percepção de suas necessidades, deve acontecer também nos diferentes níveis do sistema, respeitando as especificidades de cada serviço, sem incorrer nos riscos do reducionismo tão comumente detectados na prática.

Esses serviços organizados a partir do princípio da integralidade, deveriam ser hierarquizados na forma de uma rede horizontal integrada, que levasse em consideração não só a complexidade em termos de densidade tecnológica, como também o movimento da população em relação aos serviços de bom padrão, evitando-se a hierarquização na forma de uma pirâmide estática (Mendes, 2002:18).

Deve-se considerar portanto, que as relações entre gestores, profissionais e usuários nas instituições que compõem o sistema de saúde local não estariam restritas aos aspectos técnicos, mas ancoradas em práticas que envolvem diferentes dimensões, entre elas a política. Não se trata portanto de uma mera relação entre oferta e demanda nos diferentes níveis de atenção, do ponto de vista programático, mas de um elemento marcador dos limites e possibilidades de se garantir integralidade nos serviços de saúde, onde os fatores objetivos e subjetivos que envolvem os diferentes atores, suas práticas e falas são decisivos.

A questão da integralidade, como política de saúde, nos remete para o fato de que os fatores que interferem no estado de saúde de uma população são amplos, perpassando outros setores que não só o setor saúde. As políticas de saúde voltadas para a integralidade da atenção, também deveriam ser dirigidas à ações políticas de articulação de diferentes setores visando a resolução dos problemas apresentados não só pelos indivíduos e suas famílias mas também pelas comunidades. As ações de saúde intersetoriais,

orientadas pela "prática de vigilância à saúde", requerem uma reorganização para além dos serviços de saúde, cujos saberes podem estar organizados seja no espaço concreto e singular das comunidades (Cecílio, 2001), como também nos espaços de gestão setorial e intersetorial. Em outras palavras, este autor argumenta que a "integralidade focalizada", quando ocorre em rede, torna-se ampliada e envolve não só os serviços de saúde como também outras instituições que não as do setor.

Assim, esse marco teórico aqui considerado e desenvolvido principalmente por Mattos (2001), nos permite captar não apenas a complexidade do problema de operacionalização da integralidade nos sistemas de saúde, como também os diferentes âmbitos e dimensões que devem ser considerados na sua análise.

Essa pesquisa procurou analisar em que medida o PMFN contempla esses diferentes sentidos da integralidade, com especial enfoque na problemática da articulação e integração entre o PMFN e os demais níveis de atenção do sistema de saúde, visando a garantia da atenção contínua ao usuário.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

O objeto de estudo dessa dissertação, a integralidade da atenção à saúde no PMFN, requereu como metodologia uma abordagem quantitativa e qualitativa.

A pesquisa se dividiu em quatro fases. A primeira foi constituída pelo levantamento técnico-conceitual sobre o tema. A segunda consistiu na pesquisa de campo propriamente dita, onde foram realizadas entrevistas semi estruturadas com profissionais do programa, desde a gerência geral até o médico de família e o gestor municipal. A terceira fase foi caracterizada pelo levantamento de dados quantitativos relativos aos grupos prioritários definidos pelo programa, em uma amostra extraída de seis equipes básicas de diferentes Grupos Básicos de Trabalho (GBT). Finalmente, a quarta fase trata da análise dos dados qualitativos e quantitativos.

A busca de literatura sobre o tema da integralidade evidenciou escassez de trabalhos ou textos publicados, tanto nacional como internacionalmente.

Com relação à segunda fase, a entrevista semi-estruturada foi organizada buscando identificar uma série de elementos significativos para o desenvolvimento da integralidade. Partimos da compreensão geral de cada entrevistado sobre o tema, relacionando-o com os princípios do SUS, e depois focamos a discussão na questão da integralidade do PMFN junto aos demais níveis e serviços de saúde do sistema de saúde municipal, assim como no grau de responsabilidade de cada entrevistado em relação à garantia da atenção contínua. Os elementos considerados significativos para serem abordados nas entrevista foram:

- Analisar a percepção sobre a integralidade da atenção por parte dos profissionais médicos de família, da supervisão e da

coordenadoria do PMFN, assim como do gestor municipal, levando em consideração a revisão conceitual desta pesquisa.

- Identificar os instrumentos operacionais que são instituídos pela supervisão e coordenação assim como os seus fluxos, mais especificamente em relação à referência e contra-referência entre o PMFN e os demais níveis de assistência à saúde, e verificar se são de domínio dos entrevistados conforme a sua função no programa.
- Perceber como cada entrevistado entende o seu grau de responsabilidade frente a garantia da integralidade no programa.
- Levantar quais os fatores que poderiam estar dificultando ou facilitando a garantia da integralidade na visão dos profissionais.

A análise qualitativa levou em consideração as falas dos diferentes atores, segundo a sua função dentro do programa, segundo a sua formação profissional, assim como o seu tempo de trabalho no PMFN.

As entrevistas foram distribuídas em uma amostra intencional onde consideramos como relevantes: o gestor municipal, o gerente geral da atenção básica, o coordenador geral e os coordenadores de GBT, três supervisores de diferentes especialidades médicas e três médicos de família de diferentes GBTs, totalizando doze entrevistados.

Os critérios de escolha dos médicos de família para entrevista foram: tempo de atuação no PMFN de pelo menos dois anos, pois seria o tempo suficiente para que o mesmo já tivesse passado pelo treinamento nos principais campos de conhecimento de interesse do programa, tais como a saúde da mulher, da criança, do idoso, o funcionamento do SUS, entre outros; o bom desenvolvimento do trabalho segundo avaliação dos coordenadores de GBT; e que estivessem trabalhando em módulos localizados em diferentes regiões do município e em diferentes GBTs.

Os médicos escolhidos inicialmente foram: do módulo do Cascarejo, que fica localizado na Região Centro-sul; do módulo do Engenho do Mato I, localizado na Região Leste; e do módulo da Ilha da Conceição, localizado na Região Norte. No entanto, como os

médicos selecionados do Engenho do Mato I e da Ilha da Conceição não estavam disponíveis para entrevista na época, em substituição optamos pelos médicos dos módulos do Maruí, localizado na Região Norte, e do módulo do Viradouro, localizado na Região Leste, respeitando os critérios definidos.

Ao iniciar a realização das entrevistas, o Coordenador Geral não estava disponível no período e portanto essa entrevista não foi realizada.

Vale destacar que ocorreram algumas alterações na estrutura do PMFN em abril de 2002, justamente no período das entrevistas, face à mudança recente do gestor da saúde do município. Os três GBTs que existiam em 2001, foram reestruturados em cinco GBTs em 2002, incluindo novos atores na coordenação de alguns grupos, assim como a mudança de atores que, anteriormente, eram coordenadores e passaram a assumir outros cargos.

Diante desses novos fatos, optamos por manter a pesquisa em relação aos três Grupos Básicos que existiam no período de 2001, os GBT I, GBT II e GBT III, pois os atores que estavam à frente da coordenação desses grupos possuíam experiência acumulada desde a implantação do programa. Além disso os dados quantitativos que seriam coletados eram referentes ao período de 2001. Essa decisão foi importante para a análise dos discursos frente ao objeto de estudo contextualizado historicamente, pois novos atores com pouca experiência na gerência, mais a nova estrutura, não forneceriam informações que pudessem permitir avançar em termos mais conclusivos.

A realização das entrevistas transcorreu, de maneira geral, sem maiores obstáculos. Os profissionais do PMFN possuem uma rotina com grande sobrecarga de trabalho e, portanto, a disponibilidade para as entrevistas foi fixada em 40 minutos em média. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro elaborado para a entrevista, recorrendo-se às anotações diretas no momento de realização das mesmas.

O fato de eu ter sido, em passado recente, um dos atores do programa, desde a sua implantação, inicialmente como um dos primeiros médicos de família e, depois, em cargos de gerência do programa, estabeleceu um desafio a mais como entrevistador. Tinha que alertar a todo o momento, aos entrevistados, de que eu não mais pertencia ao quadro de funcionários, como também não influenciava as gerências nos seus processos decisórios.

A terceira fase da pesquisa, consistiu no levantamento de dados quantitativos retrospectivos. As amostras foram obtidas de seis equipes básicas, duas por Grupo Básico de Trabalho, sendo uma de cada módulo. Mais uma vez, optamos por escolher equipes de diferentes regiões do município, de diferentes grupos básicos e de diferentes módulos, possibilitando uma melhor análise dos dados encontrados em relação às diferenças regionais, de GBTs ou de organização de módulos. Além disso, deveriam ser equipes básicas com tempo de trabalho no programa de pelo menos dois anos, pois esse seria o período mínimo apropriado para o domínio adequado dos fluxos administrativos das referências e das implicações quanto à realização ou não das mesmas, assim como caracterizarem-se em equipes com bom padrão de registro das informações, segundo avaliação dos coordenadores e supervisores.

O período considerado para análise dos grupos foi o referente ao ano de 2001, pois as informações sobre esse período estariam registradas em instrumentos arquivados nos próprios módulos, fato esse mais irregular nos anos anteriores. Essa irregularidade se deve ao recolhimento, às vezes total e outras vezes parcial, dos instrumentos de registro por parte da Coordenação de Informação e Informatização, gerando muitas vezes uma dispersão dos instrumentos e dificuldade na sua localização.

Os módulos do Cascarejo e Grota I pertencem à Região Centro-Sul, os do Viradouro e Cantagalo I à região Leste e os do Maruí e Morro do Céu à Região Norte (Quadro 2).

A composição da amostra foi a partir de grupos considerados prioritários pelo PMFN tais como: crianças menores de cinco anos; gestantes e doentes crônicos. Esses grupos prioritários

são assim definidos pelo programa, por serem grupos que demandam atenção diferenciada e sistemática por parte das equipes básicas. Segundo os supervisores do PMFN, esses grupos são acompanhados não só pelos protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, como também por protocolos desenvolvidos pelos próprios supervisores

Quadro 2- Equipes básicas (setor) distribuídas por módulo e GBT, segundo nº de famílias, de habitantes, crianças menores de cinco anos, gestantes e diabéticos. PMFN. Niterói. 2001.

GBT	Módulos/setor	Famílias	Hab.	Crianças < 5 anos	Gestantes	Diabéticos
I	Cascarejo/setor 032	274	857	56	21	20
	Grota I/setor 111	292	1312	105	13	23
II	Viradouro/setor 012	290	986	64	8	25
	Cantagalo I/setor 041	275	1100	71	13	27
III	Maruí/setor 063	337	1250	81	12	20
	Morro do Céu /setor 040	320	814	52	12	17

Fonte: Setores 32, 111, 12, 41, 63 e 40/ PMFN, 2001

Além disso, definimos para a composição das amostras, um grupo específico para cada grupo prioritário. Como representante do grupo de crianças menores de cinco anos, inicialmente definimos as crianças entre 6 meses e 2 anos de idade incompletos que apresentassem desnutrição, pois esta é uma condição que torna a criança mais vulnerável a outras patologias (Programa de Combate à Carência Nutricional/MS,2001), exigindo mais do sistema de referência e do apoio da supervisão. No entanto, ao iniciar a busca dos dados nas equipes básicas, a prevalência de desnutrição no PMFN era muito baixa, chegando a zero em algumas equipes e perfazendo um total na amostra de três crianças nessa condição. Foi sugerido então pela supervisora de pediatria do GBT II e acatado por nós, definir essa amostra como o total de crianças que apresentassem desnutrição e baixo peso na faixa etária entre 0 e 5 anos de idade incompletos. Essa opção proporcionou um aumento da amostra, mantendo a característica de demanda por mais exames, especialidades e internações.

Outras condições de morbidade nas crianças, que poderiam ser monitoradas para verificar demanda a outros níveis do sistema, não foram recomendadas por não haver registro sistemático das mesmas. Segundo a supervisão de pediatria, as crianças em geral não demandam os demais níveis do sistema de forma freqüente pois a maioria das patologias que as acomete são passíveis de resolução no nível básico de atenção. Assim, embora as crianças demandem menos do sistema de referência, a condição de baixo peso aumentava a probabilidade dessa demanda.

As variáveis escolhidas em relação às crianças com baixo peso e desnutrição foram as seguintes:

- Tempo entre a solicitação e a realização de exames de análises clínicas.
- Tempo entre a solicitação e a realização de avaliação por especialistas, por especialidade.
- Tempo entre a solicitação e a realização de internação hospitalar.

As fontes de coleta dos dados foram: o Cartão da Criança, padronizado pelo Ministério da Saúde, e os prontuários médicos. O instrumento de protocolo de acompanhamento das crianças produzido e utilizado pelo PMFN não forneceu as informações necessárias para as variáveis escolhidas. No Cartão da Criança/MS, o gráfico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento apresenta três curvas padronizadas de acordo com o peso e a idade, chamadas percentil (P), P3, P10 e P90. As crianças com peso normal seriam aquelas cuja curva de peso estaria entre P10 e P90, sendo que as de baixo peso seriam aquelas cujo peso se encontre abaixo de P10 e as desnutridas com baixo peso, abaixo de P3.

Apesar de que as anotações referentes às intercorrências devam ser registradas no cartão da criança, na realidade isso não é feito com regularidade e, por uma questão de segurança da informação, verificamos os dados registrados diretamente no prontuário.

A amostra do outro grupo prioritário, as gestantes, foi composta pelo total de gestantes sem risco para a evolução de sua gestação e parto, pois as de risco não são acompanhadas pelas equipes, sendo referenciadas para outro nível de atenção. Em relação a esse grupo, foram estudadas as gestantes que ingressaram ou concluíram o pré-natal, seja por parto ou aborto, no ano de 2001.

O Ministério da Saúde recomenda no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2000) que, na rotina de acompanhamento do pré-natal, seja solicitado o VDRL para todas as gestantes, afim de detectar e tratar precocemente aquelas que sejam portadoras de sífilis, evitando o desenvolvimento no concepto da sífilis congênita e as suas complicações. O programa da mulher recomenda também que seja realizada ultrasonografia obstétrica de rotina para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento do feto.

As fontes dos dados coletados foram: o cartão de pré-natal, normatizado pelo Ministério da Saúde, e os prontuários médicos que, em geral, tendem a ser uma fonte de registros mais fidedigna.

As variáveis escolhidas foram:

- Tempo entre a solicitação e a realização do exame de VDRL.
- Tempo entre a solicitação e a realização de ultrasonografia obstétrica, tanto eletiva como de urgência.
- Tempo entre a solicitação e a realização das internações pelo parto, eletivas ou de urgência, e as ocasionadas por complicações no desenvolvimento da gestação.

Em relação ao grupo prioritário doentes crônicos foram escolhidos os diabéticos não insulino dependentes, patologia que preferencialmente incide sobre os idosos. A escolha desse grupo específico se deu por possuir protocolo de acompanhamento definido e controlado pelos supervisores de grupo básico, com registro sistemático das informações, como também por necessitarem de suporte da rede de referência do sistema de saúde com maior frequência. As complicações relacionadas ao diabetes são frequentes e perigosas, requerendo respostas em tempo hábil com relação à

referência para especialidades e exames diagnósticos, assim como para internações.

Esse tipo de diabético, segundo Braunstein et al (1998), requer de rotina uma consulta por ano ao oftalmologista, a fim de avaliar, através do exame de fundo do olho (fundoscopia), o grau de comprometimento do sistema vascular, assim como possíveis complicações oftalmológicas ocasionadas pela diabetes, como a catarata e a retinopatia diabética por exemplo.

Da mesma forma, segundo o autor, deve ser realizada a dosagem da hemoglobina glicosilada no sangue, a fim de avaliar o controle da glicemia a cada 4 meses. Assim como deve ser realizado um lipidograma anual, uma vez que a alteração do metabolismo da glicose no diabetes favorece o desenvolvimento de alterações no metabolismo lipídico, elevando os fatores de risco de adoecimento por outras patologias como a insuficiência coronariana, o infarto do miocárdio, obstrução de carótidas, entre outros.

Outro fator que merece atenção é a vascularização periférica no diabético pois a sua deficiência pode acarretar o desenvolvimento de feridas crônicas que podem complicar e evoluir para amputação de membros. Portanto, o acesso ao angiologista e à cirurgia vascular são imprescindíveis na prevenção de complicações originadas por lesões nos membros inferiores, chegando alguns serviços hospitalares a criarem o "ambulatório do pé diabético" para cuidar especificamente das feridas que ocorram nos pés desses pacientes e que apresentam grande potencial de complicação.

Observamos a realização de consultas aos especialistas assim como exames complementares de acompanhamento, conforme solicitado pelo médico de família, levando em consideração o tempo entre a data da solicitação da referência e a sua efetiva realização.

As variáveis escolhidas foram:

- Tempo entre a solicitação e realização de Lipidograma
- Tempo entre a solicitação e a realização de Hemoglobina glicosilada
- Tempo entre a solicitação e a realização da avaliação pelo especialista

- Tempo entre a solicitação e a realização de internação eletiva ou de urgência

A fonte dos dados coletados foram o prontuário e a ficha de acompanhamento do diabético, confeccionada pelo programa.

A quarta fase foi a análise das entrevistas e dos dados quantitativos através das etapas definidas por Minayo (1998): ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final, estabelecendo articulação entre os resultados e os referenciais teóricos da pesquisa, procurando responder às questões iniciais.

Nessa fase, buscamos analisar as entrevistas através da verificação da frequência com que algumas afirmações e concepções são reiteradas comparando com o marco teórico, sem perder a riqueza das percepções individuais relevantes para o estudo.

Quanto aos dados quantitativos, o levantamento forneceria informação complementar sobre o acesso e integração do PMFN aos demais níveis do sistema, contribuindo para a percepção sobre o grau de desenvolvimento da integralidade da atenção no âmbito do programa.

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

O trabalho de campo se desenvolveu de forma satisfatória, sendo a fase das entrevistas a que melhor correspondeu ao planejado em termos de tempo e execução. No entanto a fase de coleta dos dados quantitativos foi marcada por uma série de dificuldades, desde a disponibilidade de tempo por parte dos profissionais médicos para o fornecimento dos instrumentos de registro até a irregularidade dos registros nesses instrumentos.

As entrevistas

As informações obtidas nas entrevistas semi-estruturadas serão apresentadas inicialmente segundo as variáveis formação profissional, tempo de trabalho no programa e funções e, posteriormente, serão apresentados os resultados das perguntas.

O gestor municipal era médico com pós-graduação em clínica médica e mestrado em pneumologia; a gerente geral do programa (VIPACAF) era assistente social com pós-graduação em psicologia social. Dentre os coordenadores de GBT, um era médico com algumas pós-graduações em especialidades clínicas como gastroenterologia e geriatria; o outro era assistente social com pós-graduação em saúde pública; e um terceiro era odontólogo com mestrado em saúde pública. Já os supervisores entrevistados eram médicos, com pós-graduação nas suas áreas de atuação, clínica geral, pediatria ou toco-ginecologia. Todos os médicos de família tinham formação de pós-graduação: um em saúde pública, outro em pediatria e outro em homeopatia. Nenhum dos entrevistados médicos possuíam pós-graduação em Medicina de Família, Medicina Geral e Comunitária ou Medicina Integral.

Quanto ao tempo de trabalho no programa, no caso do gestor, foi considerado o tempo no programa como gestor, que foi de quatro anos. Já a gerência geral (VIPACAF), era responsável pelo PMFN desde a elaboração do projeto inicial em 1991. Os coordenadores de GBT, os supervisores e médicos de família entrevistados tinham entre 5 e 10 anos de experiência no programa (Quadro 3).

Quadro 3- Tempo de trabalho no PMFN (em anos) segundo a função dos entrevistados, Niterói, 2002

Função no PMFN	Tempo no PMFN (anos)
Gerente geral	11
Coordenadores de GBT	7 a 10
Supervisores	7 a 8
Médicos de Família	5 a 9

Fonte: Entrevista/PMFN, 2002

A realização das entrevistas não foi difícil, pois como eu já havia trabalhado no programa, a aceitação e a disponibilidade das pessoas foi boa. Nos casos em que a entrevista durou em torno de uma hora os entrevistados demonstraram inquietude quanto ao tempo e, sendo assim, forneciam respostas menos elaboradas nas últimas perguntas.

As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais sem uma ordem intencional.

Em relação ao tema integralidade da atenção à saúde, os médicos de família o relacionam à articulação entre as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, assim como à visão integral do indivíduo como um ser humano inserido em um contexto familiar e comunitário. Já os demais entrevistados, acrescentam que a questão da integralidade está também relacionada à articulação e integração entre os diferentes níveis do sistema. Apenas o gestor e um dos coordenadores de GBT, aquele que possui mestrado em saúde pública, também relacionaram a integralidade com a questão da articulação e integração entre o setor saúde e os demais setores de governo e a sociedade organizada.

Quando perguntados sobre os princípios e diretrizes do SUS, entre os médicos e supervisores os mais citados foram a universalidade e a equidade, em torno de 80%.

A visão da maioria dos entrevistados sobre o tema integralidade não é baseada em literatura mas na intuição e prática de trabalho, exceto os coordenadores de GBT que referiram já ter lido sobre o assunto em algum momento.

Dentre os diferentes aspectos da integralidade foi destacada também a articulação entre os níveis do sistema de saúde. O objetivo dessa articulação, segundo os entrevistados, seria garantir a atenção contínua ao usuário do programa e a melhor estratégia para alcançá-la seria através de uma rede de referência e contra-referência bem estruturada. O gestor, inclusive, ressalta a importância de que a contra-referência aconteça para que a atenção contínua seja plena, fechando o ciclo -médico de família/especialista ou exame/médico de família-.

Quanto aos instrumentos ou métodos utilizados pelo PMFN para garantir a atenção contínua, os mesmos são conhecidos e vistos por todos de acordo com a prática e função de cada um.

Destaque é dado à supervisão do programa, considerada por 100% dos entrevistados como um dos instrumentos estratégicos para a garantia da atenção contínua entre os diferentes níveis. No entanto, alguns supervisores e médicos de família consideraram que essa função da supervisão só existe por deficiência do funcionamento do sistema de referência e contra-referência.

Outro instrumento estratégico, também citado por todos, foi a Central de Marcação de Consultas e Exames específica do PMFN, que procura organizar a demanda de referência advinda dos módulos. As atribuições dessa Central, segundo os coordenadores de GBT entrevistados, seria realizar a distribuição das referências por especialidades e exames solicitados analisando a adequação do preenchimento das fichas de referência; as principais demandas e congestionamentos segundo a oferta de vagas; filtrar e agilizar as situações urgentes organizando filas de espera para

marcação e estabelecer fluxo de marcação de consultas e exames com o DAU. No entanto, os médicos de família entrevistados, assim como 30% dos supervisores, não citaram todas essas funções da Central, somente a função relacionada ao envio das referências para o DAU e o encaminhamento de volta aos módulos das referências marcadas.

Os supervisores e coordenadores de GBT apontaram que a análise das referências, solicitadas pelas equipes básicas, permite programar melhor o treinamento dos profissionais segundo as deficiências identificadas. Esses entrevistados referem que a análise das referências é um bom indicador sobre as áreas de fragilidade do médico de família. Da mesma forma, a identificação das deficiências no trabalho das equipes, através da análise das referências, promoveria a organização da atenção através de protocolos e rotinas que tornariam essa atenção mais efetiva, reduzindo a solicitação por exames e consultas a especialistas. Já os médicos de família relataram que muitos dos protocolos e rotinas estabelecidos não podem ser seguidos na íntegra, pois quando os médicos solicitam os exames e consultas recomendados por esses protocolos, muitas dessas referências não conseguem ser agendadas devido a precariedade na oferta de vagas nos demais níveis de atenção.

Os médicos entrevistados não responderam claramente qual o papel da Central do programa e do DAU, como também como funcionam os fluxos administrativos para referência, comparado ao fluxo teórico definido pela Central de Marcação do PMFN. No entanto, apesar da supervisão conhecer o papel da Central do programa e do DAU, está ciente apenas parcialmente dos fluxos de referência; já a coordenação conhece melhor os fluxos e o papel dessas centrais.

Alguns dos entrevistados, fundamentalmente os que ocupam cargos de gerência, coordenação e supervisão, citam que o DAU foi criado a partir da demanda advinda do PMFN, de forma organizada, e através de mecanismos de pressão que envolviam as lideranças das localidades cobertas pelo PMFN. A necessidade de se

reduzir a peregrinação do usuário na rede à procura de vaga para a referência encaminhada, tanto no PMFN como no restante da rede básica, ajudou a forçar a organização da referência e contra-referência segundo os coordenadores e a gerência geral. Vale destacar que um dos profissionais da gerência colocou em dúvida a eficiência do DAU e da Central de Marcação do PMFN pois, segundo ele, quando o usuário procurava os demais níveis por conta própria, antes da criação do DAU, ele conseguia melhores resultados nos prazos de marcação, assim como o sistema apresentava menores índices em relação ao absenteísmo às consultas e exames marcados. Esse profissional afirmou que o sistema de marcação através do DAU tornou menos perceptível ao usuário as dificuldades de marcação, portanto ele não valoriza e falta às marcações com muita frequência, percepção essa corroborada em entrevista informal por alguns profissionais que trabalham no DAU.

Vale destacar que, segundo o Secretário Municipal de Saúde, o DAU faz parte hoje da Central de Regulação de Leitos, Especialidades Ambulatoriais e Exames, que é uma estrutura mais completa para organizar os acessos entre os diferentes níveis do sistema, não só dos próprios municípios como também dos usuários de outros municípios. Ou seja, a criação da Central de Regulação teria sido um passo fundamental para a organização do sistema de referência e contra-referência, apesar de, por si só, não garantir a atenção contínua entre os diferentes níveis do sistema. Já os demais entrevistados não fazem referência a essa Central de Regulação, mas somente ao DAU e à Central de Internação.

A Central de Internação também é citada pelos entrevistados como instrumento de acesso à rede hospitalar, porém não é exclusiva do PMFN, mas sim do sistema e alega-se que o seu funcionamento parece não responder plenamente às solicitações de internações pelos profissionais do PMFN. As solicitações de internações eletivas, em geral, apresentam dificuldade de serem encaminhadas para os hospitais públicos devido ao insuficiente número de leitos; portanto, frequentemente, essas solicitações costumam ser encaminhadas para hospitais conveniados/contratados,

cuja qualidade e capacidade de resolução dos problemas dos usuários deixaria a desejar. Todos os entrevistados citam que, para os casos de remoção de pacientes, seja urgente ou eletivo, o programa tem à sua disposição uma ambulância acionada por rádio pelos médicos de família.

Quanto aos encaminhamentos de emergência para os hospitais, supervisores e médicos afirmaram que, no caso da região Norte, o hospital Azevedo Lima costuma absorver os casos encaminhados e a resolução dos problemas é dita satisfatória; no entanto, nas demais regiões do município todos concordam que o apoio da emergência é precário e pouco resolutivo, sendo freqüente a devolução de casos que tinham indicação formal de internação pela gravidade. Esse fato, segundo os médicos de família, gera um transtorno para o usuário e para eles, contribuindo sobremaneira para o descrédito do usuário em relação ao PMFN, pois no momento de maior susceptibilidade, devido à doença, o programa não conseguiria garantir o acesso à assistência adequada nos demais níveis do sistema de saúde.

Alguns entrevistados, como o gerente geral, coordenadores e um supervisor, citam os próprios médicos de família como um instrumento organizador do sistema ao definir a porta de entrada. Já a gerência do programa cita também o usuário do PMFN como instrumento de garantia de qualidade e de organização do sistema de referência e contra-referência devido ao trabalho sistemático que as equipes fazem com a clientela no sentido de informarem sobre como deveria funcionar esse sistema em termos administrativos e em termos da qualidade da atenção a ser prestada nos diferentes níveis. Segundo a gerência geral e um dos coordenadores de GBT, ambos assistentes sociais, a conscientização da clientela proporcionaria novos mecanismos de pressão na organização do sistema.

Segundo uma das assistentes sociais do programa,

... o usuário do médico de família é visto pela rede secundária e terciária como "encrenqueiro" pois sempre se posiciona quando o serviço não está atendendo às suas necessidades...(entrevista).

No entanto os demais supervisores consideraram essa posição do usuário como desvantajosa, pois o mesmo se encontra em posição de dependência e sofrimento e, portanto, não deveria ser submetido ao constrangimento de ter que lutar pela qualidade do serviço nesse momento. Esse papel deveria ser exercido pela representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde ou junto à coordenação do programa, através das lideranças comunitárias.

Outro fator apontado como instrumento operacional para garantia da integralidade, por um dos coordenadores de GBT, é que o fato do médico de família realizar visitas hospitalares aos pacientes internados, ou acompanhar os usuários na realização de exames ou consultas de especialistas, quando o caso requer, permite que esse médico de família possa avaliar a qualidade do serviço prestado no outro nível de atenção. No momento em que ele percebesse a baixa qualidade ele acionaria a supervisão e coordenação para intervirem junto às gerências dos serviços.

Na verdade, segundo os médicos entrevistados, a rotina de visitas aos demais níveis do sistema, acompanhando ou não os usuários, teria o objetivo de esclarecer o diagnóstico e a terapêutica mais apropriada para enfrentar determinado problema de saúde do usuário. A percepção sobre a qualidade do serviço prestado seria uma consequência e não uma intenção dessa função das equipes básicas.

É importante destacar que essa atividade de visita dos profissionais das equipes básicas aos serviços é vista pela gerência como uma das funções das equipes básicas. No entanto, na visão dos médicos de família, assim como de alguns supervisores, essa função não deveria ser obrigatória, devido ao importante consumo de tempo na rotina de trabalho do profissional, ocasionado por esses acompanhamentos. Para os médicos de família, o tempo destinado para acompanhar um único usuário aos demais níveis do sistema comprometeria o tempo de atenção aos demais usuários no nível local.

Coordenadores de GBT, supervisores e médicos, colocam que quando os demais níveis do sistema não são resolutivos, os pacientes retornam para a comunidade sem solução para os seus problemas e buscam novamente o médico de família. Esse médico se encontraria então em uma situação delicada pois o seu potencial resolutivo já teria sido esgotado, mas o usuário, em face ao vínculo estabelecido, o procura pressionando por uma solução. As dificuldades encontradas no acesso e qualidade dos serviços hospitalares, mais particularmente os conveniados/contratados, se destaca como um importante problema do sistema, segundo a maioria dos entrevistados.

A pressão do usuário sobre a equipe básica força uma pressão sobre os supervisores, coordenadores e demais gerências do sistema em busca de uma solução, que embora seja positivo para a reorganização do sistema, em muitas vezes fica sem solução em curto prazo.

As assistentes sociais entrevistadas entendem, de forma positiva, que o médico de família precise dedicar o seu tempo para a solução dos problemas dos usuários, mesmo que estes não sejam do seu nível de atenção, pois isso estreitaria o vínculo entre o médico e a sua clientela. No entanto, para os supervisores médicos e para os médicos de família, essa tarefa é considerada um fardo e um risco, pois cada nível possui a sua competência e densidade tecnológica apropriada para a solução dos problemas dos usuários.

Outro instrumento operacional do PMFN citado de forma sucinta pela maioria dos entrevistados, foi o sistema de educação permanente para as equipes básicas. Esse sistema visaria a ampliação dos conhecimentos dos profissionais, tornando-os mais resolutivos e qualificando as referências, segundo a coordenação e a supervisão. No entanto, os médicos de família relataram a importância de se investir em treinamentos regulares e sistemáticos para capacitá-los, mas que estejam sintonizados com as suas necessidades práticas.

Em relação aos fluxos administrativos do sistema de referência e contra-referência, tanto para laboratórios de análises

clínicas como para especialidades, exames de apoio diagnóstico e internação, o conhecimento varia conforme a posição do profissional na estrutura do programa. Os médicos de família conhecem melhor o fluxo dentro da unidade, porém no que toca à organização administrativa da Central de Marcação do PMFN e da sua relação com o DAU, o desconhecimento é grande. Todos afirmam que após o encaminhamento da referência para a Central, eles só tomam conhecimento daqueles casos que conseguiram marcação e retornaram para os módulos. No caso das referências que não conseguiram marcação por falta de vagas, eles não tomam conhecimento sobre a evolução dessa marcação, sobre as filas de espera na Central etc. Às vezes, quando caracterizada a urgência ou a gravidade na solicitação da referência, a resposta costuma ser mais rápida e imediata.

No entanto, os coordenadores dos GBTs afirmaram que a Central do programa comunica aos médicos de família e aos supervisores as referências que não foram marcadas e que, portanto, estariam em filas de espera aguardando vaga. Os profissionais entrevistados afirmam que em 2002 houve uma melhora importante da organização da Central de Marcações do programa, reduzindo o número de referências marcadas que chegavam no módulo na mesma data ou até mesmo depois do dia da marcação, o que ocasionava diversas perdas nas marcações.

Os coordenadores e supervisores possuem um conhecimento mais homogêneo sobre os fluxos de referência, levando em consideração inclusive os fluxos em relação às Policlínicas Comunitárias. Porém, segundo os entrevistados, o apoio dado pelas Policlínicas Comunitárias à rede básica irá depender da variedade e quantidade dos serviços ofertados pela mesma, o que varia de local para local.

Outro fator importante, relacionado ao conhecimento sobre os fluxos de referência, citado por alguns entrevistados, é que a entrada de novos profissionais no programa, seja pela inauguração de áreas novas ou pela troca freqüente de profissionais de áreas antigas, dificultaria a atualização do conhecimento dos fluxos de

referência por parte das equipes básicas com agilidade suficiente, apesar dos treinamentos realizados para esse tema, o que acarretaria muitos erros de encaminhamento.

Um dos itens explorados pelas entrevistas foi a questão do grau de responsabilidade de cada profissional em relação à garantia da atenção contínua entre os diferentes níveis para o usuário coberto pelo PMFN. A quase totalidade da coordenação e da supervisão acredita que a tarefa de assegurar a referência e contra-referência é sua atribuição e que faria parte da sua função, pressionando as vias formais ou informais de acesso aos demais níveis do sistema. No entanto, um supervisor e dois médicos reconhecem que todos possuem a responsabilidade pela garantia de acesso aos diferentes níveis mas, se o sistema fosse dimensionado adequadamente para as demandas, não seriam necessários os mecanismos informais para assegurar a atenção nos demais níveis.

O gestor do sistema no período estudado colocou na entrevista de forma contundente que, do ponto de vista da sua responsabilidade, ele era o responsável maior pela garantia de acesso da população aos serviços de saúde, pela qualidade dos serviços e pela atenção contínua. No caso do PMFN, cada um dentro das suas funções possuem parte dessa responsabilidade e, portanto, devem se envolver ao máximo na garantia da referência e contra-referência.

Todos os entrevistados relataram que a deficiência no funcionamento do sistema de referência e contra-referência, seja por fatores administrativos, seja por dimensionamento inadequado da rede frente às necessidades da população ou por fatores históricos e culturais no desenvolvimento do sistema municipal, seria um dos problemas mais sérios enfrentados pelos diversos profissionais do programa.

Outro fator relatado por todos os entrevistados é a importante utilização dos serviços de saúde de Niterói por usuários residentes em municípios vizinhos. Essa utilização se fazia tanto através do DAU como através da própria rede de serviços que não inclui os médicos de família, ocupando as vagas oferecidas pelos

serviços de forma expressiva. No entanto, nenhum dos entrevistados soube dimensionar, em termos percentuais, de que maneira os diferentes níveis do sistema seriam ocupados por usuários de outros municípios.

A maioria dos entrevistados define que, para melhorar o sistema, dever-se-ia investir melhor no segundo e terceiro níveis de atenção, de acordo com as necessidades aportadas pela rede básica. No entanto, acreditam que esse processo de investimento deve se dar a partir de uma análise de necessidades, levando em consideração a demanda hoje existente assim como alguns parâmetros de programação para o adequado dimensionamento dos serviços.

Outras medidas foram sugeridas pelos profissionais para melhorar o sistema de referência e contra-referência. Os gerentes, coordenadores e supervisores sugerem uma melhor organização por parte do DAU, como também defendem a importância na pactuação adequada da oferta de vagas para os municípios vizinhos. Destacam também a importância em se equipar as Policlínicas Comunitárias para atender melhor às demandas da rede básica, descongestionando o DAU e reforçando as redes de referências regionais. Já os médicos, referem a necessidade de se aumentar a oferta de vagas em certas especialidades como a oftalmologia, cirurgia vascular, urologia etc.

Os entrevistados, em geral, afirmam a importância da participação do Hospital Universitário Antonio Pedro e do Hospital Estadual Azevedo Lima no sistema de saúde do município, embora não tenham sido municipalizados ainda. Como são hospitais gerais e de maior porte, o seu pleno funcionamento é fundamental para garantir uma melhor oferta de vagas em especialidades, exames e leitos para a rede municipal, uma vez que a qualidade da assistência nos hospitais conveniados/contratados parece deixar a desejar.

Os dados quantitativos

Os dados quantitativos foram centrados na questão da referência para especialidades, exames e internações, onde a variável tempo entre a solicitação e a realização seria importante na análise da atenção contínua entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Procuramos analisar em que medida a integração da rede de referência está ou não atendendo às necessidades do programa, pois segundo os médicos de família entrevistados, parece não ser suficiente. Já em nível de gerência, a visão é de que, na maior parte dos casos, a atenção contínua é garantida, ficando comprometida somente em algumas especialidades e exames.

O processo de coleta de dados foi muito mais trabalhoso do que a realização das entrevistas. A coleta se deu nos módulos nas seis equipes conforme programado. No entanto, como as equipes básicas compõe a sua agenda com o trabalho de campo, de consultório e treinamento, ficou difícil compatibilizar os horários. A coleta havia sido programada para ocorrer em duas semanas e demorou quase dois meses, devido aos desencontros.

Uma vez em contato com as equipes básicas, o fato de já haver trabalhado no programa e estabelecido uma relação de confiança durante anos com esses profissionais, influenciou de forma positiva na evolução do trabalho e fez com que eles disponibilizassem todos os registros existentes sobre os grupos escolhidos, inclusive com total liberdade de manuseio dos prontuários.

Antes do trabalho de coleta de dados, durante as entrevistas com os supervisores, procurei identificar se os registros eram realizados de rotina e de forma sistemática, o que me garantiram que sim, pelo menos nas equipes escolhidas. Procurei identificar também quais seriam as melhores fontes para coleta desses dados, no entanto o primeiro obstáculo encontrado foi a precariedade do registro das informações nos instrumentos formais, como os protocolos de acompanhamento dos grupos prioritários, o

que exigiu que a busca pelos dados tivesse que ser complementada pelos registros no prontuário em todos os casos. Esse fato fez com que o levantamento dos dados de cada usuário fosse muito lento, não só pelo fato do prontuário ser extenso, como também havia uma enorme descontinuidade nos registros. Associa-se o fato de que a caligrafia dos profissionais médicos era de difícil entendimento.

O levantamento dos dados disponíveis sobre os grupos prioritários foi difícil, principalmente em relação à descontinuidade nos registros nos protocolos de acompanhamento de crianças e de diabéticos. Já os registros de acompanhamento das gestantes, através do cartão da gestante, eram mais regulares. No entanto, ao recorrer aos prontuários para identificar os registros em todos os grupos, esses também eram imprecisos. Na verdade, a maioria dos prontuários apresentou um elevado índice de não registro dos dados, o que dificultou a análise.

Ao nos debruçarmos sobre os dados por setor e por grupo, encontramos dificuldades em encontrar padrões, como no caso do grupo das crianças menores de 5 anos com baixo peso. Procuramos então apresentar os dados de forma consolidada nos GBTs, pois a amostra validada por setor ficou pequena e em alguns casos era até inexistente.

Em um universo de 429 crianças menores de cinco anos sendo 161 no GBT I, 135 no GBT II e 133 no GBT III, encontramos apenas 10 crianças com baixo peso ou desnutrição sendo 2 do GBT I, 6 do GBT II e 2 do GBT III. Ao levantarmos as crianças com exames de análise clínicas solicitados e realizados percebemos que, das seis equipes, em quatro as crianças não realizaram ou não havia qualquer registro de realização em 59% dos exames solicitados, sendo que esse fato foi homogêneo entre os setores.

Ao questionar os médicos sobre as possíveis causas dos exames não terem sido realizados, todos foram unânimes em afirmar que as mães das crianças preferem não submeter as mesmas a exames dolorosos, como coleta de sangue por exemplo, a menos que seja imprescindível ou no caso de suspeita de doença grave. No

entanto, um supervisor de pediatria acredita também que, em alguns casos, as mães não trazem os filhos para coleta de exame de sangue nos módulos devido ao fato de as auxiliares do programa não serem especializadas na coleta de material de criança, ocasionando perdas freqüentes de material. Outro fato relatado por eles é que em relação ao exame de urina e fezes, muitas vezes as mães não conseguem colher o material pois estão trabalhando ou a criança não avisa da necessidade de urinar ou de evacuar, dificultando a coleta de material. Uma das crianças analisadas deixou de realizar a coleta dos exames solicitados por três vezes seguidas ou seja, a mãe levava a criança à consulta, o profissional solicitava o exame e o mesmo não era realizado; meses depois a mãe levava a criança novamente para consulta e o profissional tornava a solicitar os mesmos exames e assim por diante.

Alguns profissionais acreditam que o problema estaria mais relacionado à questão do cuidado das mães em relação às crianças, aquela que é mais consciente tenderia a realizar os exames se estiver convencida da necessidade, já aquela que não possui uma boa relação de cuidado com o filho tende não só a não realizar os exames como em geral não cumpre as orientações médicas e de enfermagem. Entretanto, esses problemas, por não serem o foco dessa dissertação, não serão aprofundados, podendo ser objeto de uma outra pesquisa.

No entanto, de forma geral, o acesso à unidade, pelo usuário, para coleta ou entrega de material para exame, parece não apresentar dificuldade, uma vez que todo o material pode ser coletado na unidade que fica localizada próximo à residência dos usuários.

Com relação ao tempo entre a solicitação e a realização de exames, encontramos um resultado não muito preciso, pois alguns possuíam o registro de sua realização e outros não. Havia registros dos resultados apenas no dia da consulta subsequente, no ato da consulta, e portanto não consegui identificar a data de sua realização. Sendo assim, os prazos encontrados entre a solicitação e a realização são bastante indefinidos na maioria dos

casos. O único valor que pôde ser considerado é o tempo entre a solicitação do exame e o do registro do resultado em prontuário, que foi de 21 dias em média e que compreenderia o tempo entre a solicitação, a coleta, a sua efetiva realização, a emissão do resultado e a consulta de retorno da criança. Para cada uma dessas situações poderia estar ocorrendo alguma dificuldade ou facilidade, no entanto, face à inexistência dos registros dessas diferentes etapas de forma sistemática, a análise ficou impossibilitada.

Já a referência para especialidades no grupo das crianças, só ocorreu em uma criança, cujo tempo entre a solicitação e o registro no prontuário foi de 276 dias para uma especialidade. O que também não permite análise mais profunda, uma vez que nesse tempo está compreendido o tempo entre a solicitação, o de marcação da consulta com o especialista, a sua realização e o retorno da criança ao seu médico de família. Vários fatores podem estar influenciando esse tempo, uma vez que os registros são inexistentes e não permitem precisão na análise, além de ser um único caso apenas.

Quanto à internação hospitalar dessas crianças, apenas uma foi internada no período estudado e o tempo entre a solicitação e a internação foi de um dia.

Quanto ao grupo das gestantes, os dados foram um pouco mais precisos e permitem uma melhor apreciação e análise, muito embora em número insuficiente para conclusões mais seguras.

Foram 79 gestantes analisadas no total, sendo 34 do GBT I, 21 do GBT II e 24 do GBT III. No entanto, desse grupo, somente um pequeno percentual de gestantes tiveram os prazos entre solicitação e realização identificados.

No total foram 143 solicitações de ultrasonografia obstétrica, entre eletivas e de urgência, sendo que apenas 34% das solicitações tiveram os seus prazos de realização identificados, e dentre esses, a média de dias entre a solicitação e a realização foi de 32 dias para as solicitações eletivas e de 19 dias para as de urgência. Quando distribuimos o total de ultrasonografias obstétricas entre os GBTs, encontramos os seguintes percentuais de

gestantes com prazos identificados entre solicitações e realizações de ultrasonografia: 54,09% no GBT I; 21,21% no GBT II; e 20,40% no GBT III (Tabela 1).

Tabela 1 - Média de dias identificados, entre a solicitação e realização dos exames de ultrasonografia nas gestantes por GBT/PMFN, Niterói, 2001.

GBT	nº gestantes	Ultrasonografia obstétrica		
		nº de exames	% c/ prazos identificados	média (dias)
I	34	32	54	26
II	21	6	21	39
III	24	10	20	32

Fonte: Prontuário e Cartão de Gestante, equipes básicas 63, 111, 32, 12, 41 e 40/PMFN - 2001

Em relação ao VDRL, foram 112 solicitações sendo que apenas 27,67% tiveram os prazos entre solicitação e realização identificados. O prazo encontrado, em média, foi de 15 dias. Ao observarmos a distribuição entre os GBTs, encontramos os seguintes percentuais de gestantes com prazos identificados entre solicitação e realização de VDRL: 57,40% no GBT I; 14,81% no GBT II; e 26,31% no GBT III (Tabela 2).

Tabela 2 - Média de dias identificados, entre a solicitação e realização dos exames de VDRL nas gestantes por GBT/PMFN, Niterói, 2001.

GBT	Nº de gestantes	VDRL		
		Nº de exames	% c/ prazos identificados	Média (dias)
I	30	30	57	23
II	21	4	15	13
III	24	10	26	8

Fonte: Prontuário e Cartão de Gestante, equipes básicas 63, 111, 32, 12, 41 e 40/PMFN - 2001

Nota-se, portanto, que no universo de gestantes estudadas o registro dos prazos entre solicitação e realização dos exames identificados é pequeno, comprometendo o tamanho da amostra e portanto a sua análise.

Em relação às solicitações de internação hospitalar, o total foi de 48 solicitações, onde apenas 8,33% tiveram prazos identificados entre a solicitação e a realização. Na distribuição pelos GBTs os percentuais de gestantes com prazos identificados foi de 10% no GBT I; 16,66% no GBT II e 0% no GBT III. Assim, percebemos que o registro das informações referentes às solicitações de internação são muito precários, não permitindo qualquer análise pois o único registro identificado com maior frequência é o do dia da solicitação. No entanto dados como qual era a causa da internação, se era eletiva ou de urgência e quando que efetivamente ocorreu a internação não eram registrados nos documentos pesquisados.

Considerando agora o grupo dos diabéticos não insulino dependentes, encontramos o mesmo grau de dificuldade dos demais grupos. Em um universo de 132 diabéticos (43 do GBT I, 52 do GBT II e 37 do GBT III), foram analisados 58 diabéticos não insulino dependentes que eram acompanhados pelas equipes básicas, sendo 24 no GBT I, 20 no GBT II e 14 no GBT III.

Em relação ao perfil lipídico foram 75 solicitações onde apenas 48% tiveram os prazos entre solicitação e realização identificados. Dentre os identificados, a média de prazo foi de 10 dias. Ao distribuímos pelos diferentes GBTs os prazos foram identificados em 45,45% dos diabéticos do GBT I; em 45% no GBT II e 45,45% no GBT III. Ou seja, não houve diferença entre os grupos, em relação à dificuldade de registro das informações (Tabela 3), mas houve diferença quanto a média de dias entre os GBTs.

Tabela 3 - Média de dias identificados, entre a solicitação e a realização dos exames de perfil lipídico nos diabéticos não insulino dependentes, por GBT/PMFN, Niterói, 2001.

GBT	nº de diabéticos	Perfil lipídico		
		nº de exames	% c/ prazos identificados	média (dias)
I	24	15	45	4
II	20	9	45	16
III	14	10	45	10

Fonte: Prontuário, equipes básicas 63, 111, 12, 32, 41 e 40/PMFN - 2001

Com relação à hemoglobina glicosilada, foram 34 solicitações, cujos prazos eram conhecidos somente em 35,29% com uma média de 20 dias. Ao distribuímos pelos GBTs, os prazos foram identificados em 63,63% dos diabéticos do GBT I; em 38,46% do GBT II; e 0% no GBT III. Percebemos que no caso do exame de hemoglobina glicosilada o número de exames solicitados é menor e o registro de sua realização é bastante heterogêneo entre os GBTs (Tabela 4).

Tabela 4 - Média de dias identificados, entre a solicitação e a realização dos exames de hemoglobina glicosilada nos diabéticos não insulino dependentes, por GBT/PMFN, Niterói, 2001.

GBT	Nº de diabéticos	Hemoglobina Glicosilada		
		Nº de exames	% c/ prazo identificado	Média (dias)
I	24	7	64	11
II	20	5	38	25
III	14	0	0	0

Fonte: Prontuário, equipes básicas 63, 111, 12, 32, 41 e 40/PMFN - 2001

Verificamos que nesse grupo, assim como no das gestantes, foram poucas as solicitações de exames e especialidades não realizados, apesar de não conseguirmos identificar os prazos entre a solicitação e a realização dos mesmos. Um determinado usuário não fez o perfil lipídico solicitado pelo médico de família por repetidas vezes, em diferentes consultas, mas, segundo os médicos, isso não estaria relacionado a dificuldades de acesso ao serviço ou à coleta dos exames no módulo, mas sim ao cuidado do usuário com a sua saúde.

Com relação às internações dos diabéticos, encontramos 1 solicitação e o prazo entre a solicitação e a internação foi de 1 dia.

De maneira geral, com relação às solicitações de especialidades, foram 48, porém os prazos foram identificados em apenas 29,16% e a média foi de 52 dias. Ao distribuímos pelos GBTs, os valores não puderam ser comparados pois os

encaminhamentos foram para diferentes especialidades nos diferentes GBTs. Relacionamos então as especialidades e seus prazos entre solicitação e realização de forma geral, nos três GBTs (Quadro 4), onde identificamos especialidades com prazo de 12 dias e outras com até 148 dias. Nesse caso, as mesmas dificuldades de registro foram encontradas, sendo que a identificação das referências para especialistas é freqüente, no entanto o registro de sua realização é uma incógnita na maioria das vezes.

Quadro 4 - Prazo, em dias, entre a solicitação e a realização de alguns exames e especialidades nos diabéticos não insulino dependentes dos três GBTs, Niterói, 2001.

Especialidades/Exames	Nº de dias
Oftalmologia	148
Endócrinologia	39
Cardiologia	24
Fundoscopia	12
Nutrição	71

Fonte: Prontuário, equipes básicas 12,63, 32, 111, 41 e 40/PMFN-2001

Ao observarmos os dados quantitativos, percebemos que o não registro das informações relevantes, para o acompanhamento dos usuários, nos instrumentos formais como protocolos e prontuários, de forma sistemática e padronizada, leva a uma importante dificuldade na análise do acesso aos demais níveis do sistema. A inconsistência das informações impossibilita qualquer projeção a respeito do grau de articulação entre o PMFN e os demais níveis do sistema.

CAPÍTULO 6

DISCUSSÃO E ANÁLISE

Analisamos no PMFN em que medida a integralidade da atenção é proporcionada pelo programa, não só no aspecto teórico, mas na sua prática cotidiana. Assim, cada sentido do termo integralidade considerado na revisão teórica desta dissertação, foi observado criticamente no âmbito do PMFN, levando em consideração a ótica dos profissionais, os instrumentos operacionais e o acesso de grupos prioritários aos demais níveis do sistema, focando principalmente o aspecto da articulação entre o PMFN e os demais serviços e níveis de atenção.

A integralidade da atenção à saúde é um conceito com diferentes sentidos, conforme mostramos na revisão bibliográfica, e a análise do quanto ela é desenvolvida por um sistema de saúde, por um programa, por um serviço ou por um profissional de saúde é um desafio.

A concepção da maioria dos entrevistados sobre o tema integralidade ficou agrupada em quatro vertentes: a visão do homem de forma integral e holística; a articulação entre as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação; a atenção contínua e articulada entre os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde; e a articulação entre os diferentes setores de governo, a intersectorialidade. Percebemos que a concepção de integralidade dos profissionais engloba vários dos sentidos apontados por Mattos (2001).

A concepção da visão integral do indivíduo, pelos profissionais, foi uma das características mais citadas, junto com a articulação entre os diferentes níveis do sistema, como entendimento do que seria integralidade da atenção à saúde. Foi destacada a importância do contato do profissional com o usuário levando em consideração o seu contexto familiar e comunitário sem

deixar de lado a atenção individual. O objetivo é que o profissional médico, ao conviver com o ambiente dos usuários que assiste, estabeleça um elo de ligação e de conhecimento sobre os processos e mecanismos de saúde e doença que os envolvem possibilitando uma ação voltada para as necessidades da população e não apenas para as demandas. Essa concepção corresponde ao que os diversos autores entendem por visão integral e holística, como também sobre a Medicina de Família (Novás & Sacasas, 1989; Giovanella, 2000 ; Theoret, 2000; Perez, 2000; Mattos, 2001; Luz, 2001).

Em relação ao profissional médico, a abordagem integral do indivíduo exige desse profissional, no mínimo, conhecimento básico nas grandes áreas como a clínica, a pediatria, a ginecologia e obstetrícia, a saúde coletiva, saúde mental e cirurgia ambulatorial. No entanto, no Brasil, os cursos de graduação em medicina continuam formando prioritariamente especialistas e ainda são poucos os cursos de graduação que garantem a formação de médicos generalistas com perfil para trabalhar na atenção básica (Cordeiro, 2001). Os cursos de pós-graduação na área de medicina de família, apesar do esforço dos Pólos de Capacitação de Profissionais para a Saúde da Família, ainda são em pequeno número no país frente à demanda (Escorel et al, 2002). Assim, os profissionais médicos que ingressam no PMFN, como também no PSF, em geral, são especialistas, conforme verificamos nas entrevistas, e necessitam um sistema de educação permanente visando a aquisição de todo um saber específico da medicina de família que não é, apenas, a reunião dos saberes das grandes áreas de especialidade médica, mas sim a incorporação de conhecimentos de outras áreas não especificamente médicas.

Para enfrentar a questão do perfil do profissional para trabalhar como médico de família no PMFN foi estabelecido um sistema de educação permanente que visa o aprimoramento desse profissional (PMN/FMS, 1997). Esse instrumento do programa é tido por alguns dos coordenadores e supervisores como um dos elementos mais estratégicos na garantia dessa visão integral. No entanto, nas entrevistas, os profissionais médicos de família, apesar de

identificarem a importância da educação permanente na construção de um profissional com uma visão mais integral do indivíduo, consideram que ela deveria estar mais sintonizada com as necessidades práticas desses profissionais. Parece não existir um sistema de monitoramento do desenvolvimento e do aproveitamento dos temas abordados na educação permanente em relação à prática diária dos profissionais. Alguns supervisores alegam realizar esse monitoramento porém de modo informal e heterogêneo entre os GBTs. Ou seja, apesar de existir a estratégia, a sua operacionalização ainda está aquém do que se pretende teoricamente.

Como exemplo, identificamos que apesar de entrevistarmos profissionais com pelo menos algum tempo de trabalho no programa, percebemos uma diferença importante em relação ao conhecimento do SUS, o que nos faz pensar em que medida os profissionais do PMFN compreendem a sua inserção dentro do sistema público estatal e qual o papel do programa como reorientador do modelo assistencial. Será que no sistema de educação permanente a questão dos princípios fundamentais do SUS não é adequadamente trabalhada? Pelo menos um dos entrevistados, entre os médicos de família, referiu que os princípios do SUS não haviam sido trabalhados pelo programa na educação permanente.

O fato de o PMFN não discutir internamente com mais profundidade os conceitos balizadores do SUS talvez se reflita na percepção às vezes limitada sobre a integralidade da atenção, verificada em alguns entrevistados, inclusive supervisores. A visão integral não pode ser reduzida ao olhar clínico sobre o usuário, mas sim contextualizada dentro do sistema (Luz, 2001; Schraiber, 1996). A educação permanente foi citada poucas vezes pelos demais entrevistados como um mecanismo de melhoria do potencial resolutivo do profissional o que faz pensar como essa estratégia é de fato desenvolvida no programa. Um campo a ser pesquisado seria então a adequação do sistema de educação permanente na construção da visão integral dos profissionais. Em que medida esse sistema consegue construir essa visão integral e como averiguá-la na

prática? Assim fica a dúvida, será que os profissionais do PMFN estão de fato abordando o usuário de forma integral? Esses elementos necessitam verificação a fim de se poder analisar em que medida esse primeiro sentido de Mattos (2001) vem sendo trabalhado no programa.

A construção dessa visão integral do profissional não se faria apenas pela educação permanente, mas também pela própria supervisão que, em sendo multiprofissional e multidisciplinar, possibilitaria a integração de novos saberes de diferentes áreas. No entanto, os médicos de família destacam que a ação da supervisão tem se concentrado na orientação assistencial, na resolução de casos clínicos mais complexos. A tendência à concentração das atividades em torno da assistência revela que a supervisão também se encontra em processo de construção e ainda possui em sua prática cotidiana o paradigma curativo.

A visão integral dos profissionais parece não ser homogênea e estaria mais relacionada à formação e experiência individual, assim como ao aproveitamento de cada um em relação à educação permanente e, portanto, diferenças significativas poderão existir no processo de trabalho, assim como nas propostas de organização dos serviços.

Isso nos remete para o segundo grande grupo de sentidos de Mattos, onde o PMFN prevê, na organização das ações de saúde das equipes básicas, os espaços necessários para se contemplar as necessidades trazidas pelos usuários. O serviço não esperaria o usuário, iria até ele ao identificar fatores que possam colocar a sua vida em risco, muitas vezes, antes mesmo dele perceber. Uma vez que o próprio PMFN, como um programa, se organiza segundo a abordagem dos diferentes ciclos de vida, sem caracterizar distinção, apenas priorizando, em algum momento, alguns grupos que possuam relevância epidemiológica local (Lima & Silva, 1999), os diversos programas ministeriais como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente (PAISCA) e outros, não são abordados separadamente. As rotinas e protocolos

desses programas são adotados mas o serviço não cria momentos específicos para abordagem da clientela segundo cada um deles. O usuário recebe atenção em qualquer momento que necessite, respeitando apenas o horário de funcionamento do módulo.

Embora existam protocolos elaborados tanto pelo Ministério da Saúde como pelos supervisores do PMFN, alguns médicos de família, apesar de concordarem que a função dos protocolos e rotinas seja um importante instrumento de organização das ações de saúde como também de estruturação dos processos de trabalho nas equipes básicas, afirmaram que não os utilizam regularmente devido ao fato de que algumas de suas orientações quanto a realização de exames ou avaliação de especialistas não são possíveis de serem seguidas devido a dificuldades no acesso ao sistema de referência e contra-referência. Esse fato foi constatado no levantamento dos dados quantitativos.

A utilização irregular dos protocolos e rotinas parece não se limitar apenas à dificuldade no acesso aos demais serviços, mas também à aspectos relativos ao processo de trabalho de cada profissional, de certa forma, à compreensão que cada um possui do seu trabalho, do seu nível de conhecimento da medicina de família e do seu papel dentro da rede de saúde do município.

Apesar da ação da supervisão e da educação permanente, o trabalho das equipes tende a reproduzir processos tradicionais de organização do trabalho médico assistencial onde predomina a fragmentação. Essa constatação sugere dificuldade em se construir, no âmbito do próprio PMFN, um profissional com perfil adequado para esse trabalho, uma vez que verificamos diferenças individuais importantes em termos de organização do trabalho nos módulos.

A análise de alguns aspectos relativos ao processo de trabalho nas equipes básicas nos revelam avanços em relação à integralidade mas também algumas fragilidades.

No PMFN, o médico de família ao entrar em contato com o usuário, por qualquer motivo, aproveitaria esse contato para abordar todos os elementos necessários que envolvem a prevenção e

captação precoce de situações de risco. Se uma mãe chega ao módulo solicitando atendimento para o seu filho, o profissional que a atendeu, seja auxiliar de enfermagem ou o médico, procuraria saber se a mãe está com o exame preventivo ginecológico em dia e, caso a criança possuísse irmãos, se os mesmos estariam com o calendário vacinal atualizado etc. Destaco que esse contato se daria também nas visitas domiciliares, que seriam realizadas também segundo essa abordagem. Além disso, por exemplo, quando os dias de coleta de preventivo ginecológico que o serviço define não são compatíveis com a rotina diária da usuária, a marcação desse procedimento em outro dia e horário mais apropriado revelaria preocupação com a garantia da atenção. A organização e as normas de funcionamento de um serviço não devem se constituir em barreira para a oportunidade de contato do usuário com o sistema, devendo acontecer justamente o contrário (Perez, 2000). Assim, a agenda do profissional no PMFN seria flexível, para garantir o acesso e possibilitar o contato do usuário com o profissional de saúde.

Entretanto, alguns médicos entrevistados entendem que essa agenda flexível perturba a rotina de trabalho e a agenda deveria possuir dias específicos para atender determinados grupos. Assim haveria um dia para assistir às crianças, outro para as gestantes, outro para doentes crônicos e assim por diante. As assistentes sociais colocam que, na realidade, isso reflete a formação médica fragmentada e não tem nada a ver com o desejo profissional de melhorar a organização do trabalho. Portanto, embora o PMFN oriente a lógica de trabalho dos profissionais no sentido da visão integral, as equipes parecem não compreender claramente essa nova lógica.

Segundo Starfield (2002) e Mendes (2002), a unidade de atenção primária deve organizar a oferta de seus serviços de acordo com as necessidades da comunidade. Nesse sentido, as reuniões sistemáticas entre as equipes básicas e as comunidades, mediadas pelas Associações de Moradores, auxiliariam a percepção dessas necessidades. No entanto, alguns entrevistados, mais marcadamente supervisores e coordenadores, alertaram que as

Associações de Moradores, em geral, ainda não conseguem participar no planejamento de atividades das equipes, restringindo a sua participação à fiscalização das rotinas administrativas no módulo, principalmente no que diz respeito à assiduidade e pontualidade dos profissionais. Entre os entrevistados, a visão sobre a participação das Associações de Moradores no planejamento das atividades das equipes é controversa. As assistentes sociais entendem essa participação como fundamental, já os médicos acreditam que isso seria uma intromissão no trabalho que deveria ser realizado apenas pelos técnicos.

Conforme afirmado anteriormente, a questão da organização do serviço reflete de certa forma o processo de trabalho dos profissionais (Mattos, 2001). A percepção dos médicos de família sobre a participação das Associações de Moradores na organização do serviço como algo negativo, sugere um processo de trabalho voltado apenas para as necessidades identificadas a partir da visão dos profissionais, como tradicionalmente acontece. Em que medida então o processo de trabalho, refletido na organização dos serviços, não estaria atendendo apenas às necessidades dos profissionais? Será que o processo de trabalho desses profissionais permite a reflexão de suas práticas frente às necessidades de saúde da população?

Assim, o envolvimento das Associações de Moradores no desenvolvimento do PMFN como algo positivo e facilitador parece não ser consenso entre os entrevistados. Uns entendem que o envolvimento deveria ser apenas em atividades selecionadas pelos médicos, já outros acham que essa participação deveria se dar no planejamento de todo o trabalho, facilitando o intercâmbio entre "parceiros", inclusive de outros setores de governo.

Outro elemento da integralidade citado nas entrevistas de forma superficial foi a questão da intersectorialidade no PMFN, esboçada no documento do programa (Lima & Silva, 1999) quando se refere às articulações com outros setores de governo para o enfrentamento de problemas identificados nas comunidades. Dentre os entrevistados, apenas dois revelaram que a intersectorialidade faz

parte da questão da integralidade da atenção, revelando ser um campo ainda pouco explorado no programa. Apenas algumas ações pontuais em determinadas comunidades foram destacadas nas entrevistas, no entanto a dimensão em que elas ocorrem e o grau de inserção das equipes básicas, supervisores, coordenadores e Associações de Moradores nessas ações é algo ainda a ser pesquisado.

Essas diferentes percepções demonstram que a integralidade é um campo do saber que, para ser melhor compreendida e colocada em prática, exige o envolvimento de uma equipe multiprofissional (Silva, 1996), onde as visões de diferentes ângulos deveriam ser compatibilizadas de forma a auxiliar na construção de um novo modelo.

Dentre os fatores de destaque no processo de trabalho dos profissionais temos o excesso de atribuições e responsabilidades dos profissionais no PMFN e isso poderia, em algum momento, estar comprometendo as tarefas a serem realizadas, mais marcadamente as de cunho gerencial e administrativo, assim como as de promoção da saúde e prevenção das doenças. O maior consumo do tempo do profissional na assistência médica é agravado pelo fato do médico de família possuir, dentre as suas atribuições, a tarefa de acompanhar seus pacientes internados fazendo visitas hospitalares, assim como os pacientes ambulatoriais na consulta a especialistas ou na realização de exames, quando o caso exigir. Apesar da presença do médico de família nos demais níveis, acompanhando os seus pacientes, ser uma demonstração de responsabilidade com a sua clientela junto aos demais profissionais dos diferentes níveis de atenção e, portanto, aumentar a credibilidade no PMFN, o tempo destinado a essa atividade poderia estar comprometendo o restante do tempo destinado às demais ações de saúde.

Na pesquisa do Ministério da Saúde sobre o PSF, realizada por Escorel et al (2002), foi recomendado pelos autores que a proporção de famílias por equipe deveria ser menor, face à sobrecarga de trabalho relativa ao excesso de demanda assistencial.

Apesar da equipe do PMFN ser bem menor que a do PSF¹ a mesma recomendação poderia ser feita, uma vez que quase todos os entrevistados alegaram excesso de trabalho relacionado à demanda assistencial, prejudicando as ações de promoção e prevenção.

Assim, a questão da organização do serviço, das ações de saúde de forma integrada e dos processos de trabalho das equipes básicas fica na dependência de diversos fatores, dentre eles o volume excessivo de famílias cobertas por equipe e o enfoque predominantemente assistencial na organização das ações. Esse segundo grupo de sentidos da integralidade remete para outros campos potenciais de pesquisa que seriam a análise da organização das ações de saúde no PMFN, conforme a possibilidade do serviço e a necessidade do usuário, e o processo de trabalho desses profissionais. Em que medida esses diversos elementos poderiam estar interferindo de forma a prejudicar o desenvolvimento das ações previstas?

Novamente a formação dos profissionais parece interferir na percepção do problema. Os médicos entrevistados (médicos de família, supervisores e coordenadores) foram unânimes em entender que o excesso de demanda assistencial, assim como a falta de clareza quanto aos limites de atuação da atenção básica, no que se refere à assistência, é um elemento significativo na distribuição das ações de saúde e na rotina de trabalho dos profissionais. Existem pacientes com patologias que necessitam de acompanhamento por outros serviços e profissionais, no entanto, se o acesso a esses outros níveis é difícil, o médico de família se vê envolvido com pacientes cujas situações de saúde são complexas e necessitam de acompanhamento assistencial quase que diário, consumindo muito tempo de trabalho do profissional. Sem dúvida, um paciente com quadro clínico grave requer atenção mais especializada e com consultas médicas frequentes, fazendo com que o médico dedique muito tempo do seu trabalho a apenas poucos

¹ O PSF possui como equipe básica um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde e oferecem uma cobertura de até 4500 pessoas; já o PMFN possui como equipe básica um médico e uma auxiliar de enfermagem, dando cobertura a 1200 pessoas (MS, 1994; PMN/FMS, 1997).

doentes graves, característica da assistência hospitalar, em detrimento das ações coletivas e individuais menos graves, característica da atenção básica. Ou seja, a não articulação plena do sistema de referência prejudicaria a articulação das ações de saúde nos módulos.

Já as assistentes sociais e os demais coordenadores entendem que o vínculo da clientela com o seu médico de família é que torna o limite assistencial pouco preciso e, na realidade, isso representaria um aspecto positivo, e não negativo, em relação ao problema. A adesão da clientela revelaria confiança no trabalho desenvolvido e a intensidade da demanda assistencial não seria significativa a ponto de prejudicar o tempo disponível para o desenvolvimento de ações de promoção e de prevenção. A necessidade de absorver pacientes mais complexos, devido a falhas no sistema de referência e contra-referência, também seria em pequeno volume e não chegaria a comprometer significativamente a rotina de trabalho dos profissionais.

Essas assistentes sociais entendem que seria muito mais um problema de formação do médico, tradicionalmente voltada para a assistência e com pouco envolvimento com outras ações de saúde, do que propriamente devido à relação de proporção "equipes básicas X nº de famílias", corroborando a visão de Cordeiro (2001) sobre a fragmentação da formação médica e conseqüentemente do seu trabalho. Em que medida a indefinição e imprecisão dos limites da assistência no PMFN podem estar comprometendo a distribuição das ações de saúde nas equipes? Todos os médicos entrevistados, entre supervisores e médicos de família, afirmaram que vem comprometendo. A polêmica demonstra novamente a necessidade de pesquisa nesse outro campo.

Outro fator relevante na questão do processo de trabalho dos profissionais foi evidenciado no levantamento dos dados quantitativos que revelou fragilidade nos registros das informações relativas à referência e contra-referência, apesar dos coordenadores, supervisores e gerentes afirmarem que esses registros eram feitos sistematicamente. Por outro lado será que essa

escassez de registro não poderia estar relacionada a um processo de trabalho "tradicional" e portanto alienante? A baixa credibilidade nos protocolos e rotinas por parte dos médicos de família não seria a única razão para a deficiência nos registros, pois nos prontuários esses dados também são insuficientes.

A questão da irregularidade dos registros nos remete a uma importante pergunta, relativa à organização das ações de saúde. Em que medida essas ações são organizadas e acompanhadas em relação ao impacto na saúde da população, uma vez que não se faz regularmente o seu registro adequado? De que forma essas ações estão sendo desenvolvidas nos momentos oportunos de contato com o usuário? Como mensurar o quanto a demanda assistencial ocupa a rotina de trabalho dos profissionais?

Os dados quantitativos analisados parecem revelar uma contradição na percepção dos coordenadores e supervisores sobre o registro sistemático das informações, assim como o uso de protocolos para o gerenciamento do cuidado à saúde. Os profissionais revelam que esses protocolos e rotinas são uma importante estratégia de organização da atenção, no entanto a irregularidade dos registros e a pouca utilização dos protocolos como instrumento de gerência demonstra que o trabalho das equipes vem se desenvolvendo sem o devido monitoramento quanto à qualidade e os resultados obtidos.

Alguns dos entrevistados alegam que o hábito de registrar as ações de saúde não ocorre de forma sistemática no PMFN devido ao fato do seu Sistema de Informação operar de forma inadequada e com pouca tecnologia. Esse sistema recebe uma série de informações provenientes das equipes porém são poucas as informações consolidadas e analisadas que retornam a elas. A questão do registro das informações estaria relacionada não só ao perfil do profissional, conforme dito antes, mas também a uma política de investimento no setor de informações que possibilite o gerenciamento das ações de saúde. Até o fechamento desta pesquisa, em 2002, não se dispunha de dados registrados eletronicamente, relativos às referências provenientes do módulos.

Diversos questionamentos são realizados com relação aos aspectos que contribuem para a integralidade da atenção no PMFN. Do ponto de vista da concepção dos profissionais entrevistados, alguma ênfase foi dada à questão da articulação das ações de saúde, mas especial atenção foi atribuída à questão da integração entre os níveis do sistema de saúde. Essa questão está presente no terceiro grupo de sentidos de Mattos e é o cerne do nosso problema: a análise sobre a integração entre o PMFN e os demais serviços e níveis do sistema de saúde.

Segundo os entrevistados e diversos autores (Mendes, 2002; Starfield, 2002; D'Aguiar, 2001; Silva, 1996; Escorel et al, 2002), a integração do sistema através de um sistema de referência e contra-referência é condição fundamental na garantia da atenção contínua dos usuários cobertos por programas como o PMFN e o PSF.

No caso de Niterói, ao analisarmos a construção do sistema ao longo da década de 90, identificamos a preocupação com a integralidade da atenção por parte das políticas de saúde municipais, organizadas a partir da atenção primária enquanto integradora do sistema. Entre essas medidas de organização temos a criação da Central de Internação; do DAU; e da Central de Marcação do PMFN.

A Central de Internação nos remete para a questão dos leitos hospitalares disponíveis. Esses leitos são ocupados em uma proporção significativa por usuários de municípios vizinhos, além do que os leitos conveniados e contratados disponíveis são pouco resolutivos segundo os entrevistados. Como definir uma oferta compatível com as necessidades respeitando o fato do município ser referência para os municípios vizinhos, assim como ampliar os investimentos nos leitos públicos próprios, que parecem ser mais resolutivos? Os investimentos não seriam somente na programação da oferta mas no controle e avaliação da utilização dos serviços hospitalares e da satisfação dos usuários (Hartz, 1997:30-34).

Quanto ao DAU, alguns entrevistados colocam que a organização do acesso administrativo às vagas para especialidades e

exames facilitou o fluxo do usuário porém aumentou o absenteísmo às consultas e exames marcados. Parece que algumas consultas são marcadas em um prazo muito longo, para meses adiante, e quando chega o momento do exame ou consulta, o usuário esquece ou já teve o seu problema resolvido. Esse fato seria um complicador no dimensionamento da oferta de vagas.

A regionalização das Policlínicas Comunitárias, oferecendo acesso à especialidades e exames, também parece ter contribuído na facilitação e organização desse acesso. A existência de um sistema de referência e contra-referência eficiente é condição fundamental para que essa integração aconteça e o não funcionamento adequado desse sistema poderia colocar em risco o desenvolvimento do PMFN.

No entanto, ao buscarmos informações, entre os entrevistados, sobre o funcionamento do sistema de referência e contra-referência, encontramos alguns aspectos que merecem maior atenção. Na visão dos médicos, o sistema vem melhorando ao longo dos anos de implantação do PMFN embora ainda existam várias dificuldades de articulação e integração. O conhecimento dos entrevistados sobre o sistema é de certa forma homogêneo, porém com algumas diferenças de acordo com a função de cada profissional. O nível de conhecimento das diversas etapas para o acesso do usuário, desde exames laboratoriais, de imagem, até especialidades e internações, por exemplo, é maior entre os médicos de família em relação ao fluxo no módulo e menor em relação ao funcionamento da Central de Marcação do PMFN e do DAU. A medida em que o profissional ocupa uma função de supervisão ou coordenação, o conhecimento sobre a central e o DAU melhoram, porém o conhecimento sobre o fluxo dentro do módulo fica bem menor. Alguns gerentes, não sabem informar com precisão os diversos passos pelos quais as referências devem passar até chegar ao seu destino final, o usuário. Embora não conheçam todas as etapas, todos concordam que o acesso a algumas especialidades e exames é bastante difícil. O conhecimento relativo aos fluxos da Central de Internação era um pouco mais preciso entre os

entrevistados, talvez porque requer menos burocracia na solicitação e realização.

Esse conhecimento irregular, dos profissionais do PMFN, sobre todas as etapas do fluxo de referência e contra-referência, assim como do papel da Central de Marcação do programa e do DAU, dificulta não só o funcionamento adequado do sistema como também a identificação dos problemas e dificuldades na sua operacionalização. A existência de mecanismos administrativos para organizar o acesso do usuário aos demais níveis do sistema, por si só, não é suficiente para que o sistema de referência e contra-referência funcione adequadamente. A sua efetividade não depende somente da organização do acesso, mas de uma política de saúde que busque a integração dos diferentes serviços, mudando os processos de trabalho dentro de cada nível (Mendes, 2002; Mattos, 2001; Cecílio, 2001). Segundo Cecílio (2001), a integralidade deve ser algo a ser perseguido em todos os níveis de atenção e vai depender significativamente do grau de compreensão dos profissionais especializados, no segundo e terceiro níveis, desse conceito, assim como nos demais serviços administrativos que viabilizam a execução de atividades vitais para o funcionamento dos serviços assistenciais.

Alguns dos entrevistados, especialmente os supervisores, atribuem algumas dificuldades no sistema de referência e contra-referência a falhas na programação da oferta nos demais níveis do sistema e ao perfil inadequado dos profissionais desses níveis para trabalhar na lógica sistêmica. O perfil inadequado dos profissionais se deve à cultura histórica de serviços herdados de outras esferas de governo, federal e estadual, no processo de municipalização, e que tinham, tradicionalmente, a oferta de serviços quase que exclusivamente voltada para a assistência médica sem articulação com outros serviços. A gerência do PMFN e alguns coordenadores destacam que não existe consenso na concepção do modelo de atenção entre as Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência (VIPAHE) e a Vice-Presidência de Atenção Coletiva Ambulatorial e de Família (VIPACAF). Essa diferença de

concepção promove uma certa resistência à mudança e acabaria por dificultar a realização da integração entre os níveis de atenção.

Parece haver uma disputa política pela direção do modelo de atenção entre a VIPACAF e a VIPAHE, e o quanto ela interfere na integração da rede seria um outro objeto de pesquisa uma vez que requer análise específica de todo o desenvolvimento do sistema de saúde do município. Um dos supervisores alega que, dentre as dificuldades de acesso aos demais níveis do sistema, a principal seria a de uma política de investimentos dirigida quase que somente à organização da atenção básica, desde a criação do PMFN até 1998, sem o proporcional redimensionamento das redes secundária e terciária de serviços. No entanto, a partir de 1999, com a mudança de gestor, assumiu a Secretaria de Saúde o ex-gerente da VIPAHE que, segundo os entrevistados, teria modificado a linha de investimentos, até então prioritária no PMFN, para uma linha mais concentrada na atenção hospitalar. Esse investimento nos demais níveis de atenção era justamente a demanda de alguns dos supervisores para melhorar a oferta de vagas. Porém alguns dos gerentes do PMFN alegam que esses investimentos não foram dirigidos de forma adequada as necessidades da rede básica e dos demais níveis de atenção, mas foram realizados em resposta à pressão política de diretores de hospitais, visando contemplar apenas alguns serviços. Uma investigação mais minuciosa sobre essa questão deveria ser realizada, pois as informações são controversas entre os diferentes atores. Parece haver uma estratégia de investimentos mais voltada para uma política de interesses de cada serviço e não para a integração da rede de saúde.

Esse foi um tema que mobilizou bastante os entrevistados e, embora o sistema de referência e contra-referência municipal venha se organizando, todos demonstraram preocupação com as dificuldades de acesso a algumas especialidades e exames que poderiam estar comprometendo a resolutividade local e a credibilidade da população no programa.

Com relação à oferta de vagas nos níveis secundário e terciário, fica difícil a análise uma vez que não existe informação

adequada sobre as reais necessidades. Os supervisores e coordenadores de GBTs, assim como a Coordenação da Central de Marcação do PMFN, entendem que a oferta de vagas estaria aquém das necessidades, porém ao analisarem as solicitações de referência, verificam que algumas delas eram desnecessárias e estariam relacionadas à falta de preparo do profissional que solicitou. Portanto fica difícil saber quantas das referências solicitadas eram realmente necessárias. Como quantificar a demanda para os níveis secundário e terciário? As referências inadequadamente solicitadas seriam utilizadas como tema de reforço ao treinamento dos profissionais em busca de seu aprimoramento e como fonte para organização de protocolos e rotinas de assistência, portanto, promovendo uma melhora na resolutividade local. Mas, em que medida a análise das referências solicitadas de fato geram treinamentos específicos deveria ser outro objeto de pesquisa uma vez que os médicos de família não confirmam essa prática.

Em termos de organização do sistema as assistentes sociais e alguns coordenadores de GBT apontam para uma questão importante ou seja, que os médicos de família, quando em busca da solução dos problemas dos seus pacientes, procuram pressionar o sistema quando a referência não acontece, constituindo-se num importante instrumento na organização do próprio sistema. Não só o profissional faria pressão sobre o sistema mas também as Associações de Moradores e o próprio paciente quando necessário. Na visão dessas profissionais, o processo de pressão faz parte da construção de um novo modelo gerando uma certa polêmica entre elas e os médicos pois esses entendem que o fato do paciente que já está em uma posição mais vulnerável de sofrimento ter que participar dessa estratégia de pressão sobre os demais níveis não seria adequado, cabendo este papel ao Conselho Municipal de Saúde.

A supervisão é considerada pelo PMFN e pelos entrevistados como um dos principais instrumentos para a organização do acesso do usuário aos demais níveis de atenção do sistema, controlando a qualidade das referências e elevando a

resolutividade nos módulos. Assim, o contato dos supervisores com profissionais dos demais níveis de atenção, a fim de garantir o acesso por meio de conhecimento interpessoal, é considerada uma estratégia importante do PMFN para a garantia da atenção. Entretanto muitos desses "favores pessoais" não conseguem se realizar e, após algum tempo, os supervisores perdem o poder de influência devido ao desgaste ocasionado por solicitações sucessivas e freqüentes.

Embora todos os entrevistados reconheçam que cada um possui o seu grau de responsabilidade quanto à melhoria do sistema de referência e contra-referência, o papel atribuído pelo PMFN aos supervisores e coordenadores no sentido de viabilizar as referências através de pedidos pessoais a profissionais de outros serviços é condenado pela maioria. Os supervisores entendem que essa necessidade de interferência pessoal revela a fragilidade do sistema de referência e contra-referência. De fato, um sistema de referência não pode funcionar através de favores interpessoais e isso não deve ser confundido com a necessidade de contato dos supervisores com outros profissionais dos diferentes níveis de atenção para promover uma maior aceitação do PMFN, vencendo resistências culturais e locais, além de favorecer a integração da rede. As assistentes sociais entrevistadas destacam a necessidade dos contatos interpessoais para vencer as dificuldades de acesso aos demais níveis do sistema como um processo transitório até que o sistema de referência funcione adequadamente. Por outro lado, a organização administrativa de um sistema de referência e contra-referência, por si só, não garante a atenção contínua aos usuários, como também não estabelece uma lógica de funcionamento em rede. É necessário, portanto, estabelecer uma política de desenvolvimento do sistema de saúde na direção dessa integração.

Na análise dos dados quantitativos, embora prejudicada pela irregularidade dos registros, podemos verificar que, em relação aos exames, o acesso parece razoável. Vale destacar que a integração dos laboratórios com os módulos não passa pelo DAU e parece ser efetiva, segundo os entrevistados e os dados

levantados. Percebemos, no entanto, algumas diferenças entre os GBTs onde o GBT II apresentou prazo entre solicitação e realização um pouco maior do que os demais grupos. Algumas causas poderiam ser levantadas, entre elas a integração com o laboratório regional e a organização administrativa do GBT II em relação ao fluxo das solicitações de referência. Isso alerta para a possibilidade de que o número de etapas administrativas que a referência tem que passar para alcançar o seu objetivo final parece ser diferente entre os GBTs, aumentando o prazo entre solicitação e marcação, como também alerta para o potencial resolutivo dos laboratórios regionais. Assim, um dos elementos que poderia estar dificultando o funcionamento do sistema de referência e contra-referência poderia estar relacionado à operacionalização do próprio sistema. O número de etapas que a referência deve passar para atingir o seu objetivo final parece ser excessivo quando verificamos o fluxo para a Central de Marcação do PMFN e o DAU. Segundo a Coordenação da Central de Marcação do PMFN, confirmado pelos médicos de família entrevistados, era comum, até o ano de 2001, algumas referências marcadas retornarem aos módulos, para informar aos usuários, em data posterior a do agendamento da consulta ou do exame solicitado. Ou seja, por atraso no fluxo administrativo das referências, perdia-se um procedimento marcado.

A compreensão não uniforme desses profissionais em relação às estratégias do programa para garantia da atenção contínua parece influenciar significativamente no desenvolvimento da integralidade da atenção no PMFN.

Diversos elementos são destacados nas entrevistas como relevantes na integração do sistema de referência e contra-referência e a análise de cada um poderia ser objeto de diversas pesquisas.

CAPÍTULO 7

CONCLUSÃO

A análise sobre a integralidade da atenção à saúde no PMFN revelou, na realidade, a necessidade de aprofundamento de uma enorme gama de objetos de pesquisa. Tendo em vista a complexidade teórica do tema, percebemos que a presente pesquisa constituiu-se em um ensaio que aponta para diversos campos a serem explorados.

A integralidade da atenção não parece ser um atributo presente ou ausente em um determinado serviço de saúde, programa ou modelo de gestão, mas sim algo que pode estar presente em diferentes intensidades ou gradações e em diversos momentos. Verificamos que cada aspecto relativo à integralidade nos remete à diversas questões a serem devidamente estudadas.

Quando analisamos as concepções de integralidade dos diferentes atores do PMFN percebemos que elas se complementam e coincidem em alguns aspectos com os diferentes sentidos considerados por Mattos (2001). No entanto, alguns desses sentidos são mais explicitados e outros são apenas citados, sem maior aprofundamento.

Uma vez que a integralidade parece ser um tema pouco trabalhado na educação permanente, as concepções dos profissionais estão de acordo com a formação de cada um, assim como com a sua experiência profissional. Esse fato promove diferentes interpretações, entre os profissionais, das estratégias adotadas pelo programa para assegurar a atenção contínua.

As diferentes concepções sobre a integralidade e a sua operacionalidade no programa deveria ser tema primordial na educação permanente, possibilitando a ampliação da visão de todos os atores, levando em consideração as diferentes opiniões e promovendo a construção de consensos. Possivelmente essa estratégia permitiria compreender melhor os elementos que

interferem na garantia da integralidade no PMFN. No momento, as divergências de opinião dos atores, no programa, podem estar comprometendo a compreensão do próprio programa e a sua operacionalização.

Ao analisarmos o PMFN na sua estrutura e concepção teórica, percebemos uma preocupação importante com a questão da integralidade. No entanto a operacionalização nos revela pontos delicados na tentativa de garantir a atenção contínua aos usuários do PMFN. Percebemos controvérsias entre os diferentes atores a respeito das estratégias adotadas pelo programa na garantia da atenção e o grau de responsabilidade de cada um nessa garantia.

Outro aspecto relevante na discussão é a aparente sobrecarga de atribuições dirigidas para a assistência em detrimento das demais ações de saúde, revelando que, embora o programa priorize o equilíbrio na distribuição das ações, na prática essa distribuição não se verifica. Seria necessário um estudo específico a respeito, no entanto as freqüentes afirmações dos profissionais nos levam a crer que, talvez devido à diversidade de percepções da integralidade entre eles, ainda não há clareza entre os limites no desenvolvimento das ações de saúde e na distribuição mais adequada de uma agenda de trabalho.

Em termos teóricos os entrevistados concordam com as linhas gerais do PMFN para se garantir a integralidade, mas quando aprofundamos nas estratégias adotadas para garanti-la, na prática, encontramos contradições e controvérsias. Parece haver um descompasso entre a percepção da gerência e dos profissionais supervisores e a realidade da prática cotidiana das equipes.

Elementos como o excesso de atividades voltadas para a assistência; a compreensão diferenciada sobre o benefício que algumas atividades possuem em termos de integração do PMFN aos demais serviços e níveis de atenção; e o uso de mecanismos e estratégias mais pessoais e menos institucionais na tentativa de garantir atenção contínua, na verdade, revelam uma importante fragilidade no PMFN.

Diversos avanços foram verificados no sistema municipal procurando organizar a atenção através da integralidade da atenção, no entanto o seu funcionamento ainda tem que enfrentar as concepções curativas e hospitalocêntricas tanto de atores atuantes no programa como principalmente nos demais níveis de assistência, gestores etc. A percepção sobre o contato dos profissionais do programa com os demais profissionais da rede, na tentativa de vencer as barreiras no funcionamento do sistema de referência e contra-referência, embora polêmica, parece possuir um aspecto positivo, segundo os supervisores e coordenadores, por ter promovido uma maior compreensão do PMFN pelos demais serviços e níveis da rede facilitando a articulação e integração do sistema, embora não atenda ainda às expectativas colocadas pelo PMFN.

A organização das Policlínicas Comunitárias de forma regionalizada parece ter sido um importante passo na garantia do acesso à outros serviços. Essa regionalização permitiu uma articulação entre as diferentes unidades e módulos não só do ponto de vista administrativo mas do ponto de vista das estratégias e práticas de saúde envolvendo todos os atores, entre profissionais de saúde e atores sociais. Um investimento nas Policlínicas Comunitárias mais direcionado às necessidades apontadas em cada região certamente qualificaria e integraria mais o sistema regional.

No levantamento de dados quantitativos, a precariedade dos registros nos revela dificuldade na organização de um sistema de informação que auxilie os gerentes, coordenadores, supervisores e equipes básicas na tomada de decisões, assim como falhas na supervisão e no uso dessas informações. A percepção sobre o funcionamento adequado ou não do sistema ocorre apenas com base na experiência individual, não havendo qualquer instrumento de gerenciamento dessas informações. Pelos dados levantados, os prazos entre solicitação e marcação de consultas à especialidades e exames foram bastante variados entre os grupos prioritários. Em alguns os prazos são razoáveis, não chegando a comprometer o acompanhamento da clientela, já em outros, os prazos são absurdos e certamente comprometeriam o

acompanhamento da clientela. Mesmo assim, os profissionais procuram superar as dificuldades de acesso aos demais níveis, reforçando o acompanhamento clínico dos usuários mais graves. No entanto, a dificuldade de acesso do usuário do programa à outros níveis de atenção não pode ser totalmente substituída por um sistema de acompanhamento clínico minucioso pela equipe básica. Portanto, segundo os médicos de família e supervisores, o não acesso aos demais níveis do sistema, de certo compromete a qualidade do cuidado prestado ao usuário e portanto a resolução de seu problema de saúde.

Como a dificuldade de acesso parece ser pontual, em algumas especialidades e exames, em geral, o PMFN conseguiria garantir a atenção contínua da maioria dos seus usuários. No entanto, verificamos que mesmo pontualmente, nos grupos prioritários, exatamente por serem prioritários, não deveriam haver dificuldades no acesso, especialmente nas especialidades ou exames definidos pelos protocolos como essenciais para o acompanhamento desses grupos. Assim, a articulação entre os níveis do sistema de saúde no PMFN ainda ocorre de forma irregular, com dificuldades de acesso em alguns setores e com deficiências importantes na contra-referência.

Os dados quantitativos não constituíram uma amostra representativa e, portanto, o seu potencial de análise é restrito. A frequência com que algumas informações aparecem nas entrevistas nos permite inferir que a integralidade vem acontecendo no PMFN de forma progressiva porém irregular. Diversos elementos destacados na análise e discussão demonstram haver pontos críticos em relação à operacionalização da integralidade. É unânime entre os entrevistados a opinião de que o acesso aos diferentes níveis melhorou, no entanto algumas especialidades e exames encontram ainda forte dificuldade não só no acesso, na oferta de vagas, mas também na qualidade e na resolutividade.

As dificuldades no Sistema de Informação do PMFN não permitem identificar com clareza como se comporta esse acesso aos diferentes níveis. No entanto, analisando o programa como um

todo, após tantos anos de implantação e implementação, é imprescindível a organização do seu Sistema de Informação de forma a alimentar a gerência e as equipes básicas com as informações fundamentais para o gerenciamento do cuidado aos usuários. Embora todos tenham destacado que o adequado funcionamento do sistema de referência e contra-referência seria um dos principais problemas do PMFN, a desorganização das informações e a falta de controle no seu registro revela que a gerência ainda não se debruçou sobre o problema de forma mais profunda. Se não há registro, não pode haver gerenciamento e se não há gerenciamento, dificilmente o trabalho poderá ser analisado adequadamente. O planejamento das ações de saúde no PMFN necessita um Sistema de Informações mais apropriado seja para identificar as necessidades da população, seja para subsidiar e orientar as decisões.

A análise da integralidade da atenção à saúde perpassa diversos aspectos que vão desde a visão dos profissionais dos diferentes níveis de atenção, passando pela organização dos processos de trabalho e organização dos serviços, assim como pelas políticas de saúde em busca da articulação e integração do sistema. Esses diferentes aspectos estão sujeitos a diferentes jogos de forças que envolvem atores políticos, sociais, profissionais de saúde e instituições formadoras, além do próprio mercado de trabalho, interferindo na operacionalização das estratégias políticas e administrativas para organização do sistema.

Diversos aspectos são relevantes no entendimento da integralidade no programa. Dentre eles destacam-se o nível de entendimento sobre o PMFN de cada profissional; os processos de trabalho dos profissionais, ainda contaminados pelas formas tradicionais; um sistema de gerenciamento que utiliza pouco as informações geradas nas equipes; uma articulação com os demais níveis do sistema que ainda necessita de influências pessoais para o seu adequado funcionamento; uma política de investimentos na saúde não dirigida às necessidades detectadas pela atenção básica; e um modelo de participação popular ainda controverso ou, pelo

menos, não adequadamente compreendido pelos profissionais do PMFN.

Apesar das dificuldades encontradas em relação à integralidade no PMFN, os profissionais identificam e sugerem correções em diversos aspectos relativos ao sistema de referência e contra-referência como por exemplo: equipar tecnologicamente e aprimorar a metodologia de trabalho do DAU e da Central de Marcação do PMFN, garantindo o registro de todas as etapas do fluxo das referências; dimensionar a rede em termos de oferta de vagas para os municípios vizinhos, levando em consideração as necessidades do próprio município; ampliar a densidade tecnológica das Policlínicas Comunitárias para que elas possam responder melhor às necessidades regionais de referência; e ampliar a oferta de leitos públicos próprios, mais resolutivos e de maior qualidade segundo a opinião dos entrevistados, especialmente do Hospital Universitário Antonio Pedro.

Assim, são várias as frentes a serem trabalhadas pelo PMFN para que se possa atingir a todos os sentidos da integralidade e assim possibilitar o desenvolvimento da Atenção Primária no município como um princípio reorientador do modelo assistencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, D. S., 1998. *A "Saúde da Família" no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- ALLEN, J., 2000. Experiências Internacionais em Saúde da Família. In: *Relatório Final do I Seminário de experiências internacionais em saúde da família*, pp.33-57, Brasília: Ministério da Saúde/SPS/DAB, Brasil.
- BRASIL. 2000. Vitória, o destino tomado nas mãos. In: *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. 3:27-28.
- BRASIL. 1988. Constituição da República Federativa, Seç.II, art.198.Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1990. Lei Orgânica da Saúde nº8.080., Cap.II, art.7ºpar.II. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1999. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília. 2ª ed.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1994. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 1996. Norma Operacional Básica - SUS 01/1996. Portaria MS nº2.203. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde - SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL, Ministério da Saúde (MS), 1998. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde. pp71-75.
- BRASIL, Ministério da Saúde (MS), 2001. *A Noas e a Atenção Básica*. II(12). Brasília: Ministério da Saúde.

- BRASIL, Ministério da Saúde, 1997. *Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde- SUS*. In: Manual do Gestor, COSEMS-RJ.
- BRASIL, Ministério da Saúde(MS), 1990. *Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/SESUS.
- BRAUNSTEIN, G. D., 1998. Diabetes Mellitus. In: *Cecil Medicina Interna básica*. (E. T. Andreoli, C. C. J. Carpenter, J. C. Bennet & F. Plum, org.), pp.511-513, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- CAMPOS, F.E., 1988. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- CARVALHO, A. I., 1999. *Política de Saúde e Organização Setorial do País*. Documento preparado para o Curso de Especialização à Distância Auto-gestão em saúde, pp: 15-44, Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ
- CARVALHO, A.I., 1997. Conselho de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: *Saúde e Democracia: a Luta do CEBES* (S. Fleury, org.), pp: 93-111, São Paulo: Lemos Editorial.
- CECÍLIO, L.C.O., 2001. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. A Mattos & R. Pinheiro, org.), pp.113-124, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.
- CEITLIN, J., 1982. *Que es la medicina Familiar*. Buenos Aires:FEPAFEM/Kellog.
- COHEN, M.M., 2000. *O Modelo Assistencial no SUS Niterói: Conflito e Pactuação Política no Processo de Integração do Programa Médico de Família*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- CORDEIRO, H., 1996. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. In: *Cadernos Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DAPS/COSAC. Brasil, 1(1):10-15.

- CORDEIRO, H., 2001. A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: Saúde da Família. In: *A educação profissional em saúde e a realidade social* (B. K. G. Arruda), pp.87-119, Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco.
- D'AGUIAR, J.M.M., 2001. *O Programa Saúde da Família no Brasil - a resolutividade do PSF no município de Volta Redonda -RJ*. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ.
- DONNANGELO, M. C. F., 1975. *Medicina e Sociedade*, São Paulo: Biblioteca Pioneira em Ciências Sociais.
- ESCOREL, S., 1987, “Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário”. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP-FIOCRUZ.
- ESCOREL, S., 2002. Análise da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese e principais resultados. *Série C. Projetos, Programas e Relatórios*, pp.131-132, Brasília: Ministério da Saúde (MS)/ Secretaria de Políticas de saúde/Departamento de Atenção Básica, Ed. MS.
- FURTADO, L. A. C. & TANAKA, O. Y., 1998. Processo de Construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista Saúde Pública*, 32 (6): 587-95.
- GIOVANELLA, L. et all, 2000. Integralidade da Atenção em Sistemas Municipais de Saúde: metodologia de avaliação e intervenção. Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro: Programa de Pesquisa Estratégica - PAPES – ENSP/FIOCRUZ.
- HARTZ, Z.M.A., 1997. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde*, pp. 30-34, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- KEHRIG, R.T., 2001. *Integralidade da atenção à Saúde: Sua Expressão na Organização tecnológica do Trabalho em serviços Locais de Saúde*. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo.
- LIMA, P.G.A & SILVA, M.AD., 1999. *O Programa Médico de família: Histórico e Perspectivas*. Niterói: PMN/FMS. (mimeo).

- LOBATO, L. V. C., 2000. *Reforma Sanitária e Reorganização do Sistema de Serviços de Saúde: efeitos sobre a cobertura e utilização de serviços*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- LUCHESE, P. T. R., 1996. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde-retrospectiva 1990/1995. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília: IPEA.
- LUZ, M. T., 2001. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. A. Mattos & R. Pinheiro, org.), pp.17-34, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.
- MASCARENHAS & ALMEIDA, 2002. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. *Revista Saúde em Debate*, v.26, 60:82-102.
- MATTOS, R. A., 2001. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. A. Mattos & R. Pinheiro, org.), pp.39-64, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.
- MENDES, E.V., 1995. *Distritos Sanitários – O processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*, São Paulo/Rio de Janeiro:HUCITEC/ABRASCO
- MENDES, E.V., 1998. *A Organização de Saúde no Nível Local*, pp.1-19, São Paulo: HUCITEC
- MENDES, E.V., 2002. *A Atenção Primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.
- MINAYO, M.C.S. 1998, *Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Edit. Vozes, 10ª ed.
- NOVÁS, J.D. & SACASAS, J.A.F., 1989. Del Policlinico Integral al Medico da la Familia. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 5 (4):556-564.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1981. Notas sobre las implicaciones de la

meta SPT/2000, la estrategia de atención primaria y los objetivos regionales acordados, para la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud. Documento Borrador Circulación Restringida. OPS/OMS.

PEREZ, F., 2000. Experiências Internacionais em Saúde da Família. In: *Relatório Final do I Seminário de experiências internacionais em saúde da família*, pp.37-38, Brasília: Ministério da Saúde/SPS/DAB Brasil.

PINHEIRO, R., 2001. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. A. Mattos & R. Pinheiro, org.), pp.65-108, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN), 1994. Implantação do Médico de Família em Niterói: Relato de Experiência. Niterói: Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva, Programa Médico de Família.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN), 1997. Implantação do Médico de Família em Niterói: Relato de Experiência. Niterói: Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva, Programa Médico de Família.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN), 1999. Perfil de uma cidade – Niterói . Niterói: Secretaria de Ciência e Tecnologia.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI (PMN), 2002. Relatório de Cadastro das Famílias. In: *Sistema de Informação da Atenção Básica*. Niterói: FMS/PMFN.(mimeo).

REPÚBLICA DE CUBA, Ministerio de Salud Publica, 1988. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia el Policlínico y el Hospital. Habana.

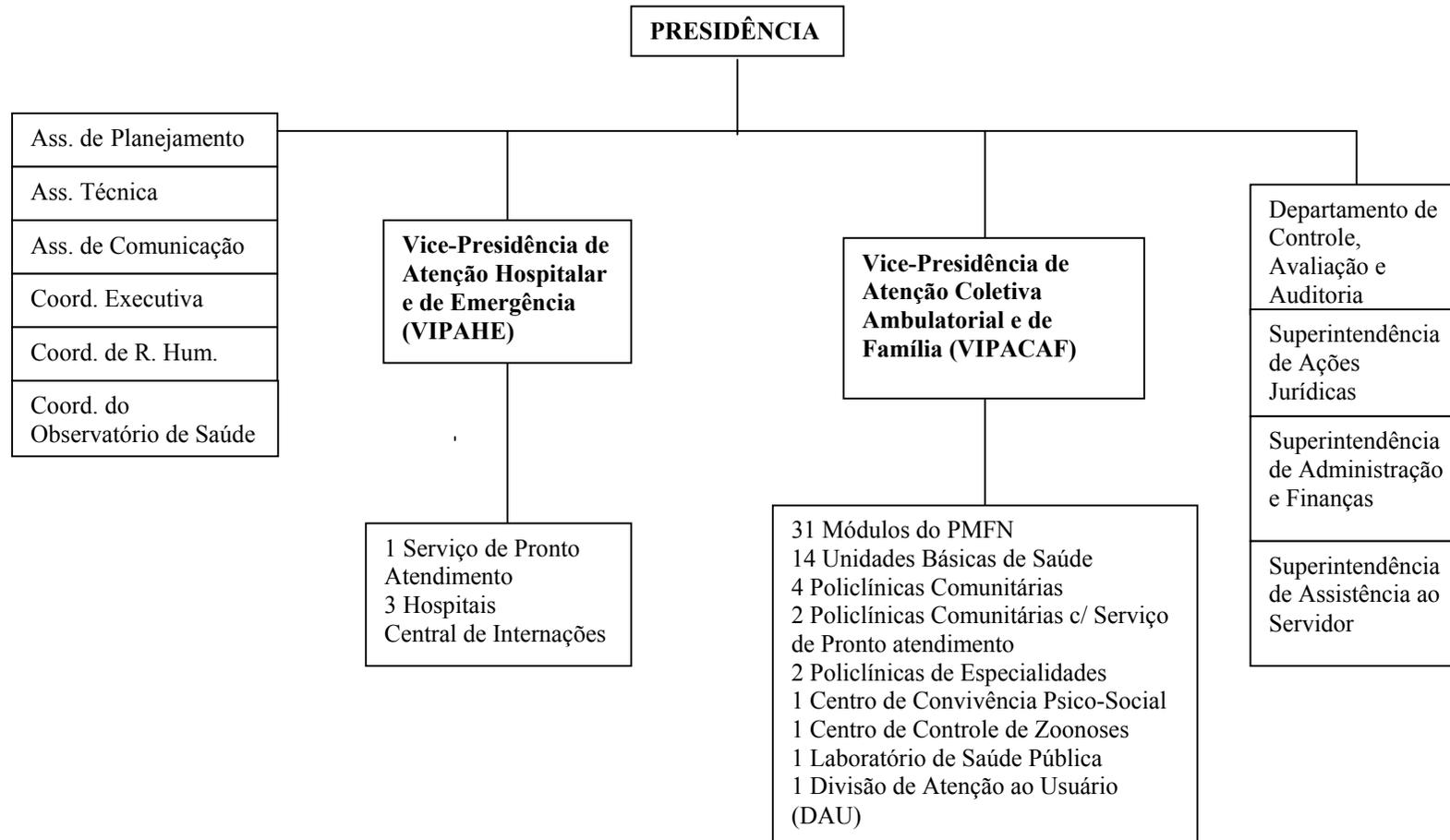
SCHRAIBER, L.B. & MENDES-GONÇALVES, 1996. *Necessidades de Saúde e Atenção Primária*. São Paulo: HUCITEC.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2001. Carta de Fortaleza. In: Relatório Final. Fortaleza, Ceará.

- SILVA JÚNIOR, A G., 1996. *Modelos Técnico-Assistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- SMITH, L.F.P., 1998. Primary care education centres: educational innovation for all of the primary health care team is needed. *British Journal of General Practice*. 430(48):1215.
- STARFIELD, B., 2002. Integralidade da Atenção: quem deveria oferecer o que. In: *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, pp.313-363, Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- THEORET, J., 2000. Experiências Internacionais em Saúde da Família. In: *Relatório Final do I Seminário de experiências internacionais em saúde da família*, pp.45-47, Brasília: Ministério da Saúde/SPS/DAB Brasil.
- VASCONCELOS, M.C., 2000. *Breve Histórico da Rede de serviços de Niterói*. Niterói: PMN/FMS.(mimeo).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1998. *Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/ Family Medicine in Europe*. Regional Office for Europe, Copenhagen. Denmark: WHO. target 28.

ANEXO I

Organograma da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 2003



ANEXO II

Quadro-1: Relação de Implantação de Módulos de Médico de Família, por ano, Niterói, 2002.

ano	Módulos	n° Equipes	Sub- total
1992	Preventório I	3	10
	Viradouro	4	
	Cavalão	3	
1993	Preventório II	3	6
	Ilha da Conceição	3	
1994	Cascarejo	4	14
	Cantagalo	4	
	Marui Grande	3	
	Engenho do Mato I	3	
1996	Morro do Céu	3	8
	Vital Brasil	2	
	Cafubá I	3	
1997	Preventório III	1	2
	Ponto Final	1	
1999	Morro do Palácio e Lara Vilela	3	13
	Grota I	3	
	Grota II	3	
	Maravista	4	
2000	Marítimos	3	21
	Souza Soares	4	
	Lagoinha	3	
	Biboca	1	
	Alarico de Souza	2	
	Engenho do Mato II	3	
	Cantagalo II	1	
	Charitas	1	
	Cafubá II	3	
2001	Nova Brasília I	3	12
	Nova Brasília II	3	
	Jonatas Botelho	3	
	Leopoldina	3	
2002	-----	-----	-----
TOTAL DE EQUIPES			86